



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

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: 978-958-57937-1-2
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.

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

GRUPO DESARROLLADOR

INVESTIGADOR PRINCIPAL – LÍDER DE LA GUÍA

HERNANDO GUILLERMO GAITÁN DUARTE, Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología, 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, Monitorea 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 FERNÁNDEZ, 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.

JIMMY CASTAÑEDA, 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

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 MAYORGA, Odontólogo, 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

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, Facultad de Medicina, 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, Investigadora Asociada, Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, 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, Magíster en Farmacología, 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 HERNANDO ESLAVA SCHMALBACH, Médico Cirujano, Especialista en Anestesiología, Magíster en Dirección Universitaria, Magíster en Epidemiología Clínica, doctorado en Salud Pública.

ANA CAROLINA AMAYA ARIAS, Psicóloga, Especialista en Teorías, métodos y técnicas en investigación social, Candidata a Magíster en Epidemiología Clínica, Investigadora Asociada, Instituto de Investigaciones Clínicas, Grupo de Equidad en Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

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 Práctica Clínica.

EQUIPO DE COORDINACIÓN DE GUÍA DE PACIENTES

MARISOL MORENO ANGARITA, Fonoaudióloga, Magíster en comunicación, PhD 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).

REPRESENTANTE DE PACIENTES:

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

ASESORES EXTERNOS:

CARLOS GOMEZ RESTREPO, Médico Psiquiatra, Magíster en Epidemiología Clínica. Profesor asociado Departamento de Epidemiología 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 FARQUHAR, 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.

PARES REVISORES:

Esta Guía contó con la revisión por parte de jurados externos de Colciencias

SOCIEDADES CIENTÍFICAS QUE LIDERARON EL DESARROLLO DE LA GUÍA:

Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG)
Sociedad Colombiana de Urología (SCU)
Asociación Colombiana de Infectología (ACIN)

SECCIÓN PRELIMINARES

INTRODUCCIÓN

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 (1) 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 resolutoria 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 (2)

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 Práctica Clínica (GPC), 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.

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 GPC 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.

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 GPC en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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.

COMPOSICIÓN DEL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA (GDG):

a. Expertos Temáticos y asesores metodológicos

El equipo desarrollador estuvo compuesto por científicos de primera línea y expertos nacionales e internacionales con experiencia y reconocimiento en el tema objeto de la Guía. Se contó con la participación de gineco-obstetras, infectólogos, urólogos, especialistas en atención primaria, químicos farmacéuticos, especialistas en Salud Pública enfermeras, psicólogos y expertos en comunicaciones.

El grupo de expertos temáticos estuvo acompañado de metodólogos con formación en epidemiología, estadística, investigación cualitativa, evaluaciones económicas, y un grupo de dirección que brindó soporte académico y administrativo a lo largo del proceso.

b. Consumidores de la guía

El equipo de desarrollo contó con la participación de los consumidores, es decir trabajadores del área de la salud tales como Ginecólogos, Infectólogos, Urólogos, Médicos Generales, Jefes de Enfermería, Psicólogos, expertos en Salud Primaria y otros profesionales de la salud interesados en el manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual.

c. Pacientes

De igual manera el GDG contó con la participación de representantes de pacientes con experiencia en el manejo o asesoría de infecciones de transmisión sexual y del tracto genital. Se contó también, con la participación de pacientes pertenecientes a grupos organizados.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los responsables y participantes en la generación de las recomendaciones de esta guía declaramos no tener conflictos de interés frente a las mismas, no estar involucrados como investigadores en ensayos clínicos en curso sobre el tema, no haber recibido donaciones o beneficios por parte de los grupos interesados en las recomendaciones y no hacer parte de grupos profesionales con conflictos de interés. La elaboración, desarrollo y publicación de las recomendaciones contaron con el soporte financiero exclusivo del Ministerio de Salud y Protección Social y de COLCIENCIAS. Los derechos de autor son propiedad de los mismos.

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.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO	9
NIVELES DE EVIDENCIA	9
GRADOS DE RECOMENDACIÓN	9
RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES	10
PRIORIDADES CLAVE PARA LA IMPLEMENTACIÓN	25
ABREVIACIONES	26
SECCIÓN PRESENTACION DE LA GUÍA	27
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA GUÍA	27
OBJETIVOS	28
ALCANCE	28
ASPECTOS CLÍNICOS CENTRALES	29
POBLACIÓN Y USUARIOS DIANA	29
PREGUNTAS DESARROLLADAS	30
SECCIÓN METODOLÓGICA	33
COMPOSICIÓN DEL GRUPO	33
DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS	33
METODOLOGIA SEGUIDA PARA LA DEFINICIÓN DE ALCANCE Y OBJETIVOS	34
FORMULACIÓN DE PREGUNTAS	34
DETERMINACIÓN DE DESENLACES	36
FORMULACIÓN DE PREGUNTAS EN FORMATO PICO	36
IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE PREGUNTAS ECONÓMICAS	37
METODOLOGÍA UTILIZADA PARA TOMAR LA DECISIÓN SOBRE ADAPTACIÓN DE UNA GUÍA EXISTENTE O DESARROLLO DE NOVO DE UNA GUÍA	38
PROCESO DE ADAPTACIÓN Y DESARROLLO DE NOVO	41
FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES	46
INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES	47
INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE LOS GRUPOS INTERESADOS	47
DEFINICIÓN DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA (EE)	49
METODOLOGÍA PARA LA PRIORIZACIÓN DE EVALUACIONES ECONÓMICAS	49
METODOLOGÍA PARA LA ENMARCACIÓN DE EVALUACIONES ECONÓMICAS	50
DECISIÓN SOBRE DESARROLLO O ADAPTACIÓN DE LA EE	51
EJECUCIÓN DEL DESARROLLO O ADAPTACION DE LA EE	51
SECCIÓN PRESENTACIÓN DE RESULTADOS POR TÓPICO	52
RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA	110
BIBLIOGRAFÍA	127
ANEXOS	140

RESUMEN EJECUTIVO

En la presente Guía, los niveles de evidencia y la fuerza de las recomendaciones fueron graduadas de acuerdo al sistema GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)(3)


NIVELES DE EVIDENCIA:

Calidad Global de la 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.

Fuerza de la 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.

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

Las infecciones del tracto genital se abordarán bajo una aproximación sindrómica. Bajo esta aproximación se parte del supuesto de que los diferentes síndromes son causados por grupos de agentes etiológicos específicos. 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

1. Síndrome de infección cervical (mujeres)
2. Síndrome de descarga uretral
3. Síndrome de úlcera genital
4. Síndrome de flujo vaginal (mujeres)
5. Síndrome de dolor pélvico agudo (mujeres)
6. Síndrome de inflamación escrotal
7. 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 uretral, 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 espejito 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 sindrómico, se administrará el tratamiento específico, 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. (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. (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. (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. (Nivel de Evidencia Moderada)
Recomendación fuerte en contra	RECOMENDACIÓN 10. No se recomienda el uso de espermicidas que contengan Nonoxinol - 9 para prevención de Infecciones de Transmisión Sexual. (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. (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. (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. (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 (Nivel de Evidencia Muy baja). Cuando este indicado se enviará el tratamiento a la pareja.
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*. (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 <i>C. trachomatis</i> y <i>N. gonorrhoeae</i> . 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.
Recomendación Fuerte a favor	RECOMENDACION 19. Para el manejo sintromico de la paciente con infecci3n Cervical se utilizar4 Azitromicina 1 gramo v4a oral dosis 4nica m4s Ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis 4nica. (Nivel de Evidencia Muy baja)
Recomendaci3n fuerte a favor	RECOMENDACION 20. Para el tratamiento de pacientes con sospecha de infecci3n cervical por <i>Chlamydia trachomatis</i> se utilizar4 como primera opci3n Azitromicina 1 gr v4a oral dosis 4nica. En casos de no disponer de Azitromicina o haber contraindicaciones para su uso se utilizar4 como segunda opci3n Doxiciclina 100 mg v4a oral cada 12 horas por 7 d4as. (Nivel de Evidencia Muy baja)
Recomendaci3n Fuerte a favor	RECOMENDACION 21. Para el tratamiento de pacientes con sospecha de infecci3n cervical por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> se utilizar4 como primera opci3n Ceftriaxona 500 mg IM dosis 4nica. En casos de no disponer de Ceftriaxona o haber contraindicaciones para su uso se utilizar4 como segunda opci3n Cefixime 400 mg v4a oral dosis 4nica. Por otro lado, en casos de posible sensibilidad cruzada a las penicilinas como tercera opci3n de tratamiento se recomienda Espectinomicina 2 gramos intramuscular dosis 4nica. (Nivel de Evidencia Muy baja)
Recomendaci3n fuerte en contra	RECOMENDACION 22. No se recomienda el uso de ciprofloxacina 500 mg, v4a oral, dosis 4nica en el manejo de pacientes con sospecha de infecci3n por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> debido a los reportes de resistencia bacteriana. (Nivel de Evidencia Muy baja)
Recomendaci3n d4bil a favor	RECOMENDACION 23. Se sugiere realizar un control cl4nico a las 2 semanas de inicio del tratamiento a los (las) pacientes con cervicitis. (Nivel de Evidencia Muy baja)
Recomendaci3n fuerte a favor	RECOMENDACION 24. Se administrar4 al compa3ero o compa3era de los pacientes con sospecha infecci3n cervical el tratamiento compuesto por Azitromicina 1 gramo v4a oral dosis 4nica m4s Cefexime 400 mg v4a oral dosis 4nica. (Nivel de Evidencia muy baja)
Recomendaci3n d4bil a favor	RECOMENDACION 25. El tratamiento de la pareja ser4 enviado con la paciente como primera opci3n o administrado en el lugar de consulta de acuerdo a lo que se considere mas adecuado para el caso en particular que se maneja. (Nivel de Evidencia Alta)
Recomendaci3n fuerte a favor	RECOMENDACION 26. En pacientes con cervicitis se recomienda el tratamiento expedito de los contactos sexuales de los 4ltimos 60 d4as y que se acompa3e de una consulta a estos contactos. (Nivel de Evidencia Muy baja)
Recomendaci3n d4bil a favor	RECOMENDACION 27. Se sugiere que el tratamiento expedito se acompa3e de un folleto informativo sobre la ITS. (Nivel de Evidencia Muy baja)
Recomendaci3n fuerte a favor	RECOMENDACION 28. Para el manejo sintromico de pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de s4ndrome de infecci3n cervical se utilizar4 Azitromicina 1 gramo v4a oral dosis 4nica m4s Cefixime 400 mg v4a oral dosis 4nica. (Nivel de Evidencia muy baja)
Recomendaci3n	RECOMENDACION 29. Para el tratamiento de pacientes embarazadas o en

fuerte a favor	lactancia con sospecha de síndrome de infección cervical por <i>Chlamydia trachomatis</i> 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 7 días. (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 <i>Neisseria gonorrhoeae</i> 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. (Nivel de Evidencia Muy baja)
Recomendación fuerte a favor	RECOMENDACIÓN 31. Para el manejo sintomático de pacientes con sospecha de Infección cervical persistente o recurrente se utilizará Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días más Ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis única. (Nivel de Evidencia Muy baja)
Punto de buena práctica	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 <i>Chlamydia trachomatis</i> se utilizará Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días. (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 <i>Neisseria gonorrhoeae</i> 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. (Nivel de Evidencia Muy baja)
Punto de buena práctica	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, administración del total de las dosis). En casos de segunda recurrencia se deberá tomar hacer cultivo para <i>N gonorrhoeae</i> con determinación del perfil resistencia en laboratorios de salud pública 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*. (Nivel de Evidencia Muy Baja)

Recomendación fuerte a favor	RECOMENDACIÓN 36. Para el manejo sintomático 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. (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 <i>Chlamydia trachomatis</i> 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. (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 <i>Neisseria gonorrhoeae</i> 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 Espectinomina 2 gramos intramuscular dosis única. (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 <i>Neisseria gonorrhoeae</i> debido a los reportes de resistencia bacteriana. (Nivel de Evidencia Muy baja)
Recomendación débil a favor.	S RECOMENDACIÓN 40. Se sugiere realizar un control clínico a las 2 semanas de inicio del tratamiento a los (las) pacientes con descarga uretral. (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. (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. (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. (Nivel de Evidencia Muy baja)
Punto de buena práctica	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 infecciones cervicales por <i>C. trachomatis</i> y <i>N. gonorrhoeae</i> .

3. SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL

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

Recomendación fuerte a favor	RECOMENDACIÓN 45. Para el manejo sintomático de la úlcera genital se utilizará 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 <i>H. ducreyi</i>). 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 sistémicas 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 <i>Treponema pallidum</i> en cuidado primario se utilizará como tratamiento de elección la Penicilina G Benzatínica (2'400.000 UI) Intramuscular, dosis única. (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.
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.
Recomendación débil en contra	RECOMENDACIÓN 50. No se recomienda el uso de pruebas rápidas para sífilis (point-to-care test) para el diagnóstico de la infección primaria en pacientes con úlceras genitales.
Recomendación fuerte a favor	RECOMENDACIÓN 51. En pacientes con posible infección por <i>Treponema pallidum</i> y sospecha de alergia a la penicilina se tendrá como segunda opción Doxiciclina 100 mg vía oral dos veces al día por 14 días. (Nivel de Evidencia Muy baja)
Punto de buena práctica	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 práctica	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 <i>Haemophilus ducreyi</i> 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. (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 <i>Haemophilus ducreyi</i> debido a los reportes de resistencia bacteriana. (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. (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. (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. (Nivel de Evidencia Muy

	baja)
<i>Recomendación fuerte a favor</i>	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. (Nivel de Evidencia Moderada)
<i>Recomendación fuerte a favor</i>	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. (Nivel de Evidencia Alta)
<i>Recomendación fuerte a favor</i>	RECOMENDACIÓN 61. En pacientes con episodio recurrente agudo de herpes genital se utilizará Aciclovir 200 mg 5 veces al día por 6 días. (Nivel de Evidencia Muy baja).
<i>Recomendación fuerte a favor</i>	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. (Nivel de Evidencia Moderada)
<i>Recomendación fuerte a favor</i>	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 profiláctico Aciclovir 400 mg vía oral 2 veces al día por 1 año. (Nivel de Evidencia Alta).
<i>Recomendación fuerte a favor</i>	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. (Nivel de Evidencia Alta)
<i>Recomendación fuerte a favor</i>	RECOMENDACIÓN 65. Realizar un control clínico a las 2 semanas de inicio del tratamiento a los (las) pacientes con síndrome de úlcera. (Nivel de Evidencia Muy baja)
<i>Recomendación débil a favor</i>	<p>RECOMENDACIÓN 66. 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 <i>H. ducreyi</i>). Solo en casos de alergia documentada a la penicilina se utilizará Doxiciclina 100 mg vía oral dos veces al día por 14 días.</p> <p>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.</p> <p>(Nivel de Evidencia Muy baja)</p>
<i>Recomendación débil a favor</i>	RECOMENDACIÓN 67. Se recomienda una consulta en la que los contactos sexuales reciban asesoría y tratamiento sobre la ITS (Nivel de Evidencia Muy baja).
<i>Recomendación débil a favor</i>	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)
<i>Recomendación fuerte a favor</i>	<p>RECOMENDACIÓN 69. Para el manejo sindrómico de la úlcera genital en pacientes embarazadas o en lactancia, se utilizará 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 <i>H. ducreyi</i>). 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando se sospeche de infección por <i>Virus del Herpes Simple</i> adicionar Aciclovir 200 mg vía oral 5 veces al día por 6 días.

	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se sospeche linfogranuloma venéreo, adicionar Azitromicina 1 gramo vía oral por semana durante 3 semanas o hasta la curación de las lesiones. <p>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)</p>
<i>Punto de buena práctica</i>	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.
<i>Recomendación fuerte a favor</i>	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. (Nivel de Evidencia Muy baja)
<i>Recomendación fuerte a favor</i>	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 (Nivel de Evidencia Muy baja)
<i>Recomendación fuerte a favor</i>	RECOMENDACIÓN 73. Para el tratamiento en pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de infección por <i>Haemophilus ducreyi</i> se utilizará Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única. (Nivel de Evidencia Baja)
<i>Recomendación débil a favor</i>	RECOMENDACIÓN 74. Para el tratamiento en pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de infección por <i>Haemophilus ducreyi</i> 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 (<u>no administrar Estolato de eritromicina en embarazadas</u>). (Nivel de Evidencia Baja)
<i>Recomendación fuerte a favor</i>	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 (Nivel de Evidencia Muy baja)
<i>Recomendación débil a favor</i>	RECOMENDACIÓN 76. Para el tratamiento en pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de infección de linfogranuloma venéreo y 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 (<u>no administrar Estolato de eritromicina en embarazadas</u>) (Nivel de Evidencia Muy baja)
<i>Recomendación débil a favor</i>	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 (<u>no administrar Estolato de eritromicina en embarazadas</u>) (Nivel de Evidencia Muy baja).
<i>Recomendación fuerte a favor</i>	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 (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 *Trichomona vaginalis*. (Nivel de Evidencia Moderada)

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

Recomendación fuerte a favor.	RECOMENDACIÓN 79. Para el manejo sintromico de la paciente con flujo vaginal se utilizará tinidazol 2.0 gramos vía oral dosis. Si se sospecha infección concomitante de <i>Candida albicans</i> sea adicionará Fluconazol 150 mg vía oral dosis única. (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 en desventaja.
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 segunda 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. (Nivel de Evidencia Moderada)
Punto de buena práctica	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 <i>Trichomona vaginalis</i> 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. (Nivel de Evidencia Baja)
Punto de buena práctica	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 <i>Candida albicans</i> 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. (Nivel de Evidencia Baja)
Recomendación fuerte a favor	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 sintromico de la paciente embarazada o en lactancia con flujo vaginal se utilizará Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 7 días. Si se sospecha infección concomitante de <i>Candida albicans</i> se añadirá Clotrimazol 100 mg una tableta vaginal por día durante 7 días. (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. (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 <i>Trichomona vaginalis</i> se utilizará como primera opción Metronidazol 2 gramos vía oral dosis única. (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 <i>Trichomona vaginalis</i> y no disponer de Metronidazol o se encontrara contraindicada, se utilizará como segunda opción Tinidazol 2 gramos vía oral dosis única. (Nivel de Evidencia Muy baja)
Punto de buena práctica	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. (Nivel de Evidencia Baja)
Recomendación fuerte a favor	RECOMENDACIÓN 93. Para el tratamiento del compañero sexual de la paciente con sospecha de infección por <i>Trichomonas vaginalis</i> 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. (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. (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. (Nivel de Evidencia Baja)
Recomendación débil a favor	RECOMENDACIÓN 96. En pacientes con flujo vaginal por <i>Trichomonas vaginalis</i> se recomienda el tratamiento expedito de los contactos sexuales de los últimos 60 días. Se recomienda programar 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. (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(o). (Nivel de Evidencia Muy baja)
Punto de buena práctica	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. (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. (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. (Nivel de Evidencia Muy baja)
Punto de buena práctica.	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 <i>Candida glabrata</i> y otras especies de <i>Candida no albicans</i> 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 <i>Trichomona vaginalis</i> de regresar a una visita de seguimiento si los síntomas persisten. (Nivel de Evidencia Muy baja)
Recomendación fuerte a favor	RECOMENDACIÓN 104. Instruir a las pacientes con infección flujo vaginal asociado a <i>Candida albicans</i> 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. (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 Levofloxacin 500 mg cada 24 horas por 10 días. (Nivel de Evidencia Muy baja)
Recomendación débil a favor	RECOMENDACIÓN 106. Para el tratamiento del síndrome inflamación escrotal producido por <i>Chlamydia trachomatis</i> se utilizará Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 10 día. (Nivel de Evidencia Muy baja)
Recomendación débil a favor	RECOMENDACIÓN 107. Para el tratamiento del síndrome inflamación escrotal producido por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> 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. (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 Levofloxacin 500 mg cada 24 horas por 10 días. (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. (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 Levofloxacin 500 mg una vez al día por 10 días. (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 sintromico de inflamación escrotal debe(n) ser 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. (Nivel de Evidencia Muy baja)

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*. (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. (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%. (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 diagnóstico de la EPI. (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. (Nivel de Evidencia Moderada)
Punto de buena práctica	RECOMENDACIÓN 117. Se debe obtener información sobre el tratamiento farmacológico actual.
Punto de buena práctica	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, mas de Azitromicina 1g vía oral por semana durante dos semanas más Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas durante 14 días. (Nivel de Evidencia Moderada) * Cefoxitin tiene mejor evidencia para tratamiento de la EPI que la Ceftriaxona, pero no está fácilmente disponible. Por lo tanto se recomienda Ceftriaxona.

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. (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. (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. (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. (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 (Nivel de Evidencia Moderada)
Recomendación fuerte a favor	RECOMENDACIÓN 125. Si se utiliza Gentamicina parenteral, debe ser monitorizada la función renal. (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. (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. (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 (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 el tratamiento quirúrgico cuando se trata de casos severos o cuando hay clara evidencia de la presencia de absceso pélvico. (Nivel de Evidencia Muy baja)
Punto de buena práctica	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 sintromico que cubra <i>N. gonorrhoeae</i> y <i>C. trachomatis</i> . 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. (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. (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. (Nivel de Evidencia Muy baja)
-------------------------------------	--

7. BUBÓN INGUINAL

El síndrome de bubón inguinal, incluye principalmente las infecciones por: *C. trachomatis* y *H. ducreyi*. (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. (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. (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. (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. (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. (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 diagnóstico sindrómico de bubón inguinal deben ser tratados. (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 práctica	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. (Nivel

	de Evidencia Muy baja)
<i>Recomendación fuerte a favor</i>	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 (<u>no administrar estolato de eritromicina en embarazadas</u>). 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. (Nivel de Evidencia Muy baja)
<i>Recomendación débil a favor</i>	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. (Nivel de Evidencia Muy baja)

PRIORIDADES CLAVE PARA LA IMPLEMENTACIÓN

RECOMENDACIONES CLAVE PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA

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. Con base en la historia clínica: anamnesis y detección de conductas sexuales de riesgo, examen físico que incluye inspección vulvar, perineal y perianal, especuloscopia y tacto genital bimanual en la mujer y examen del pene, testículos, regiones anal y perinanal en el hombre. Se hará un diagnóstico síndromico, se administrará el tratamiento específico, 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.
2. Dado que la unidosis es igualmente efectiva que los tratamientos con multidosis y con el objetivo de garantizar la adherencia, se utilizará una sola dosis para tratar la o el paciente, la cual será administrada en el centro de atención donde acude, para asegurar que el o la paciente reciben el tratamiento indicado de manera oportuna. (Nivel de Evidencia Muy baja). Recomendación fuerte a favor.
3. Todos los síndromes requieren tratamiento para el o la compañero sexual con el ánimo de cortar la cadena epidemiológica excepto en el síndrome de flujo vaginal en el que esta recomendación aplica solamente en los casos donde haya sospecha de tricomoniasis. El tratamiento para la pareja se enviará preferiblemente con el caso índice, sin olvidar la utilización de otras opciones como notificación a la pareja por parte del paciente y/o por el personal de salud para posterior evaluación y tratamiento. En el caso de envío de tratamiento, se acompañará de un folleto informativo sobre la(s) ITS que incluye información de la ITS y el tratamiento instaurado (forma de administración, beneficios y posibles efectos adversos) e instrucciones acerca de referencia a un centro de salud. (Nivel de Evidencia Moderado). Recomendación fuerte a favor.
4. En pacientes en embarazo con síndrome de infección del tracto genital se hará el manejo síndromico indicado y se remitirá a control prenatal para seguimiento y prevención de complicaciones maternas y neonatales (Nivel de Evidencia Muy baja). Recomendación fuerte a favor.
5. Se deberá hacer notificación al sistema de vigilancia epidemiológica, del síndrome que se manejó. (Nivel Evidencia muy baja). Recomendación fuerte a favor.
6. El manejo integral (diagnóstico, tratamiento, consejería y seguimiento) del caso índice y la pareja ha demostrado ser efectivo para la reducción de la prevalencia de las ITS. Por lo tanto, 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 fuerte a favor.

ABREVIACIONES

AVPP	Años de Vida Potencialmente Perdidos
COLCIENCIAS	Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
DELB	Instrumento Alemán para la Evaluación Metodológica de Guías
EE	Evaluación Económica
EPI	Enfermedad Pélvica Inflamatoria
g	Gramo, gramos.
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
GPC	Guía de Práctica Clínica
GDG	Grupo Desarrollador de la Guía
IM	Intramuscular
ITG	Infección del Tracto Genital
ITS	Infección de Transmisión Sexual
MESH	Medical Subject Headings
mg	Miligramos
NZGG	New Zealand Guidelines Group
OMS	Organización Mundial de la Salud
RCOG	Royal College of Obstetrician and Gynaecologist
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
UI	Unidades Internacionales
VB	Vaginosis Bacteriana
VHS	Virus Herpes Simple
VIH	virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SECCIÓN PRESENTACIÓN DE LA GUÍA

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(4). 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)(5). 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(6).

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(7).

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(8). 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(9).

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(10). 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)(5), cáncer(11), 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(12). 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(13).

La disponibilidad de una guía de práctica clínica basada en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento sindrómico de las ITG, ayudará a los administradores y profesionales de la salud en la toma de decisiones en salud mediante el uso de 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(14). 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. Además la guía de manejo de las ITS/ITG en la actualidad debe tener en cuenta dos aspectos. Por una parte, que 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. Segundo, que 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(15).

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(5). 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, 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(7).

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 desarrollo de la 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*.

OBJETIVOS

- 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 formadores de recurso humano y 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.

ALCANCE

La presente Guía hace recomendaciones para el nivel de atención primaria, secundaria y terciaria. En el primer nivel se toman en cuenta acciones de prevención, evaluación de riesgos, detección temprana, manejo inicial y referencia. A nivel secundario se hace referencia a las acciones de prevención, evaluación de riesgos, detección temprana, manejo inicial y manejo de las complicaciones de las ITS/ITG, como también prevención de recaídas o cronificación (prevención secundaria). A nivel terciario se abordan las acciones de prevención y manejo de las complicaciones de las ITS/ITG así como, acciones de prevención de recaídas o cronificación (prevención terciaria).

La presente Guía pretende apoyar al personal clínico asistencial que brinda cuidados a pacientes de ambos géneros susceptibles de ITS/ITG y con síntomas y signos de estas infecciones, en los diferentes niveles de atención en salud. Los manejos de condiciones específicas por parte de sub-especialistas ameritan recomendaciones específicas que exceden el alcance de la presente guía.

La guía está dirigida a la población colombiana entre los 14 y los 74 años, sin importar el régimen de aseguramiento al que pertenezca el/la paciente o si el/la paciente se encuentra asegurado/a o no. Al ser una Guía del Ministerio de Salud y Protección Social, las recomendaciones generadas solo serán aplicables en escenarios con dependencia administrativa o normativa con esta entidad.

ASPECTOS CLÍNICOS CENTRALES

La guía hace referencia al abordaje sindrómico para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y algunas infecciones del tracto genital. Aborda los siguientes aspectos del manejo clínico:

- a) Prevención primaria y secundaria de las ITS/ITG y evaluación del riesgo
- b) Diagnóstico sindrómico de las diferentes ITS-ITG
- c) Tratamiento del síndrome de descarga uretral
- d) Tratamiento del síndrome de infección cervical
- e) Tratamiento del síndrome de úlcera genital
- f) Tratamiento del síndrome de bubón inguinal
- g) Tratamiento del síndrome de flujo vaginal
- h) Tratamiento del síndrome de dolor pélvico bajo agudo
- i) Tratamiento del síndrome de inflamación escrotal
- j) Tratamiento de la mujer embarazada que presenta síntomas y/o signos relacionados con los síndromes asociados a las ITS/ITG

La guía no aborda los siguientes aspectos clínicos:

- a. Tratamiento de la escabiosis
- b. Tratamiento de molusco contagioso
- c. Tratamiento de pediculosis púbica
- d. Prevención y tratamiento de la infección por VPH
- e. Prevención y tratamiento de la infección por VIH - SIDA

POBLACIÓN Y USUARIOS DIANA

-Esta guía considera los siguientes tipos de pacientes:

- a) Hombres y mujeres entre los 14 y 74 años¹
- b) Pacientes que presenten síntomas y/o signos relacionados con los síndromes asociados a las ITS/ITG (síndrome de úlcera genital, síndrome de bubón inguinal, síndrome de descarga uretral, síndrome de cervicitis, síndrome de flujo vaginal, síndrome de dolor pélvico bajo y síndrome de inflamación escrotal).
- c) Pacientes que consulten en los tres niveles de atención.
- d) Mujeres embarazadas que presenten síntomas y/o signos relacionados con los síndromes asociados a las ITS/ITG.²

-En esta guía no se contemplan los pacientes con las siguientes características:

¹ No se incluyeron pacientes menores de 14 años pues según la normatividad colombiana, la presencia de Infecciones de Transmisión Sexual en personas de esta edad puede corresponder a situaciones de abuso sexual. Por lo tanto, pacientes menores de 14 años que consulten por síntomas o signos sugestivos de ITS, deben ser manejados(as) según las guías o protocolos para el abordaje de la violencia sexual. Se toma como límite superior del rango de edad, la expectativa de vida esperada.

² En el Síndrome de úlcera se manejará el síndrome bajo la presente y guía y posteriormente se remitirá a la Guía de Control Prenatal para continuar seguimiento.

- a) Pacientes con infecciones en el tracto genital causadas por procedimientos médicos.
- b) Pacientes con hepatitis B o C³
- c) Pacientes con infección por Virus de Papiloma Humano⁴
- d) Pacientes con infección por VIH- SIDA⁵
- e) Pacientes que consulten por “violencia” o “abuso” sexual⁶

PREGUNTAS DESARROLLADAS

1. GENERALIDADES

- a. ¿Cuál es la prevalencia de las ITS/ITG en la población colombiana y latinoamericana?
- b. ¿En qué consiste el abordaje sindrómico de las ITS/ITG?
- c. ¿Cuál es la efectividad del abordaje sindrómico en el tratamiento de las ITS/ITG?
- d. ¿Cuáles son los síndromes asociados a las ITS/ITG?
- e. ¿Cuáles son las estrategias poblacionales más efectivas para la prevención de las ITS/ITG?
- f. ¿Cuáles son las ITS/ITG más frecuentes en la mujer embarazada?
- g. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las ITS?

2. INFECCIÓN CERVICAL

- a. ¿Cuáles son los agentes etiológicos asociados al síndrome de infección cervical?
- b. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de las ITS/ITG caracterizadas por síndrome de infección cervical?
- c. ¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro del síndrome de infección cervical?
- d. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan en el síndrome de infección cervical?
- e. ¿Cuál es el seguimiento indicado para las pacientes con síndrome de infección cervical?
- f. ¿Cuál es la efectividad y seguridad del tratamiento para la pareja de la paciente con síndrome de infección cervical?
- g. ¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro para la paciente embarazada o en lactancia con síndrome de infección cervical?
- h. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan en la mujer embarazada con síndrome de infección cervical?
- i. ¿Cuál es el manejo de infección cervical persistente o recurrente?

3. SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL

- a. ¿Cuáles son los agentes etiológicos asociados al síndrome de descarga uretral?
- b. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de las ITS/ITG caracterizadas por síndrome de descarga uretral?
- c. ¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro del síndrome de descarga uretral?

³ La hepatitis no hace parte de los síndromes tratados en esta guía.

⁴ No se incluirán pacientes con infección por VPH porque esta patología hace parte de la Guía de Cáncer de Cuello Uterino.

⁵ Este tópico será abordado en otra Guía de práctica Clínica

⁶ Este tópico será abordado en otra Guía de Práctica Clínica

- d. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan en el síndrome de descarga uretral?
- e. ¿Cuál es el seguimiento indicado para los pacientes con síndrome de descarga uretral?
- f. ¿Cuál es la efectividad y seguridad del tratamiento para la pareja del paciente con síndrome de descarga uretral?

4. SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL

- a. ¿Cuáles son los agentes etiológicos asociados al síndrome de úlcera genital?
- b. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de las ITS/ITG caracterizadas por la presencia de úlceras genitales?
- c. ¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro del síndrome de úlcera genital en mujeres y hombres?
- d. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan con el tratamiento del síndrome de úlcera genital?
- e. ¿Cuál es el seguimiento indicado para los (as) pacientes con síndrome de úlcera genital?
- f. ¿Cuál es la efectividad y seguridad del tratamiento para la pareja del (de la) paciente con síndrome de úlcera genital?
- g. ¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro para la paciente embarazada o en lactancia con síndrome de úlcera genital?
- h. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan en la mujer embarazada con síndrome de úlcera genital?
- i. ¿Cuál es el seguimiento indicado para la mujer embarazada con síndrome de úlcera genital?

5. SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL

- a. ¿Cuáles son los agentes etiológicos asociados al síndrome de flujo vaginal?
- b. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de las ITS/ITG caracterizadas por síndrome de flujo vaginal?
- c. ¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro del síndrome de flujo vaginal?
- d. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan en el síndrome de flujo vaginal?
- e. ¿Cuál es el seguimiento indicado para las pacientes con síndrome de flujo vaginal?
- f. ¿Cuál es la efectividad y seguridad del tratamiento de la pareja de la paciente con síndrome de flujo vaginal?
- g. ¿Cuál es la efectividad y seguridad del tratamiento de la paciente embarazada o en lactancia con síndrome de flujo vaginal?
- h. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan en la paciente embarazada o en lactancia con síndrome de flujo vaginal?
- i. ¿Cuál es la efectividad y seguridad del tratamiento del flujo vaginal persistente o recurrente?

6. SÍNDROME DE INFLAMACIÓN ESCROTAL

- a. ¿Cuáles son los agentes etiológicos asociados al síndrome de inflamación escrotal?
- b. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de las ITS/ITG caracterizadas por síndrome de inflamación escrotal?
- c. ¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro del síndrome de inflamación escrotal?
- d. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan en el síndrome de inflamación escrotal?
- e. ¿Cuál es el seguimiento indicado para los pacientes con síndrome de inflamación escrotal?
- f. ¿Cuál es la efectividad y seguridad del tratamiento para la pareja del paciente con síndrome de inflamación escrotal?

7. SÍNDROME DE DOLOR PÉLVICO BAJO AGUDO

- a. ¿Cuáles son los agentes etiológicos asociados al síndrome de dolor pélvico bajo agudo?

- b. ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales del síndrome de dolor pélvico bajo agudo?
- c. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas del síndrome de dolor pélvico bajo agudo?
- d. ¿Cuál es el tratamiento ambulatorio más efectivo y seguro del síndrome de dolor pélvico bajo agudo?
- e. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan en el síndrome de dolor pélvico bajo agudo?
- f. ¿Cuál es seguimiento indicado para las pacientes con síndrome de dolor pélvico bajo agudo?
- g. ¿Cuáles son los criterios de hospitalización para las pacientes con síndrome de dolor pélvico bajo agudo?
- h. ¿Cuál es la efectividad de tratar a la pareja de la paciente con síndrome de dolor pélvico bajo agudo?

8. SÍNDROME DE BUBÓN INGUINAL

- a. ¿Cuáles son los agentes etiológicos asociados al síndrome de bubón inguinal?
- b. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de las ITS/ITG caracterizadas con síndrome de bubón inguinal?
- c. ¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro del síndrome de bubón inguinal?
- d. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan en el síndrome de bubón inguinal?
- e. ¿Cuál es seguimiento indicado para los (las) pacientes con síndrome de bubón inguinal?
- f. ¿Cuál es la efectividad y seguridad de dar tratamiento a la pareja del (de la) paciente con síndrome de bubón inguinal?
- g. ¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro de la paciente embarazada o en lactancia con síndrome de bubón inguinal?
- h. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan la paciente embarazada con síndrome de bubón inguinal?

SECCIÓN METODOLÓGICA

COMPOSICIÓN DEL GRUPO

El grupo 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, quienes dieron soporte en cuanto a búsqueda de guías de manejo de ITS a nivel mundial, calificación de la calidad de las mismas, búsquedas de Revisiones sistemáticas y estudios primarios ya fueran experimentales u observacionales. A partir de estos estudios se calificó la evidencia y se hicieron las recomendaciones.

También se contó con representantes de pacientes quienes aportaron sus opiniones en las fases de selección de preguntas y priorización de desenlaces así como en las fases de revisión de las recomendaciones. No se vincularon pacientes al Grupo Desarrollador de la Guía, dada la naturaleza de las infecciones abordadas en esta guía que a su vez suelen generar incomodidad en el paciente y señalamiento social. Además de la enfermera representante de pacientes se contó con la participación de las siguientes entidades:

- Manexka EPS Indígena de Sucre y Córdoba
- EPS indígena EMSANAR

Finalmente, mediante la conformación de una base de datos de instituciones, organizaciones y grupos de interés, se identificaron a las personas que fueron invitadas a participar en los momentos de decisión para recibir su retroalimentación. Se contó con la participación de las siguientes instituciones:

- Ministerio de Salud y Protección Social
- Instituto Nacional de Salud
- Secretaría Distrital de Salud
- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral ACEMI
- Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC
- Asociación Colombiana de Infectología ACIN
- Sociedad Colombiana de Urología SCU
- Federación colombiana de Obstetricia y Ginecología FECOLSOG
- Academia Nacional de Medicina

Se contó con el apoyo del Grupo Cochrane de Desórdenes Menstruales e Infertilidad, para las búsquedas de literatura y consecución de los artículos de estudios primarios y con el apoyo del Grupo Neozelandés de Guías de práctica Clínica de la Red internacional de Guías (Guideline International Network – GIN).

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Al momento de presentar la postulación a la Convocatoria 500 de 2009 por medio de la cual se seleccionó al GDG, se dejó por escrito y de antemano constancia de los potenciales conflictos de interés de los participantes (miembros del GDG y otros) para su desarrollo. Este documento fue elaborado y firmado por escrito por parte de cada uno de los participantes y a su vez, fue entregado al momento de iniciar el proceso de concurso de méritos, en el ánimo de que la intervención de sus miembros fuera un proceso absolutamente transparente.

Una vez se presentaron los resultados de la Convocatoria y se dio inicio al proceso de manera formal, los líderes de cada guía y sus equipos, suscribieron el documento de Declaración de Conflicto de Intereses para analizar si hubiese habido intereses de diverso tipo: económico personal, económico personal de un familiar, económico no personal o no económico personal. Posteriormente se realizaron reuniones de consenso al interior de cada equipo donde se analizaron los documentos que referían no presentar ningún tipo de conflicto de interés. Finalmente, se decidió la participación, por consenso, de todas las personas en esta condición.

Al interior de cada Guía, con quienes se encontró que hubo declaración de conflictos de interés, se llevó a cabo el análisis del tipo de conflicto declarado y la conducta a seguir. Cuando uno de los líderes de la Guía declaró conflicto de interés, miembros de otras guías distintas y del equipo de dirección, fueron los encargados de hacer tal valoración. En ningún caso hubo disenso en las decisiones, por lo que no se requirió adicionar procesos. Finalmente, se reportaron las conductas a seguir, siguiendo y teniendo en cuenta en todo momento, las indicaciones dadas por la guía metodológica del Ministerio de la Protección Social. Los documentos de declaración de conflictos de interés fueron publicados en página web y quedaron disponibles para la comunidad en general.

METODOLOGIA SEGUIDA PARA LA DEFINICIÓN DE ALCANCE Y OBJETIVOS

La definición de alcance y objetivos se llevó a cabo a partir de un acuerdo consensuado entre el Ministerio de la Protección Social y el GDG. En primer lugar el GDG, mediante una revisión de literatura, estableció de manera preliminar los temas y subtemas, objetivos, antecedentes y justificación de la necesidad de generar cada guía en términos de la carga de enfermedad, el impacto hacia los usuarios de las recomendaciones de las mismas, más una apreciación acerca de las razones por las cuales su implementación resultaría beneficiosa para el sistema de salud colombiano. Posteriormente, el documento preliminar de alcance y objetivos se discutió con el ente gestor, mediante consulta a expertos en cada una de las áreas del Ministerio; así mismo, se publicó en la página web y durante un mes se recibieron comentarios y/o sugerencias, las cuales fueron analizadas por el GDG en conjunto con el ente gestor. A partir de la retroalimentación recibida, se realizaron los ajustes pertinentes y el documento definitivo, en el cual se fijan los alcances y objetivos de la Guía, fue publicado en la página web.

Teniendo en cuenta el alcance y los objetivos, se identificaron y seleccionaron los temas mediante la evaluación del proceso de atención clínica, el cual permitió establecer los aspectos relevantes relacionados con dificultades o problemas en la prestación de los servicios por parte de los profesionales de la salud derivados de variaciones en los esquemas de manejo. La priorización y selección de los tópicos se enfocó en aquellos que implicaban mayor morbilidad, mortalidad, complicaciones médico-quirúrgicas y calidad de vida de los usuarios; sobre estos, se inició el proceso de formulación de preguntas preliminares.

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS

Se desarrolló en seis etapas sucesivas a través de consensos informales, en las cuales participaron todos los miembros del GDG, por diferentes medios (reuniones presenciales, reuniones online o contribuciones escritas).

En **primer lugar** se revisaron los algoritmos clínicos de manejo sugeridos por la OMS para el abordaje sindrómico de las ITS-ITG(7) y se revisó documentación anexa de variada procedencia (por ejemplo, GPC de reciente aparición en la literatura). Con base en esto y en la experiencia clínica en el manejo de las diferentes patologías, los miembros del GDG generaron un listado de 64 preguntas que fueron evaluadas en un paso posterior.

En una **segunda etapa**, a fin de decidir la inclusión o exclusión de las preguntas, se solicitó a cada miembro del GDG considerar para cada pregunta los siguientes aspectos:

- **Evidencia:** referida a la disponibilidad de información en la literatura científica que permitía abordar de manera adecuada la pregunta clínica propuesta.
- **Factibilidad:** Relacionada con la probabilidad de que el escenario clínico al cual refería la pregunta se presentara en el contexto del país.
- **Decisión:** Una vez llenados los apartados de evidencia y factibilidad, cada miembro del equipo, decidió si la pregunta era susceptible de ser incluida y socializada con los diferentes actores del sistema. Sin embargo,

una pregunta podía ser calificada como “Incluida” sin tener en cuenta las puntuaciones previamente realizadas, con base a su importancia clínica.

La calificación de las preguntas en el apartado “decisión” se realizó de manera individual por cada miembro del GDG en una escala de 1 a 5 para los aspectos de Evidencia y Factibilidad, y con opciones de SI-NO para la decisión de inclusión, fruto de lo cual, se obtuvieron calificaciones de todos los miembros del GDG para cada una de las preguntas propuestas. Las calificaciones fueron consolidadas en un archivo único siguiendo el esquema de calificación contenido en las tablas 1 y 2 para su análisis posterior, lo que permitió a los epidemiólogos de la guía tomar decisiones respecto a la continuidad de varias de las preguntas propuestas en apartados anteriores.

Tabla 1. Escala de calificación referente a la Evidencia.

Ninguna evidencia	Poca evidencia	Alguna disponibilidad de evidencia	Bastante evidencia	Mucha evidencia	No dispone de información o conocimientos para calificar
1	2	3	4	5	NA

Tabla 2. Escala de calificación referente a la Factibilidad.

Nada importante	Poco importante	Puede o no puede ser importante	Importante	Muy importante	No dispone de información o conocimientos para calificar
1	2	3	4	5	NA

En una **tercera etapa**, se resumió la información numérica recolectada del paso anterior, se estimó la media para cada pregunta en los elementos de Evidencia y Factibilidad y se determinó que las preguntas con promedio menor o igual a 3 unidades se revisarían en consenso informal por el GDG para su inclusión o exclusión definitiva de la GPC. Se presentó la calificación consolidada de decisión (Opciones SI, NO).

En un **cuarto** momento, y a partir del listado de preguntas obtenido, los epidemiólogos participantes en la guía se reunieron para la revisión de duplicados, sumar nuevas preguntas a sugerencia de los diferentes miembros del GDG y ordenar el cuerpo de preguntas en los diferentes síndromes, siguiendo la ruta de manejo clínico de las infecciones incluidas. Fruto de este ejercicio se generaron 56 preguntas genéricas.

Finalizado el paso anterior, en un **quinto** momento, las preguntas se reformularon en el formato PECOT/PICO sugerido por la Guía Metodológica del Ministerio de la Protección Social. Se consideró de manera adicional el tipo de estudio que de preferencia debe elegirse como fuente de evidencia para la resolución de la pregunta clínica propuesta. Dado que el factor “*tiempo*” no es posible de evaluar bajo el abordaje sindrómico, este elemento no fue tenido en consideración para el desarrollo de las preguntas PECOT/PICO⁷.

⁷ Bajo el manejo planteado por el Abordaje sindrómico de las ITS-ITG, se espera que el paciente que tiene un manejo adecuado de los síntomas, no retorne al consultorio del médico. Así mismo, dentro de las preguntas de la GPC existen preguntas referentes a recomendaciones para el seguimiento (si este fuese necesario) a los pacientes con estas infecciones.

Para finalizar, en una **sexta etapa** se hizo la evaluación de recursos económicos correspondiente al formato PECOT-R, mediante un ejercicio de evaluación que llevó al equipo a definir las preguntas económicas susceptibles de ser abordadas por la GPC, trabajo que fue dirigido por el Equipo de Evaluación Económica.

DETERMINACIÓN DE DESENLACES

Teniendo en cuenta que la identificación de los desenlaces considerados más importantes orientaría las búsquedas de la literatura y permitiría generar las recomendaciones relevantes, se efectuó una búsqueda de los múltiples desenlaces para las actividades, procedimientos e intervenciones de diagnóstico, tratamiento, y seguimiento. Luego se elaboró el listado de desenlaces susceptibles de evaluación en la reformulación de las preguntas genéricas en los casos donde fuese pertinente su generación, se generó el listado preliminar y se revisó junto con el resto de información de la pregunta genérica.

Cada desenlace fue clasificado como crítico o no con base a una escala de 9 unidades sugerida por la Guía metodológica y proveniente del sistema GRADE. Para facilitar la evaluación de este aspecto se creó una encuesta de acceso por internet, localizada en la página web con acceso exclusivo para los miembros del GDG⁸. En esta encuesta, los diferentes desenlaces fueron clasificados en la escala que se presenta en la Tabla 3.

Tabla 3. Escala de calificación referente a la dimensión crítica del desenlace. Paso 7- Identificación y priorización de desenlaces.

BAJA IMPORTANCIA PARA TOMAR UNA DECISIÓN			IMPORTANTE PERO NO CRÍTICO PARA TOMAR UNA DECISIÓN			CRÍTICO PARA TOMAR UNA DECISIÓN		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Cada una de las evaluaciones fue realizada por los diferentes miembros del GDG de manera individual. Al final se examinaron los desenlaces con calificaciones menores a 4 unidades y se tomaron decisiones referentes a su inclusión o no dentro de la pregunta clínica evaluada.

Para considerar la opinión de los pacientes dentro del proceso de priorización, el GDG incorporó a un representante que pudiese calificar los desenlaces en los mismos términos que los expertos temáticos⁹. Este representante generó información desde el punto de vista de los pacientes con ITS-ITG para priorizar los diferentes desenlaces propuestos: sus puntos de vista y observaciones han sido incorporados durante todo el proceso de desarrollo de la GPC.

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS EN FORMATO PICO

Una vez identificadas las preguntas clínicas preliminares y los desenlaces asociados a cada pregunta, se formularon las preguntas clínicas en formato PICO/PECO con sus adaptaciones para cada tipo de pregunta.

En la estructura en mención se consideró claramente la población de estudio, las intervenciones/pruebas diagnósticas, factores de riesgo/pronóstico, los comparadores si aplican y sus desenlaces correspondientes:

- **Población:** Pacientes con ITS u otras ITG / Paciente embarazada o en lactancia con ITS u otras ITG / Pareja del (de la) paciente con ITS.

⁸ <http://www.guiascolcienciasminproteccionsocialalianzacinets.org/>

⁹ El representante de los pacientes es un profesional de enfermería en una consulta especializada de ITS/ ITG, la cual se especializa en su manejo y recepción previo y posterior a la consulta médica.

- **Intervención:** Intervenciones terapéuticas, intervenciones preventivas, factores de riesgo, pruebas diagnósticas.
- **Comparadores:** se refiere a la alternativa a la intervención o patrón de oro diagnóstico. Se consideraron en las preguntas que aplicaban.
- **Outcomes:** desenlaces: variables de resultado clínicamente importantes para responder las preguntas.

Ver el listado de preguntas clínicas y económicas en formato PICO/PECO incluidas en el anexo No. 1 del presente documento.

IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE PREGUNTAS ECONÓMICAS

La identificación de preguntas preliminares económicas se efectuó conjuntamente con la selección y priorización de preguntas clínicas. De esta manera, el grupo de evaluación económica (EE) en conjunto con los expertos clínicos de cada sub-guía, realizaron la selección y priorización preliminar de preguntas teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- **Relevancia de la evaluación económica** (Desde el punto de vista de la pregunta clínica)
- **Necesidad de evaluación económica** (¿Existen diferencias apreciables en costos y en la efectividad entre las alternativas consideradas?, ¿Es la alternativa más efectiva también la más costosa?, ¿Existe evidencia de alta calidad sobre la eficacia de las alternativas consideradas? ¿Alguna de las alternativas no está incluida en el POS?)

A partir del anterior análisis, se generó un listado de preguntas preliminares y, en aquellos casos en que se consideró necesario, la pregunta preseleccionada fue reformulada para que en esta, aparecieran claras las alternativas a comparar y los desenlaces en términos económicos. Posteriormente las preguntas preseleccionadas para evaluación económica fueron analizadas mediante consenso con el GDG desde el punto de vista de la calidad de la evidencia encontrada (ensayos clínicos aleatorizados, meta-análisis) con respecto a la eficacia de las alternativas consideradas

Adicionalmente se tuvieron en cuenta ciertos aspectos también relevantes de las alternativas a estudiar tales como:

- ¿Se recobra o es objeto de tutela?
- ¿Alguna de las opciones propuestas constituye el deber ser?

Posteriormente se procedió a asignar prioridad a las preguntas mediante la utilización de la herramienta 20 de la GM, la cual asigna las siguientes puntuaciones:

- **Prioridad alta:** se tuvo en cuenta si los expertos clínicos consideraban que era razonable esperar encontrar evidencia de alta calidad en las alternativas expuestas y sobre la opinión que se tiene acerca de la frecuencia del uso de recobros.
- **Prioridad media:** Se asignó prioridad media a aquellas preguntas para las cuales los expertos clínicos consideraron que existía alta incertidumbre sobre la calidad de la evidencia que se pudiera encontrar.

Finalmente, se procedió a la formulación estructurada de las potenciales preguntas de evaluación económica según los criterios PECOT + R. Ver el listado de preguntas económicas en formato PECOT + R incluidas en el anexo No. 1 del presente documento.

METODOLOGÍA UTILIZADA PARA TOMAR LA DECISIÓN SOBRE ADAPTACIÓN DE UNA GUÍA EXISTENTE O DESARROLLO DE NOVO DE UNA GUÍA

Una vez formuladas las preguntas clínicas, el GDG procedió a realizar una búsqueda sistemática de Guías de Práctica Clínica orientada a identificar las GPC nacionales e internacionales disponibles. La búsqueda sistemática de GPC coincidentes con los tópicos incluidos en la GPC se realizó en los siguientes sitios de búsqueda:

1. COMPILADORES

- AHRQ National Guidelines Clearinghouse www.guideline.gov
- NHS National Library of Guidelines www.library.nhs.uk/GuidelinesFinder
- GuíaSalud www.guiasalud.es
- GIN Guidelines International Network

B. INSTITUCIONES ELABORADORAS

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network www.sign.ac.uk
- National Institute for Clinical Excellence www.nice.org.uk
- Australian National Health and Medical Research Council www.nhmrc.gov.au
- New Zealand Guidelines Group www.nzgg.org.nz
- Organización Mundial de la Salud (OMS): www.who.int/library/database/index.en.shtml
- Organización Panamericana de la Salud (OPS): www.paho.org/hq/publications.paho.org

C. METABUSCADORES

- TRIP database: www.tripdatabase.com

D. OTROS

- MEDLINE a través de PubMed: www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez
- LILACS a través de BVS: <http://lilacs.bvsalud.org/es/>
- Búsqueda de literatura gris perteneciente a GPC de Ministerios de la Región a través de Google.

Luego de reunir la información de los diferentes sitios, se eliminaron duplicados y se seleccionaron los documentos a examinar en texto completo por dos de los miembros del GDG. En la revisión de texto completo se excluyeron aquellos documentos referentes a poblaciones infantiles y trabajadores sexuales, documentos enfocados en abuso sexual y /o legislación referente al abuso, así como GPC que ofrecieran solamente manejo etiológico de las ITS/ITG (apoyado en pruebas de laboratorio).

En consenso informal del GDG se seleccionaron las GPC a evaluar por el instrumento DELBI (Instrumento Alemán para la Evaluación Metodológica de Guías). Toda la información relacionada con ésta búsqueda sistemática puede verse en la Tabla 4.

Tabla 4. Búsqueda de GPC - GPC Abordaje Sindrómico de las ITS/ITG.

Términos empleados en la búsqueda	Sexual* transmit* infection*; Sexual* transmit* disease*; Venereal*; STD*; enfermedades de transmisión sexual
Fecha de Búsqueda	01/02/2011-15/02/2011
Rango (Años Límite)	2000-2011
Límites/filtros (en MEDLINE)	"Practice Guideline"[ptyp] OR practice guideline*[tiab] OR guideline*[ti] OR recommendation*[ti] OR "Practice guidelines as topic"[Mesh]
Idiomas	Inglés, Español, Francés
Número de GPC obtenidas	61
Número de GPC evaluadas por los miembros del GDG	12

Posteriormente se evaluó la calidad de las guías identificadas mediante la utilización del Instrumento DELBI. Cada guía fue evaluada independientemente por cuatro evaluadores (dos clínicos y dos epidemiólogos), previa prueba piloto para conocer el instrumento y estandarizar los procesos de evaluación. Así, los evaluadores calificaron cada ítem contenido en los diferentes dominios de la herramienta y se procedió a establecer un puntaje total ponderado para cada dominio según las calificaciones individuales otorgadas por los diferentes evaluadores. Ver resultados de la calificación de las guías con el instrumento DELBI en el anexo No. 2 del presente documento.

En consenso informal del GDG, se evaluaron las puntuaciones ponderadas en conjunto y se llegó a consenso respecto a la evaluación global de la calidad de las GPC evaluadas. Los resultados de este proceso son presentados en la tabla 5.

Tabla 5. Resumen de GPC evaluadas

No	Título	Grupo realizador	País	Idioma	Fecha de publicación	Fecha final de búsqueda	Recomendación según evaluación de calidad por el instrumento DELBI y de abordaje sindrómico de los tópicos de interés	Evaluación de implementabilidad de recomendaciones según GLIA
1	Guía del Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual	Ministerio de Salud y Previsión social	Bolivia	Español	2001	No se presenta.	No recomendada	No aplica
2	Canadian guidelines on Sexually Transmitted infections	Public Health Agency of Canada	Canada	Ingles	2008	2008	No recomendada	No aplica
3	Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual	Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS	Argentina	Español	2004	No se presenta.	No recomendada	No aplica
4	Guía basada en la evidencia para el abordaje etiológico y sindrómico del paciente con infección de transmisión sexual	Universidad de Antioquia	Colombia	Español	2008	No se presenta.	No recomendada	No aplica
5	Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo	Organización Mundial de la Salud	Internacional	Español	2005	No se presenta.	No recomendada	No aplica
6	Guía nacional de planificación familiar y manejo de las infecciones de transmisión sexual	Ministerio de salud pública y bienestar social	Paraguay	Español	2006	No se presenta.	No recomendada	No aplica
7	Guía Nacional de Manejo de casos de ETS	MINSA	Perú	Español	2000	No se presenta.	No recomendada	No aplica
8	Management of Acute Pelvic Inflammatory Disease	Royal College of Obstetricians and Gynecologist	UK	Ingles	2008	2007	Recomendada con condiciones	No se detectaron barreras insalvables para la implementación
9	2006 UK National Guideline for the Management of Genital Tract Infection with <i>Chlamydia trachomatis</i>	BASHH	UK	Ingles	2006	2005	No recomendada	No aplica
10	Guía de atención de las Enfermedades de transmisión Sexual	Ministerio de Salud	Colombia	Español	2000	No se presenta.	No recomendada	No aplica
11	Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual en el Primer y Segundo Nivel de Atención	Caja Costarricense de Seguro Social	Costa Rica	Español	2005	No se presenta.	No recomendada	No aplica
12	Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	Organización Mundial de la Salud	Internacional	Español	2005	No se presenta.	No recomendada	No aplica

Para la selección de la guía a adaptar, además del puntaje con el instrumento DELBI se tuvo en cuenta si la guía claramente utilizaba un abordaje sindrómico de los tópicos de interés. Vale la pena anotar que muchas de las guías evaluadas mencionaban el manejo sindrómico pero al revisar el contenido en detalle, realmente utilizaban un abordaje etiológico de los síndromes de interés.

Solo una GPC (Royal College of Obstetricians and Gynaecologist-RCOG 2008)(16) alcanzó una calificación de calidad de “recomendada con modificaciones” y adicionalmente realizaba manejo sindrómico, lo que le permitían pasar a la evaluación de posibilidad de implementación sugerida por la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social, con el Instrumento GLIA. Esta GPC está centrada en recomendaciones referentes al manejo de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria, uno de los síndromes objeto de la presente GPC (síndrome de dolor pélvico bajo agudo).

Posteriormente, por medio de consenso informal, el GDG seleccionó dos de las recomendaciones presentadas en la GPC del RCOG-2008 para ser evaluadas por el instrumento GLIA, teniendo en cuenta su importancia en el tratamiento del síndrome y su impacto en la implementación. Como resultado de este proceso, se encontró que si bien existían algunas falencias, éstas no reflejaban la presencia de barreras insalvables para la implementación. Ver resultados de evaluación de implementabilidad con Instrumento GLIA en el anexo No. 3 del presente documento.

En coherencia con el proceso previamente desarrollado, para la elaboración de la Guía de abordaje sindrómico para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital, el GDG decidió que era necesario realizar un desarrollo de novo en los tópicos de Generalidades de las ITS/IT, Infección cervical, Descarga uretral, Úlceras genitales, Flujo vaginal, Inflamación escrotal y síndrome de Bubón Inguinal; para el caso del síndrome de dolor pélvico bajo se decidió adaptar la guía: *Management of Acute Pelvic Inflammatory Disease*, desarrollada por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologist y publicada en el año 2008(16).

PROCESO DE ADAPTACIÓN Y DESARROLLO DE NOVO

1. METODOLOGIA UTILIZADA PARA LA ADAPTACIÓN DE LA GUÍA *MANAGEMENT OF ACUTE PELVIC INFLAMMATORY DISEASE* DESARROLLADA POR EL ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGIST Y PUBLICADA EN EL AÑO 2008(16)

Para llevar a cabo el proceso de adaptación de esta guía se utilizó la metodología de adaptación propuesta por el New Zealand Guidelines Group¹⁰, la cual toma en cuenta los siguientes dominios: alcance y aplicabilidad, detección de vacíos en los aspectos cubiertos por la guía, fuentes de evidencia, calidad de las recomendaciones, revisión y actualización de la estrategia de búsqueda y plan de implementación. A continuación se presenta el formato de adaptación (NZGG) utilizado:

EVALUACIÓN DE LA ADAPTACIÓN DE GUÍAS HECHAS EN EL EXTRANJERO NZGG		
		Hecho
1	Realice una búsqueda sistemática de identificación de las Guías	
2	Haga una evaluación crítica de las guías	
3	Analice el contenido por alcance y aplicabilidad	Si No
	Los mismos escenarios de salud?	
	Los mismos grupos de profesionales?	

¹⁰ Disponible en la dirección electrónica:

http://eglobalmed.com/opt/NZ_GuidelinesGroup/www.nzgg.org.nz/index1b24.html?fuseaction=evidence&fusesubaction=article&documentID=10&articleID=54

	Los mismos pacientes?		
	Las mismas intervenciones?		
	Los mismos desenlaces?		
4	Obtenga el permiso para usar las partes relevantes de los grupos que hicieron las guías		
5	Determine los vacíos en los campos cubiertos por las guías		
	Alguna pregunta clínica no es cubierta?		
	Describa en la parte inferior cual o cuales		
6	Mire las fuentes de evidencia		
	Esta la estrategia de búsqueda disponible?		
	Hay alguna tabla de evidencia?		
	Están las afirmaciones de la evidencia y las recomendaciones referenciadas?		
	Un numero de otras organizaciones de guías estas dispuestas a hacerlas disponibles?		
7	Mire la calidad de las recomendaciones		
	Son las recomendaciones validas y la graduación correcta?		
	Escoja unos pocos tópicos controversiales para revisar como fueron trabajadas		
8	Recorra la estrategia de búsqueda para incluir las preguntas seleccionadas		
	Para incluir las referencias de mínimo un año antes de la fecha de publicación		
	Chequear si algún estudio grande cambia radicalmente las recomendaciones		
9	Plan de implementación		
	Rediseñe el plan de implementación de acuerdo a las circunstancias locales		

1.1 VERIFICACIÓN ALCANCE Y APLICABILIDAD

Con base en los ítems del formato de adaptación, se verificó que los usuarios, población, intervenciones y desenlaces de la guía a adaptar fueran comunes con los planteados en la guía de manejo integral. En este orden de ideas, no se encontraron diferencias en estos ítems que impidieran continuar con el proceso de adaptación.

1.2 OBTENCIÓN PERMISO PARA ADAPTACIÓN

Por medio de correo certificado y vía correo electrónico se enviaron comunicaciones al *Royal College of Obstetricians and Gynaecologist- RCOG* para solicitar el permiso de adaptación de la guía en mención.

El Grupo Desarrollador de la Guía recibió vía correo electrónico la autorización expresa del RCOG para poder adaptar la guía.

1.3 VERIFICACIÓN DE PREGUNTAS NO CUBIERTAS POR LA GUÍA

Se contrastaron las preguntas formuladas inicialmente por el Grupo Desarrollador de la Guía con las preguntas presentes en la guía a adaptar, con el fin de identificar las preguntas huérfanas. A continuación se presenta el resultado de dicho proceso:

PREGUNTA PROPUESTA POR EL GDG	¿PREGUNTA CUBIERTA POR LA GUÍA A ADAPTAR (RCOG)?
¿Cuáles son los agentes etiológicos asociados al síndrome de dolor pélvico bajo?	SÍ
¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales del síndrome de dolor pélvico bajo?	SÍ
¿Cuáles son las manifestaciones clínicas del síndrome de dolor pélvico bajo?	SÍ
¿Cuál es el tratamiento ambulatorio más efectivo y seguro del síndrome de dolor pélvico bajo?	SÍ
¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan en el síndrome de dolor pélvico bajo?	NO
¿Cuál es seguimiento indicado para las pacientes con síndrome de dolor pélvico bajo?	SÍ
¿Cuáles son los criterios de hospitalización para las pacientes con síndrome de dolor pélvico bajo?	SÍ
¿Cuál es la efectividad de tratar a la pareja de la paciente con síndrome de dolor pélvico bajo?	SÍ

Como puede apreciarse, se identificó solo una pregunta huérfana, correspondiente al tópico de complicaciones de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (Síndrome de dolor pélvico bajo agudo). Dicha pregunta fue sometida a búsqueda de literatura en las diferentes bases de datos para poder ser incluida en la guía definitiva.

1.4 VERIFICACIÓN FUENTES DE EVIDENCIA

Al revisar la guía del RCOG se puede apreciar que los autores refieren las bases de datos utilizadas para la búsqueda de literatura y reportan los términos de búsqueda MESH y no MESH.

Las estrategias de búsqueda y las tablas de evidencia no se encontraban disponibles en el documento. Sin embargo, al interior del GDG se decidió regraduar la evidencia y las recomendaciones de la guía a adaptar por medio de la metodología GRADE. Así, fue necesario elaborar nuevamente las tablas de evidencia pues dicha metodología difiere en gran medida de la metodología SIGN que es la utilizada en la guía a adaptar.

Las recomendaciones y la discusión de la evidencia se encontraban debidamente referenciadas.

1.5 VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS RECOMENDACIONES

En este paso se revisaron algunas de las recomendaciones para verificar si los niveles de evidencia y los grados de recomendación reportados eran los correctos y se ajustaban a los artículos referenciados.

Si bien, la metodología del NZGG no emite recomendación sobre el número o tipo de recomendaciones que deben ser seleccionadas para realizar tal verificación, se decidió tomar las recomendaciones relacionadas con tratamiento para llevar a cabo este paso.

Cabe anotar que los niveles de evidencia y grados de recomendación presentes en la guía a adaptar fueron graduados bajo la metodología SIGN.

A continuación se presenta una tabla con las recomendaciones presentes en la guía a adaptar y resaltadas aquellas que fueron tomadas para la verificación.

PASO 7 - ADAPTACIÓN SEGÚN NZGG - SELECCIÓN DE TÓPICOS CONTROVERSIALES PARA VERIFICAR GRADUACIÓN Y VALIDEZ DE RECOMENDACIONES		
#	TÓPICO	INCLUIDO PARA VERIFICACIÓN?
1	Making a diagnosis of acute PID - Clinical	NO
2	Making a diagnosis of acute PID - Microbiological	NO
3	Starting treatment - How should PID be managed in the outpatient setting?	SÍ
4	Starting treatment - What hospital treatment should be given and when should it be recommended?	SÍ
5	Treatment in pregnancy and in young women	NO
6	Treatment in a woman with an intrauterine contraceptive device	SÍ
7	Other modes of treatment	NO
8	Management of sexual partner(s) of women with PID	SÍ
9	Review of women with PID	SÍ
10	Women who are infected with HIV	NO
11	Contraception options and PID	NO

En el anexo 4 se presentan los resultados de la verificación de los niveles de evidencia y graduación de las recomendaciones.

En términos generales, la evidencia y las recomendaciones fueron adecuadamente graduadas excepto porque algunas recomendaciones se graduaron erróneamente como B cuando realmente correspondían a graduación D dado que se soportaban en estudios de carácter descriptivo.

1.6 ELABORACIÓN DE TABLAS DE EVIDENCIA CON METODOLOGÍA GRADE

Para llevar a cabo la elaboración “de novo” de las tablas de evidencia de la guía a adaptar, se utilizó el software GRADEpro™ versión 3.6, previa consecución de los artículos en full-text, los cuales fueron evaluados para determinar su calidad metodológica. Dicha evaluación se llevó a cabo por medio de las listas de chequeo de SIGN. Posterior a la evaluación metodológica se procedió a la elaboración de las tablas de evidencia. En el anexo 5 se presentan las tablas de evidencia elaboradas para la adaptación de la guía de EPI del RCOG.

1.7 ACTUALIZACIÓN DE LA BÚSQUEDA

Se realizó una búsqueda de literatura en las bases de datos (PUBMED, LILACS, COCHRANE, EMBASE) con el fin de verificar si existían GPC, revisiones sistemáticas o ECA's que cambiaran radicalmente las recomendaciones ya presentes en la guía del RCOG. Dicha búsqueda se realizó para el periodo comprendido entre el año 2007 y el año 2012.

Como resultado de la búsqueda, se encontró una actualización de una guía (17) con fecha de publicación de Junio de 2011. Esta fecha era posterior al momento en que se realizó la búsqueda de GPC relacionadas con manejo sindrómico de ITS/ITG. Adicionalmente se encontraron tres ECA's relacionados con el manejo ambulatorio de la EPI en donde incluían nuevos esquemas antibióticos. 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) y posteriormente se construyeron las tablas de evidencia utilizando el software GRADEpro™ versión 3.6. Ver anexos 4 y 5.

Dichos artículos, fueron discutidos bajo consensos de expertos con el fin de determinar cuáles de estas nuevas intervenciones se podían incluir en la presente guía, teniendo en cuenta el contexto local.

1.8 BÚSQUEDA PREGUNTAS HUÉRFANAS

La única pregunta huérfana obtenida en todo el proceso fue la relacionada con las complicaciones de la EPI. Para poder contestar a esta pregunta se realizó una búsqueda en las bases de datos (PUBMED, LILACS, COCHRANE, EMBASE) con el fin de encontrar Revisiones sistemáticas, ECA's y/o estudios de cohorte que brindaran información suficiente para responder la pregunta. Ver anexo 6 con las estrategias de búsqueda.

A continuación se presenta una tabla con los resultados obtenidos en la búsqueda:

TIPOS DE ESTUDIOS	ARTÍCULOS OBTENIDOS
Meta-análisis	1
Revisiones Sistemáticas	1
ECA's	1
Estudios de cohorte	10
Estudios de Casos y controles	1
Revisiones narrativas	1
TOTAL ARTÍCULOS OBTENIDOS	15

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. Ver anexos 4 y 5.

Con base en la información contenida en los artículos, se construyó el apartado relacionado con el tópico de complicaciones y secuelas de la EPI.

2. DESARROLLO DE NOVO

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura para cada una de las preguntas, correspondientes a los tópicos que no eran susceptibles de adaptación. Para realizar dicha búsqueda se siguieron los pasos propuestos por la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social.

Inicialmente se llevó a cabo una búsqueda de revisiones sistemáticas y meta-análisis en las bases de datos PUBMED, OVID, EMBASE, COCHRANE y LILACS. En esta fase, se contó con el apoyo del documentalista de

la guía para la obtención de todos los términos de búsqueda relacionados con cada uno de los tópicos de interés. Se utilizaron los filtros de Cochrane para la búsqueda de revisiones y se limitó para los últimos diez años.

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.

Posterior a la evaluación de calidad se construyeron las tablas de evidencia con ayuda del software GRADEpro Versión 3.6. Los niveles de evidencia fueron graduados según la clasificación GRADE.

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. En el anexo 7 se presentan todas las tablas de evidencia relacionadas con los síndromes que requirieron un desarrollo de novo.

Todas las búsquedas tanto de revisiones sistemáticas como de estudios primarios fueron documentadas por los miembros del GDG con sus términos MESH, conectores, filtros y límites empleados. Ver estrategias de búsqueda utilizadas para cada síndrome en el anexo 8 del presente documento.

FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES

Luego de elaborar las tablas de evidencia para los diferentes estudios que daban respuesta a las preguntas de la guía se elaboraron resúmenes de evidencia con el fin de sintetizar la información y facilitar la elaboración de recomendaciones.

Posteriormente, se llevaron a cabo consensos informales de expertos con el fin de generar las recomendaciones. En dichos consensos participaron profesionales de diferentes áreas, tales como epidemiólogos clínicos, estadísticos, expertos en investigación cualitativa, gineco-obstetras, infectólogos, urólogos, especialistas en atención primaria, químicos farmacéuticos, especialistas en Salud Pública, enfermeras, psicólogos, representante de pacientes, economistas y expertos en comunicaciones.

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, aspectos que fueron discutidos por los profesionales al interior de mesas de trabajo y presentados en una plenaria posterior en la que se obtenían las recomendaciones finales.

Las preguntas para las que no se logró generar la recomendación por consenso informal, fueron sometidas a consenso formal de expertos. Para llevarlo a cabo, se realizó primero una ronda previa de votación en línea. Los resultados fueron tabulados y presentados en una sesión de consenso formal durante la cual se discutieron y se sometieron a votación.

Así mismo, para aquellas preguntas en las que la evidencia no era concluyente o era inexistente, se realizaron consensos informales en primera instancia y adicionalmente, consensos formales si no se llegaba a consenso para generar la recomendación.

INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES

Se realizó mediante la vinculación permanente de un representante de pacientes en las mesas de discusión y a las reuniones del GDG.

Adicionalmente, se contó con la participación directa de otros pacientes en cuatro momentos particulares:

1. **En la fase previa a la extracción de las recomendaciones**, fase en la cual se vinculó a los pacientes en dos de los pasos específicos:
 - a. **Formulación de preguntas clínicas:** El objetivo fue explorar los valores de los pacientes en cada una de las fases del proceso de atención para generar preguntas clínicas nuevas que se consideraran relevantes o para ajustar las preguntas previamente formuladas a dichos valores.
 - b. **Identificación de desenlaces:** se exploraron los desenlaces que son importantes para los pacientes como resultado de las intervenciones llevadas a cabo en el proceso de atención.

La técnica usada para explorar la experiencia del paciente, identificar e incluir sus valores y preferencias, fue las entrevistas a profundidad, metodología que permitió explorar de manera eficiente la experiencia y visión de los pacientes, de tal manera que produjera información útil para el objeto de la guía.

2. **Durante la fase de revisión de literatura:** mediante la búsqueda de referencias que exploran los valores de los pacientes y sus familias en relación a la patología en estudio.

Para ello se utilizó el algoritmo usado para la formulación de las preguntas clínicas con el propósito de sugerir preguntas adicionales importantes que incluyeran la perspectiva de los pacientes o perfilar las preguntas previamente diseñadas por el equipo de expertos para ajustarlas a la perspectiva de los pacientes.

Siguiendo las recomendaciones del grupo metodológico encargado de las búsquedas, se incluyeron términos relevantes sugeridos en la literatura para explorar la perspectiva de los pacientes en relación a cada una de las intervenciones, que se centró en áreas que identificaron como susceptibles de preferencia por el grupo de expertos temáticos.

3. **En la fase de generación de recomendaciones:** mediante la inclusión de recomendaciones particulares sobre los aspectos importantes de los pacientes, teniendo en cuenta sus valores y preferencias en el proceso de atención de la patología con el objetivo de que el profesional encargado de la atención sea sensible a las mismas.

En esta fase se realizaron grupos focales orientados a recibir retroalimentación y verificar que se incluyeran en la guía las recomendaciones realizadas en fases previas.

4. **En la publicación del primer borrador y del texto definitivo:** se realizaron grupos focales orientados a recibir retroalimentación y de manera paralela se vinculó a los pacientes en la verificación del diseño y contenido del documento de información de pacientes.

(Ver descripción y resultados del proceso de incorporación de pacientes en el anexo No 9 del presente documento).

INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE LOS GRUPOS INTERESADOS

Los grupos de interés fueron vinculados en los diferentes momentos del desarrollo de la Guía; para ello se creó una estrategia comunicativa orientada a abrir espacios de interacción y participación en los cuales se generaron reflexiones que permitieron legitimar el proceso de desarrollo y aprobación de las GPC. De igual manera, se hizo un proceso de identificación de grupos de interés, se procedió a invitarlos a los procesos de discusión en los diferentes momentos del proceso (Alcance y objetivos, formulación de preguntas y desenlaces, elaboración de recomendaciones). Para ello se plantearon dos tipos de mecanismos de participación:

- **Mecanismos Directos:** en los que los interesados tuvieron la posibilidad de interactuar de manera directa con los tomadores de decisiones
- **Mecanismos Indirectos:** en los que se usó la figura de representación y los interesados participaron a través de agremiaciones que a su interior elegían un representante quien postulaba los intereses del grupo.

Adicionalmente se diseñaron los siguientes espacios de socialización:

1. **Reuniones pre-socialización:** Mecanismo de participación indirecto, presencial, para el cual se realizó una priorización de actores usando una metodología informal de análisis de interesados, evaluando la influencia y la importancia relativa de cada actor para el tema que interesaba a la guía.

Los grupos interesados que participaron en dichas reuniones fueron:

- ACEMI (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral)
 - AFIDRO
 - INS (Instituto Nacional de Salud)
 - Ministerio de la Protección Social
 - Secretaría de Salud de Bogotá
 - ANEC (Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia)
 - MANEXKA-EPS (EPS indígena de Sucre y Córdoba Colombia)
 - EMSANAR (EPS indígena)
2. **Reunión de Socialización:** Mecanismo de participación directo, presencial. A estas reuniones se invitaron de manera directa a todos los grupos interesados del sistema de salud, y a la comunidad en general, donde se presentaron al público los alcances y objetivos de las guías, las preguntas y desenlaces y las recomendaciones elaboradas.
 3. **Encuesta de opinión a expertos:** Mecanismo directo, no presencial, para lo cual se usó una encuesta estructurada online que fue enviada a expertos y a algunos representantes de los grupos interesados priorizados. La encuesta tenía el objetivo de captar la opinión particular de aquellos que tienen el conocimiento técnico en el tema de la guía y de una manera más sistemática registrar y cuantificar el nivel de acuerdo o consenso que había en cada uno de los momentos del desarrollo de las Guías.
 4. **Espacio abierto de participación pagina web:** Mecanismo indirecto, no presencial. En la página web del proyecto de guías (www.guiascolcienciasminproteccionsocialalianzacinets.org), se asignó un espacio de comentarios para el público en general previo registro de interesados en la página web del Ministerio de la Protección Social.

Los comentarios recibidos en los diferentes espacios fueron recolectados y consolidados usando la herramienta 28 propuesta por la GM del Ministerio de la Protección Social; posteriormente, el GDG analizó los diferentes puntos de vista y se decidió su incorporación. Los resultados del proceso de análisis fueron publicados en el sitio web con el fin de que los participantes pudieran hacer seguimiento a sus comentarios.

DEFINICIÓN DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA (EE)

METODOLOGÍA PARA LA PRIORIZACIÓN DE EVALUACIONES ECONÓMICAS

Una vez el Grupo Desarrollador de la Guía (GDG) planteó y socializó los objetivos y aspectos generales de la GPC, se construyó un listado general con las preguntas clínicas que darían origen a las respectivas recomendaciones; posteriormente en un trabajo en conjunto, se seleccionaron las preguntas que podrían ser susceptibles de evaluación económica.

Luego como resultado de varios consensos informales con los expertos temáticos de la Guía, se realizó la priorización preliminar de las evaluaciones económicas que serían incluidas en la GPC.

SELECCIÓN PRELIMINAR DE PREGUNTAS VIABLES DE EVALUACIÓN ECONÓMICA

En distintas reuniones con los expertos temáticos de la Guía se revisó el listado general de preguntas clínicas, con el fin de seleccionar las preguntas viables de evaluación económica, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- **Relevancia de la evaluación económica** (Desde el punto de vista de la pregunta clínica)
- **Necesidad de evaluación económica** (¿Existen diferencias apreciables en costos y en la efectividad entre las alternativas consideradas?, ¿Es la alternativa más efectiva también la más costosa?, ¿Existe evidencia de alta calidad sobre la eficacia de las alternativas consideradas? ¿Alguna de las alternativas no está incluida en el POS?)

Si se consideraba la pregunta relevante desde el punto de vista económico, es decir si no se descartó teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, la pregunta clínica fue seleccionada como candidata para ser objeto de evaluación económica.

Cuando era el caso, se reformuló la pregunta para que las alternativas a comparar y los desenlaces fueran adecuados y claros en términos económicos.

PRIORIZACIÓN PRELIMINAR DE LAS PREGUNTAS VIABLES DE EVALUACIÓN ECONÓMICA

La **GM** establece como criterio fundamental de priorización para el GDG la existencia de evidencia clínica de alta calidad para el desarrollo de evaluaciones económicas. Para el ente gestor, la **GM** considera la frecuencia de recobros a partir de mecanismos de tutelas y Comité Técnico Científico, CTC como criterio fundamental.

Por lo tanto las preguntas candidatas a ser objeto de evaluación económica se analizaron en diversas reuniones con los expertos temáticos de la guía, teniendo en cuenta la existencia de evidencia de alta calidad (ensayos clínicos aleatorizados o meta-análisis) sobre la eficacia de las alternativas consideradas, con el fin de ir avanzando en el *Paso 17*.

Adicionalmente, se consideraron otros elementos para la priorización que consistían en analizar si entre las alternativas se encontraba el “*deber ser*” o una que fuera “*no aceptable a nivel internacional*”. Si una de las alternativas es el “*deber ser*”, no existe realmente elección, dado que por razones clínicas, esa es la alternativa a escoger, independientemente de los aspectos económicos. Si una alternativa es “*no aceptable a nivel internacional*”, no hace falta realizar una evaluación económica para decidir al respecto, dado que esa opción nunca se contemplaría realmente.

Otro criterio para la priorización consistió en analizar si las preguntas demostraban disparidad en la práctica clínica, ya que en ocasiones puede ocurrir que los médicos realicen intervenciones que no tienen sentido a la luz

de la evidencia o de las guías internacionales; para este caso es posible que la pregunta y recomendación clínica busquen recopilar información para mejorar el conocimiento de la comunidad, sin embargo éstas no ameritan una evaluación económica.

En resumen para el análisis de la priorización se tomaron en cuenta los siguientes criterios, los cuales responden a los interrogantes:

- ¿Existe evidencia de alta calidad sobre la eficacia de las alternativas consideradas?
- ¿Alguna de las alternativas se recobra o es objeto de tutela?
- ¿Alguna de las alternativas es el deber ser?
- ¿Alguna de las alternativas es una práctica no aceptable a nivel internacional?

ASIGNACIÓN PRELIMINAR DE PRIORIDAD

Para la asignación de la prioridad el grupo de evaluaciones económicas se basó en los criterios contenidos en la Herramienta 20, que se enuncian a continuación:

- **Prioridad ALTA**
Efectividad y eficacia con significancia clínica y alta calidad de evidencia (Metaanálisis y ensayos clínicos de alta calidad)
- **Prioridad MODERADA**
Evidencia y eficacia con significancia clínica discutible y con nivel de evidencia de alta o moderada calidad (Estudios de cohortes)
- **Prioridad BAJA**
Ausencia de efectividad y eficacia con evidencia de alta calidad

METODOLOGÍA PARA LA ENMARCACIÓN DE EVALUACIONES ECONÓMICAS

El proceso de *enmarcación* de la EE comenzó con la definición de las preguntas de EE, las cuales provinieron de las recomendaciones preliminares priorizadas, que a su vez se originaron en las preguntas clínicas planteadas inicialmente. El equipo de EE analizó y discutió las preguntas con los expertos temáticos, metodológicos y con el interventor del proyecto, con el fin de garantizar que las preguntas estuvieran claramente descritas, expresadas y acotadas, de conformidad con la GM.

Una vez identificada la pregunta de EE se avanzó en la *definición del tipo de EE*. En este aspecto la GM recomienda dos tipos de EE: costo-efectividad y costo-utilidad. Para el desarrollo de la GPC se consideró que el análisis de costo-efectividad es el más pertinente, dado que el *ámbito de comparación*, tal como lo establece la GM, es intrapatología y que Colombia no cuenta con indicadores de utilidad como los AVAC.

Se definió la *población objetivo de la EE*, la *perspectiva*, el *horizonte temporal*, las *alternativas clínicas*, los *desenlaces relevantes en salud* y la *identificación de costos* teniendo en cuenta las particularidades de cada EE, la información disponible a la fecha de este informe y en especial, siguiendo la GM, la recomendación de mantener un equilibrio entre la sencillez del estudio y la fiabilidad de los resultados.

DECISIÓN SOBRE DESARROLLO O ADAPTACIÓN DE LA EE

Previo a la realización de las búsquedas, de acuerdo con el objetivo del estudio se establecieron los criterios de inclusión y exclusión identificados anteriormente por medio de la metodología PECOT+R (Participante, Exposición, Comparación, Desenlace, Tiempo + Recursos).

Los términos de búsqueda para la revisión de EE utilizados fueron seleccionados identificando las palabras claves que incluyeran términos MeSH, términos amplios de texto libre, solos o combinados acorde con su definición y posibles variaciones lingüísticas como sinónimos y variables gramaticales, ajustados acorde con los requerimientos específicos de cada base de datos. Es de anotar que en las Ciencias Económicas no existe el equivalente a los términos MeSH, por lo cual la metodología de búsqueda en Econlit, es diferente de las búsquedas en bases de datos de las ciencias de la salud. Para la realización de las búsquedas no se utilizaron límites de fecha o idioma. Dos asistentes de investigación de forma independiente seleccionaron los estudios relevantes acorde con los criterios de inclusión y exclusión definidos. La calificación de los estudios se realizó con la *Herramienta 191* de la GM; en caso de divergencias un tercer investigador resolvió las diferencias; en los anexos de este documento sólo se presenta la información de consenso. Acorde con la GM, se realizaron búsquedas de EE en las siguientes bases de datos: Econlit, MEDLINE a través de la interfaz de PUBMED, International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) que agrupa tres bases de datos - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), NHS Economic Evaluation Database (NHS EED) y Health Technology Assessment (HTA) database. La GM sugiere que la búsqueda también se efectúe en Health Business Full Text Elite, pero esta base de datos se centra en temas de gestión de hospitales desde el punto de vista de mercadeo, los recursos humanos y la gestión más que en EE, adicionalmente el acceso a esta base de datos es restringido.

Se consideró pertinente la realización de novo de las EE en los casos en que: i) en la revisión de literatura no se encontraron estudios económicos sobre la pregunta en cuestión; ii) los estudios económicos disponibles fueron de mala calidad, sin validez interna; iii) los estudios no contaron con validez externa por no ser realizados en Colombia; o, iv) las alternativas consideradas no pudieron ser generalizables para la GPC.

RESULTADOS

Acorde con las recomendaciones clínicas en su estado actual, que han sido objeto de priorización y enmarcación, se realizaron las respectivas revisiones de EE existentes en la literatura científica y se definió la adaptación de la EE o su desarrollo de novo. En síntesis, se definió la realización de las EE de novo ya que, si bien en algunos casos existen EE sobre el tema realizadas en otros países, tal y como lo indica la GM, los estudios no disponen de validez externa que los hagan aplicables al SGSSS, debido a diferencias en el sistema de salud, el horizonte temporal, la metodología de costeo y las diferencias en los precios relativos de las EE encontradas.

EJECUCIÓN DEL DESARROLLO O ADAPTACION DE LA EE

Se llevaron a cabo las siguientes evaluaciones económicas:

- Costo-efectividad del antibiótico oral versus local en mujeres no gestantes con flujo sugestivo de vaginosis bacteriana.
- Costo-efectividad del diagnóstico etiológico con pruebas rápidas vs sindrómico en mujeres no gestantes con síndrome de infección cervical.

El desarrollo de las evaluaciones se encuentra en el anexo 10 de la presente guía.

SECCIÓN PRESENTACIÓN DE RESULTADOS POR TÓPICO

1. GENERALIDADES

1.1 Prevalencia de las ITS/ITG en la población colombiana y latinoamericana

La prevalencia de las infecciones del tracto vaginal ha sido poco estudiada en Colombia. Su frecuencia depende de la población estudiada, el método diagnóstico utilizado y la etiología evaluada. Por otra parte su generalización es limitada debido a que no se han realizado estudios poblacionales.

En cuanto a las infecciones endógenas, la prevalencia en Colombia de vaginosis bacteriana ha oscilado entre un 9% en mujeres gestantes embarazadas asintomáticas(18), un 30% en mujeres no embarazadas provenientes de población general (19) a 40% en mujeres provenientes de población con síntomas de infección del tracto genital inferior(20, 21). Por otra parte en mujeres trabajadoras sexuales provenientes de 5 países de Latinoamérica se describe una frecuencia del 54%(22) al 69% informado en Chile(23). Respecto a la infección por *Candida albicans*, la frecuencia reportada en Colombia ha variado entre un 5 y 7% en mujeres asintomáticas (4, 21) y un 11% en mujeres con flujo vaginal(20).

En cuanto a las ITS, la infección más frecuente informada en Colombia es *C. trachomatis* con una prevalencia en orina del 2% en mujeres asintomáticas de bajo riesgo y del 7% (24) al 9.8% (4) en el cérvix en la población general con sintomatología del tracto genital inferior. En Brasil en mujeres adolescentes de bajo nivel socioeconómico se ha informado una prevalencia del 17% , en mujeres asintomáticas que asistían a una clínica de planificación del 11%(25). Por otra parte, en población de alto riesgo de ITS se informa una prevalencia del 14.9 % en el Perú (26) y en trabajadoras sexuales se informa de una frecuencia del 14% en Costa Rica (27) al 16% en México (28) y 20% en Centroamérica(22). Respecto a *N. gonorrhoeae* se ha informado una prevalencia del 1.5% (4) al 3% en población general (25) y del 4% (29) al 8% en trabajadoras sexuales(22). La infección por *T. vaginalis* varía entre el 0.8% (20) y el 1.4% en población general (19) y el 11% en trabajadoras sexuales(22). Respecto a la sífilis la frecuencia varía entre el 1% en población general y el 2.5% en Venezuela (30) al 15% en trabajadoras sexuales en el Salvador(22).

1.2 Abordaje sindrómico de las ITS/ITG

Las infecciones endógenas o las ITS se manifiestan frecuentemente por síntomas tales como aumento de la secreción vaginal, secreción uretral, úlceras genitales, prurito, irritación, presencia de mal olor o dolor pélvico(31, 32). Los síntomas y los signos de infección han sido agrupados en síndromes clínicos reconocidos, bajo el supuesto de que los diferentes síndromes son causados por grupos de agentes etiológicos específicos, y que este agrupamiento en síndromes permite una mayor efectividad en el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones, por el médico o agente de salud, el cual debe ocurrir idealmente en el primer contacto de la paciente con los servicios de salud y especialmente si no se tiene acceso a servicios de laboratorio. La Organización Mundial de la Salud ha recomendado este enfoque de manejo sindrómico (7).

1.3 Síndromes asociados a las ITS/ITG

Los síndromes propuestos en las mujeres son: El síndrome de flujo vaginal, que incluye la vaginitis, causada por *Candida sp* y por el protozooario *Trichomonas vaginalis* (TV) y la vaginosis bacteriana. El síndrome de cervicitis es causado principalmente por *Neisseria gonorrhoeae* (NG), *Chlamydia trachomatis* (CT), el síndrome de úlcera genital causado por el *T. pallidum*, *H. ducreyi*, *C. trachomatis*, *Klebsiella granulomatis* y el virus herpes simple(33). El síndrome de dolor abdominal bajo agudo es causado por NG, CT y *Mycoplasma* y gérmenes

anaerobios que acceden al tracto genital superior(34). Por otra parte también están el síndrome de descarga uretral causado por *Neisseria gonorrhoeae* (NG), *Chlamydia trachomatis* (CT) *Trichomonas vaginalis* (TV) y el síndrome de inflamación escrotal causado por *Chlamydia trachomatis* (CT) y *Neisseria gonorrhoeae* (NG) y el síndrome de bubón inguinal por *C trachomatis* y *H. ducreyi*.

1.4 Efectividad del abordaje sindrómico en el tratamiento de las ITS/ITG

Son muy pocos los estudios clínicos que permitan evaluar la efectividad del manejo sindrómico. Un estudio clínico aleatorizado comunitario demostró que el abordaje sindrómico disminuyó la incidencia de sífilis activa RR 0,58 (0,35–0,96) y la prevalencia de infecciones por *N. gonorrhoeae* RR 0,28 (0,11–0,70) al comparar con otras estrategias comunitarias de manejo de ITS/ITG a nivel poblacional(35). Sin embargo, para las infecciones con *C. trachomatis* no fue estadísticamente significativo 0,99 (0,71–1,39). Por otro lado, Grosskurth y col. realizó otro estudio clínico con 8845 pacientes en donde encontró que el manejo sindrómico disminuyó la incidencia de VIH con RR 0.58 (95% CI 0.42-0.79)(36). Sin embargo, no se demostró disminución de incidencia y prevalencia de otras ITS debido a dificultades del estudio como es el caso del tamaño de la muestra y selectiva sólo en el género masculino.

Varios estudios que evalúan este abordaje desde el punto de vista de las características operativas del diagnóstico sindrómico al compararse con el abordaje etiológico. Una revisión de literatura mostró que para el síndrome de descarga uretral el diagnóstico sindrómico presentó una sensibilidad de 87-97% y especificidad de 7-60 %, el síndrome de úlcera genital una sensibilidad de 72-100% y el síndrome de flujo vaginal una sensibilidad de 10 – 98 % y especificidad 15- 95 %(37). De acuerdo a esta revisión, el problema en el síndrome de flujo vaginal es el reporte sintomático de las pacientes que hace que las características operativas varíen en los diferentes perfiles de riesgo de la población. Complementario a lo mencionado en la revisión, se encontraron varios estudios demuestran gran variabilidad de las características operativas del manejo sindrómico en especial el caso de la cervicitis (Sensibilidad 30-70%, Especificidad 50-70%) que es una enfermedad en donde le 50-70% de las pacientes no presentan síntomas afectando el desempeño del manejo sindrómico, pero en otro tipo de síndromes el desempeño de ésta técnica es superior (37-44).

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

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 uretral, 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 espejo 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 anaxiales. En hombres se deberá examinar el epidídimo y región testicular y realizar un examen rectal en caso de relaciones penetrativas anales. **Recomendación fuerte a favor.**

RECOMENDACIÓN 2. Con base en la historia clínica se hará un diagnóstico sindrómico, se administrará el tratamiento específico, 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. **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. *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. *Recomendación fuerte a favor.*

⊕ ○ ○ ○

RECOMENDACIÓN 5. Se debe notificar al sistema de vigilancia epidemiológica, el síndrome que se manejó. *Recomendación fuerte a favor.*

⊕ ○ ○ ○

1.5 Estrategias Poblacionales más efectivas para la prevención de ITS/ITG

La prevención y control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) se fundamenta en las siguientes cinco estrategias:

1. La Educación y consejería de las personas en riesgo como una forma de evitar las ITS mediante los cambios en el comportamiento sexual y el uso de servicios de prevención.
2. La identificación de personas infectadas asintomáticas y de personas sintomáticas con pobre acceso a los servicios de salud.
3. El diagnóstico, el tratamiento y la consejería de la persona infectada.
4. La evaluación, el tratamiento y la consejería del compañero sexual.
5. La vacunación pre-exposición de las personas en riesgo de una ITS prevenible por vacuna.

La prevención primaria de las ITS comienza con el cambio del comportamiento sexual que toma lugar en la persona en riesgo. El profesional de la salud tiene una valiosa oportunidad para proveer educación y asesoría a sus pacientes como parte de la entrevista clínica. Una entrevista efectiva y diestra por parte del personal de salud, se ha de caracterizar por el respeto, la compasión y la ausencia de prejuicios para con el paciente, esenciales para entregar un mensaje de prevención efectivamente (5).

Se debe garantizar que todos los pacientes sean tratados sin importar las circunstancias individuales (capacidad de pago, prácticas sexuales, origen étnico, creencias religiosas etc.). Los pacientes que busquen tratamiento o tamizaje para una ITS particular, deben ser evaluados para todas ITS comunes. Todos los pacientes deben ser informados con respecto a las ITS para las cuales ellos están siendo estudiados y deben ser notificados de sus resultados (5).

1.5.1 Métodos de prevención

1.5.1.1 Consejería De Prevención Contra Las ITS

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(45). *Recomendación fuerte a favor.*

Todos los proveedores de salud deben rutinariamente obtener la historia sexual de sus pacientes y evaluar el riesgo de adquirir una ITS. Se ha descrito que en las pacientes que buscan utilizar métodos de planificación, se debe aprovechar esta consulta para evaluar el riesgo y hacer consejería o detección de la infección en personas de alto riesgo(5). En caso de haber

⊕ ○ ○ ○

comportamientos de riesgo, se deberá aconsejar la reducción en el riesgo usando una o varias estrategias entre las cuales se encuentran: la abstinencia, el uso del condón, limitar el número de compañeros sexuales, modificar las prácticas sexuales y la vacunación. La consejería puede ser una estrategia más efectiva si se acompaña de empatía y carece de prejuicios (5).

La consejería puede ser realizada por todos los profesionales afines a la salud; no se requiere un entrenamiento extenso como prerequisite, pero la calidad de la consejería mejora cuando el proveedor ha recibido entrenamiento y ha desarrollado las destrezas necesarias(5).

⊕ ○ ○ ○

1.5.1.2 Abstinencia y Reducción Del Número De Compañeros Sexuales

Una forma confiable de prevenir las enfermedades de transmisión sexual es abstenerse del sexo (oral, vaginal o anal) o bien, establecer una relación estable, mutuamente monógama con un compañero sexual no infectado (7). Para las personas que están siendo tratadas para una ITS, la consejería ha de recomendar la abstinencia sexual hasta completar el tratamiento. Para las parejas que inicien una relación mutuamente monógama, el tamizaje de las ITS más comunes puede reducir el riesgo de futuras enfermedades de transmisión sexual(5).

⊕ ○ ○ ○

1.5.1.3 Vacunación Pre-exposición

La vacunación pre-exposición es una de las estrategias más efectivas para prevenir la transmisión de algunas ITS. En la actualidad se dispone de dos vacunas contra el *Virus de papiloma humano* y una contra la *Hepatitis B*. Las estrategias y esquemas de vacunación, se encuentran fuera del alcance de esta guía, pero se invita a los lectores a consultar la guía de atención integral respectiva(5).

⊕ ○ ○ ○

1.5.1.4 Condón Masculino

RECOMEDACIÓN 7. Se recomienda el uso de condones de latex o poliuretano para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual. *Recomendación fuerte a favor*

RECOMEDACIÓN 8. No se recomienda el uso de condones de membrana natural para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual. *Recomendación fuerte en contra.*

Cuando se usa consistente y correctamente, el condón masculino es altamente efectivo en prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Se ha demostrado, que el uso del condón como parte de una política poblacional para la prevención de las ITS, reduce la prevalencia de sífilis, Neisseria y Trichomona(46). La falla del condón para proteger contra una enfermedad de transmisión sexual o un embarazo no deseado, usualmente resulta de su uso inconsistente o incorrecto más que de una ruptura(5).

⊕ ○ ○ ○

El condón masculino esta usualmente hecho de látex, pero existen también condones a base de poliuretano y otros materiales sintéticos, los cuales proveen una protección efectiva contra las ITS y el embarazo no deseado con similar efectividad a los condones de látex(47); estos condones pueden ser utilizados en las personas alérgicas al látex(5, 46).

⊕ ○ ○ ○

Existen también condones de “membrana natural” fabricados a base de tejido animal; estos condones poseen poros hasta de 1500 nm de diámetro que pese a que no permiten el paso del esperma poseen un diámetro mayor al del VIH y el HBV, lo que puede permitir la adquisición de enfermedades virales de transmisión sexual(47); el uso de este tipo de condones para la prevención de las ITS no es recomendado(5).

⊕ ○ ○ ○

1.5.1.5 Condón Femenino

Los compañeros sexuales deben considerar el uso del condón femenino cuando el condón masculino no puede ser utilizado correcta o consistentemente. Adicionalmente, el condón femenino puede ser utilizado para la protección contra enfermedades de transmisión sexual durante relaciones anales receptivas (48).

⊕ ○ ○ ○

1.5.1.6 Diafragma Cervical

Estudios observacionales han documentado la eficacia del diafragma en la prevención de infecciones cervicales por *Neisseria*, *Chlamydia* y *Trichomona*. El diafragma no debe ser dejado como una única fuente de protección contra la infección por VIH(5); así mismo, el diafragma con nonoxinol 9 ha sido asociado con un incremento en el riesgo de infección genital bacteriana en las mujeres por la presencia de injuria en el epitelio del tracto genital(49).

⊕ ⊕ ⊕ ○

1.5.1.7 Nonoxinol 9

RECOMENDACIÓN 9. No se recomienda el uso de Nonoxinol – 9 para la prevención de infecciones de transmisión sexual. Recomendación fuerte en contra.

Una revisión sistemática de la literatura(50), con puntaje AMSTAR de 9 que incluyó diez ensayos clínicos controlados para un total de 5909 pacientes, evaluó la seguridad y la efectividad del Nonoxinol 9 (N-9) comparado con placebo, para la prevención de cualquier enfermedad de transmisión sexual (excepto el VIH) en las mujeres. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el riesgo de adquirir una infección por *Neisseria G.* RR 0.91 (95% IC 0.67 - 1.24), de cervicitis RR 1.01 (95% IC 0.84 - 1.22), de trichomoniasis RR 0.84 (95% IC 0.69 - 1.02), de *Chlamydia* RR 0.88 (95% IC 0.77 - 1.01), de vaginosis bacteriana RR 0.88 (95% IC 0.74 a 1.04) o de *Candida* RR 0.97 (95% IC 0.84 - 1.12). Las mujeres que recibieron N-9 comparado con placebo, experimentaron una mayor frecuencia de lesiones genitales RR 1.17 (95% IC 1.02 - 1.35). Existe evidencia que el N-9 no protege contra las enfermedades de transmisión sexual y que podría ser dañino al incrementar la tasa de úlceras genitales; este producto no puede ser recomendado para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

⊕ ⊕ ⊕ ○

1.5.1.8 Espermicidas Y Microbicidas Tópicos

RECOMENDACIÓN 10. No se recomienda el uso de espermicidas que contengan Nonoxinol 9 para prevención de Infecciones de Transmisión Sexual. Recomendación fuerte en contra

Estudios que examinan el uso de microbicidas tópicos para la prevención de ITS han demostrado que estos productos no son efectivos(5, 51). Los espermicidas que contengan Nonoxinol 9, no deben ser recomendados para prevenir las ITS(50, 51).

⊕ ⊕ ⊕ ○

1.5.1.9 Condones Y Espermicidas Vaginales N-9

Los condones lubricados con espermicidas, no son más efectivos que otros condones lubricados en proteger contra las ITS. Adicionalmente, los condones con espermicida tienen un mayor costo y una menor vida útil, que otros condones lubricados y han sido también asociados con infecciones de tracto urinario en mujeres jóvenes(5).

⊕ ○ ○ ○

1.5.1.10 Anticoncepción Diferente A Los Métodos De Barrera

Los métodos anticonceptivos que no ofrecen una barrera mecánica, no brindan protección contra el VIH y otras ITS. Mujeres sexualmente activas que utilizan métodos hormonales, dispositivo intrauterino, esterilización quirúrgica o tiene histerectomía deben ser aconsejadas con respecto al uso del condón y el riesgo de las enfermedades de transmisión sexual, dado que estas mujeres pueden incorrectamente percibir que no se encuentran en riesgo de padecer de estas enfermedades(5).

⊕ ○ ○ ○ ○

1.5.1.11 Anticoncepción De Emergencia

Las mujeres que pueden haber estado expuestas a una ITS durante un acto sexual reciente no protegido, pueden adicionalmente estar en riesgo de un embarazo no deseado. Los proveedores que asisten a estas mujeres, deben ofrecer consejería con respeto a la anticoncepción de emergencia y de los diferentes métodos de planificación familiar(5).

⊕ ○ ○ ○ ○

1.5.1.12 Profilaxis Post Exposición

Los métodos de higiene genital tales como duchas vaginales y el lavado vaginal posteriores a una relación sexual no protegida, no son efectivos para proteger contra las ITS o el VIH; es más, pueden incrementar el riesgo de vaginosis bacteriana y de algunas ITS(5).

⊕ ○ ○ ○ ○

1.5.1.13 Tratamiento del Compañero Sexual

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. Recomendación fuerte a favor.

El manejo del compañero sexual se refiere a un continuo de actividades diseñadas para incrementar el número de personas infectadas que reciben tratamiento, interrumpiendo la cadena de transmisión de la infección. Existe evidencia limitada con respecto al impacto que la notificación del compañero ejerce sobre la prevalencia de estas infecciones en la comunidad(31). Aun así, se disminuye la probabilidad de re-infección en el caso índice por lo cual, los proveedores deben aconsejar a las personas con ITS de notificar a sus compañeros sexuales y sugerirles la necesidad de buscar evaluación médica y tratamiento(52). El tiempo gastado con el caso índice en la consejería a cerca de la importancia de notificar a su compañero sexual se asocia con un incremento en la notificación(5).

⊕ ⊕ ○ ○ ○

Una revisión sistemática de la literatura(46) con puntaje AMSTAR de 9 que incluyó cuatro ensayos clínicos controlados para un total de 57000 pacientes, evaluó la efectividad del tratamiento masivo para las enfermedades de transmisión sexual en todos los individuos miembros de la comunidad, la distribución de preservativos al interior de la comunidad, el manejo sintomático de las enfermedades de transmisión sexual y la consejería en ITS, para reducir la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual, el incremento en la utilización de los servicios de salud, la mejoría en la calidad de los servicios y el incremento de los comportamientos sexuales seguros en la comunidad incluyendo el uso del condón.

De esta forma se encontró, que las intervenciones poblacionales descritas, reducen de forma significativa la prevalencia de sífilis RR 0.88 (95% IC 0.80 - 0.96), la prevalencia de *N. gonorrhoeae* RR 0.49 (95% IC 0.31 - 0.77), la prevalencia de trichomoniasis RR 0.64 (95% IC 0.54 - 0.77) pero no la de *C. trachomatis* RR 1.03 (95% IC 0.77 - 1.36); también se encontró un incremento significativo en la frecuencia del uso del condón RR 1.18 (95% IC 1.04 - 1.33) y de la consulta en búsqueda de

⊕ ○ ○ ○ ○

tratamiento por una enfermedad de transmisión sexual 1.22 (95% IC 1.13 - 1.32) comparado con el control, con el único efecto adverso de un pequeño incremento en el número de compañeros sexuales RR 1.07 (95% IC 1.01 - 1.13). ⊕ ○ ○ ○

1.5.2 Intervenciones Educativas en Adolescentes para Reducir el Riesgo de VIH y Enfermedades de Transmisión Sexual.

RECOMENDACIÓN 12. Se realizarán estrategias educativas de reducción en la conducta sexual de riesgo para lograr una menor prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. *Recomendación débil a favor.*

RECOMENDACIÓN 13. Se sugiere la educación en la abstinencia como una estrategia efectiva para la reducción en la actividad sexual.

Una revisión sistemática (53) con puntaje AMSTAR de 8, evaluó la efectividad de dos estrategias grupales educativas en adolescentes (Reducción en la conducta sexual de riesgo: 64 ensayos clínicos controlados y Educación en la abstinencia: 23 ensayos clínicos controlados) aplicadas en el ámbito escolar o comunitario, centradas en la implementación de consejerías para la prevención de las ITS, la distribución de preservativos, el tamizaje de las ITS y la realización de campañas educativas, con el ánimo de disminuir la prevalencia de VIH o de cualquier otra enfermedad de transmisión sexual. Esta aproximación se fundamenta en la educación del adolescente, teniendo en cuenta sus actitudes y creencias, con el ánimo de generar una comunicación fluida que se refleje en la adecuada toma de decisiones y en la adquisición de destrezas prácticas(53). ⊕ ○ ○ ○

La estrategia de educación en reducción de la conducta sexual de riesgo se asoció de forma significativa con una reducción en la actividad sexual OR 0.81 (95% IC 0.72 - 0.90), un menor número de compañeros sexuales OR 0.83 (95% IC 0.74 - 0.93), un menor número de contactos sexuales no protegidos OR 0.70 (95% IC 0.60 - 0.82) y una menor frecuencia de enfermedades de transmisión sexual OR 0.65 (95% IC 0.47 - 0.90). Con respecto a la educación en la abstinencia, la intervención educativa se asoció con una menor actividad sexual con un OR 0.81 (95% IC 0.70 - 0.94), pero no demostró diferencias estadísticamente significativas para en el número de compañeros sexuales, el número de contactos sexuales no protegidos o el uso de condón durante la actividad sexual(53). ⊕ ○ ○ ○

1.6 Factores de riesgo asociados a las ITS/ITG

Existen características sociodemográficas y comportamientos sexuales que aumentan el riesgo de contraer una infección de trasmisión sexual. Varios estudios de cohorte y de casos y controles han reportado determinados factores de riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual. Con base en los estudios revisados (54-75) y en lo referido por diferentes GPC como la Canadiense(45), CDC 2010 (5) y la OMS 2005 (76), se tienen los siguientes factores de riesgo (Ver tabla ampliada de factores de riesgo en anexo 11) :

Tabla1. Factores de riesgo relacionados a las Enfermedades de transmisión sexual

Enfermedad de transmisión Sexual	Factores de Riesgo
Todas las ITSs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contacto sexual con personas con ITS conocidos. 2. Población menor a 25 años sexualmente activa. 3. Raza afroamericana 4. Más de dos compañeros sexuales en los últimos 12 meses 5. Nuevo compañero sexual 6. No uso de anticonceptivos de barrera 7. Uso de sustancias alcohólicas o drogas 8. Haber tenido previas Enfermedades de Transmisión sexual 9. Sexo comercial
Infección por Sífilis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombres que tienen sexo con hombres 2. Sexo comercial 3. Edad mayor a 30 años
Linfogranuloma venérea	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombres que tienen sexo con hombres
<i>C. trachomatis</i> y <i>N. gonorrhoeae</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor a 25 años 2. Previas infecciones de gonorrhea 3. Otras ITS 4. Nuevos o múltiples compañeros sexuales 5. Inconsistente uso del condón 6. Sexo comercial 7. Uso de drogas

RECOMENDACIONES A TENER EN CUENTA PARA EL MANEJO DE SÍNDROMES ESPECÍFICOS

- RECOMENDACIÓN 14.** Se utilizará monodosis 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. *Recomendación fuerte 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. *Recomendación débil a favor.* ⊕ ⊕ ○ ○
- RECOMENDACIÓN 16.** Se hará que el tratamiento expedito se acompañe de un folleto informativo sobre la ITS. *Recomendación débil a favor.* ⊕ ○ ○ ○
- RECOMENDACIÓN 17.** En pacientes con Infecciones de Transmisión Sexual se realizará el tratamiento expedito de los contactos sexuales de los últimos 60 días y que se acompañe de una consulta a estos contactos. *Recomendación fuerte a favor.* ⊕ ○ ○ ○

Ver flujogramas de manejo de los síndromes en el anexo 12.

2. SÍNDROME DE INFECCIÓN CERVICAL

2.1 Manifestaciones Clínicas del Síndrome de Infección Cervical

El manejo sindrómico de la infección cervical ha sido controversial, debido a que los signos y síntomas de esta patología no cuentan con las características operativas deseadas, llevando a un alto número de falsos negativos. Se ha encontrado que la sensibilidad del manejo sindrómico para el diagnóstico de infección cervical es de 13.3%(77). Además, el flujo vaginal reportado por la paciente y encontrado en el examen clínico es el signo más sensible para el diagnóstico sindrómico con un 49.7% y 78.3% de especificidad. De acuerdo con la Guía Canadiense para el manejo de las ITS, los signos y síntomas de la infección cervical son: flujo mucopurulento cervical, friabilidad cervical, cérvix en fresa y flujo vaginal. Otros signos y síntomas asociados son, dispareunia y disuria (5, 78, 79)

El manejo de la infección cervical se basa en el diagnóstico y tratamiento de los principales agentes etiológicos, que son *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* (5)

2.2 Tratamiento del Síndrome de Infección Cervical

2.2.1 Manejo Sindrómico de Infección Cervical


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. gonorrhoeae*. Esta prueba rápida se realizará en el sitio de la atención en el mismo momento de la atención(80). Un resultado positivo es indicación de tratamiento para el síndrome de cervicitis. *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. *Recomendación fuerte a favor.*

2.2.2 Manejo de la mujer con infección cervical (sospecha o confirmada) por *Chlamydia trachomatis*

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. *Recomendación fuerte a favor.*

*Contraindicaciones: hipersensibilidad conocida a Azitromicina, Eritromicina u otro antibiótico macrólido; en pacientes con daño hepático previo por otras causas y los asociados con uso de Azitromicina

Los siguientes estudios evaluaron la efectividad de dos tratamientos (Azitromicina 1 gramo dosis única versus Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días) para la infección cervical por *Chlamydia trachomatis* en mujeres no gestantes. 

En el meta-análisis de Lau et al (81) se evaluaron 12 ensayos clínicos aleatorizados, con un total de 1543 pacientes. La revisión sistemática cumplió 7 de 11 criterios del instrumento AMSTAR. Fue calificada como de muy baja calidad debido al rigor en el momento de las búsquedas de información y las comparaciones indirectas realizadas en la población. Además los autores declaran que la calidad de los estudios incluidos es dudosa debido a pequeños tamaños de muestra y falta de cegamiento en más de la mitad de los estudios incluidos, sumado a pérdidas en el seguimiento superiores al 20%. El desenlace fue cura microbiológica o cultivo negativo para CT en un rango de seguimiento de 2 a 5 semanas post-tratamiento. Encontraron que el porcentaje de pacientes con diagnóstico etiológico de infección genital por CT tratados con Azitromicina en los cuales se identifica cura microbiológica al cabo de un seguimiento de 3.7 semanas en promedio, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratados con Doxiciclina. Porcentaje de cura microbiológica de 96.5% y 97.9% respectivamente, diferencia de proporciones 0.0014 (95% IC, -0.007–0.022), ($Z=1.05$; $P=0.296$).

⊕ ○ ○ ○

Posterior a la publicación de la revisión sistemática de Lau et al, se publicaron 3 ensayos clínicos aleatorizados. El primero de ellos fue realizado por Sendag et al(82), estudio que presenta serias limitaciones metodológicas (método incierto de aleatorización, no cegamiento, reporte incompleto de pacientes y desenlaces, pobre caracterización de características de base de la población, tamaño de muestra insuficiente. En este estudio incluyeron 131 mujeres, 42 de ellas tuvieron cultivo positivo para alguno de los patógenos analizados (*Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*), de estas mujeres el 71.4% de las mujeres tratadas con Azitromicina y 77.3% de las tratadas con Doxiciclina tuvieron cultivos negativos a las 2 semanas de seguimiento, estas diferencias son reportadas como estadísticamente no significativas, los autores no ofrecen datos del estimador de la asociación. Respecto a los resultados de manejo sindromático, 42.9% de las mujeres del grupo Azitromicina con cultivo positivo (n=21) y 54.5% de las mujeres del grupo Doxiciclina con cultivo positivo (n=22) se encontraban libres de signos clínicos de cervicitis a las 2 semanas de seguimiento. Los autores no reportaron estimadores de asociación solo frecuencia de desenlaces.

⊕ ○ ○ ○

El otro ECA publicado fue el de Guven et al (83) el cuál tenía por objeto comparar el efecto terapéutico del tratamiento con Azitromicina 1 g vía oral dosis única versus Doxiciclina 100 mg vía oral c/12 horas por 7 días, en mujeres que acudieron por diferentes síntomas, que los autores no aclaran, y que fueron positivas para CT, *Ureaplasma urealyticum* (UU) y/o *Mycoplasma hominis* (MH) según ensayos inmunoenzimáticos. De las 533 mujeres inicialmente estudiadas, solo 81 fueron positivas para algún patógeno de los mencionados. Fueron asignadas aleatoriamente (los autores no reportan el método) a cada tratamiento. Reportan tasa de erradicación del 87.3% y 93.5% en los grupos de Azitromicina y Doxiciclina respectivamente.

El ensayo clínico de Rustomjee et al (84) evaluó la efectividad del tratamiento con Azitromicina (n=45) versus el tratamiento con Doxiciclina más Ciprofloxacina (n=37) para el manejo de la cervicitis causada por CT o *Neisseria gonorrhoeae* (NG) en 82 mujeres diagnosticadas por examen clínico, inmunoensayo y gram de flujo endocervical. El grupo de eventos adversos más frecuentes fue el de síntomas gastrointestinales. De las mujeres estudiadas, 26 estaban infectadas por CT, 19 tenían infección por CT y NG y 37 estaban infectadas por NG. Las pacientes de los dos grupos eran comparables excepto por su edad y presencia de tricomoniasis. El análisis de los grupos se realizó según el agente etiológico aislado, de tal forma que reportan la curación microbiológica según la bacteria y no de acuerdo con los grupos aleatorizados. El porcentaje de cura microbiológica en los grupos de infección por CT, CT + NG y NG para Azitromicina fueron de 100%, 90% y 100% respectivamente, para las mismas infecciones en el grupo de Doxiciclina más Ciprofloxacina fueron de 100% en los tres grupos. Los autores no reportan medidas de asociación. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a incidencia de eventos adversos.

⊕ ○ ○ ○

2.2.3 Manejo de la mujer con infección cervical (sospecha o confirmada) por *Neisseria gonorrhoeae*

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. **Recomendación Fuerte a favor.**

*Contraindicaciones: hipersensibilidad a las ceftriaxona. Debe usarse con precaución en pacientes con historia de hipersensibilidad a las penicilinas.

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. **Recomendación fuerte en contra**

En el ECA de Rehman et al (85) se evaluó la cura microbiológica de pacientes de ambos sexos con signos y síntomas de uretritis o cervicitis, con diagnóstico etiológico positivo para NG. En total se estudiaron 300 pacientes de 14 a 55 años de edad, 229 mujeres y 71 hombres. Fueron asignados aleatoriamente por medio de un método pobremente descrito a uno de tres grupos de tratamiento: Ciprofloxacina 500 mg vía oral dosis única, Ceftriaxona 500 mg IV dosis única o Espectinomicina 2 gramos IM dosis única. La cura fue determinada por ausencia de síntomas y tinción de Gram más microscopía de fluido prostático o secreción vaginal. El porcentaje de eficacia clínica reportado fue de 90% en el grupo Ceftriaxona, 94% en el grupo Espectinomicina y 80% en el grupo de Ciprofloxacina. Los métodos de aleatorización, asignación y cegamiento son pobremente descritos, las diferencias entre los grupos no son reportadas excepto por edad y la diferencia de género fue estadísticamente significativa. La población fue analizada en conjunto, uniendo los resultados de mujeres y hombres lo cual supone una limitación para extrapolar los resultados a los síndromes asociados. Los autores solo describieron proporciones, no calcularon medidas de asociación.

⊕ ○ ○ ○

La guía de practica clínica de la CDC del 2010 (5) anota que la Ceftriaxona y Cefixime son altamente efectivos para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por *Neisseria gonorrhoeae* y constituyen la primera opción de tratamiento. Además, señalan que si bien la Espectinomicina es efectiva y una opción de tratamiento útil en personas que no toleran las cefalosporinas, es un medicamento costoso y que no está disponible en Estados Unidos por lo tanto no la incluyen en las recomendaciones. Sin embargo, otras Guías como la Canadiense del 2008 recomiendan el tratamiento con Espectinomicina como medicamento alternativo al uso de las cefalosporinas. Esta misma guía, no recomienda el uso de ciprofloxacina para el manejo de infecciones por *N. gonorrhoeae*, debido a que este antibiótico se considera un inductor de resistencia.

⊕ ○ ○ ○

En el 2012, Bai et al desarrollaron una revisión sistemática(86) de ensayos clínicos controlados. La revisión sistemática cumplió 7 de 11 criterios del instrumento AMSTAR. Incluyeron 13 ECA's con un total de 2557 pacientes, que incluían infección no complicada por *Neisseria gonorrhoeae*. Realizaron meta-análisis para definir el OR agrupado de la cura microbiológica y la seguridad de cuatro tipos de tratamiento: Ceftriaxona 250 mg IM dosis única, Cefotaxime 500 mg, Cefixime 400 mg y Espectinomicina 2 gramos. Los autores encontraron diferencias estadísticamente significativas en los efectos adversos del manejo con Ceftriaxona versus Cefotaxime (OR 1.87; IC 95% 1.14–3.08). La cura microbiológica fue mayor para Cefixime 400 mg versus Ceftriaxona 125 mg (OR 1.77; IC 95% 1.11–2.80). No encontraron diferencias estadísticamente significativas entre Ceftriaxona 250 mg y Cefixime 800 en cura (OR 1.39; 95% CI 0.92–2.10) o en cuanto a efectos adversos (OR 1.29, IC 95% 0.58–2.84), el mismo caso se encontró en la comparación Ceftriaxona 250 mg versus Espectinomicina 2 gramos (OR 1.96; 95% CI 1.00–3.87). Concluyen que la primera opción para la infección no complicada por *Neisseria gonorrhoeae* debe ser Ceftriaxona 250 mg dado su alta

⊕ ⊕ ○ ○

eficacia en cura microbiológica y adecuado perfil de seguridad. Este estudio tiene un problema de aplicabilidad a la presente GPC, ya que los autores no especifican cuales fueron las cifras de cura microbiológica según el lugar de la infección, sin embargo, se asumirá que se trata de uretritis y cervicitis uterina no complicadas. Los resultados encontrados apoyan la recomendación de administrar Ceftriaxona 250 mg como primera opción en uretritis o cervicitis uterina no complicada causada por infección por *Neisseria gonorrhoeae*.

⊕ ⊕ ○ ○

2.3 Complicaciones en el Síndrome de Infección Cervical

La infección por *C.trachomatis* es asintomática en el 70% de las mujeres en edad reproductiva(87), el ascenso de la infección cervical hace se generen complicaciones como enfermedad pélvica inflamatoria, la cual a su vez puede causar infertilidad tubárica, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico como secuelas de la infección no tratada(88). Los agentes etiológicos involucrados en el desarrollo de cervicitis también se encuentran en la enfermedad pélvica inflamatoria (*C.trachomatis*, *N.gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*)(89).

En estudios que incluyeron seguimiento a largo plazo de la infección tratada por *C.trachomatis* de una cohorte prospectiva en la que 443 mujeres con signos y síntomas de enfermedad pélvica inflamatoria moderada a severa fueron seguidas en un promedio de 84 meses, se demostró que estas mujeres tienen un riesgo cercano al 20% de desarrollar enfermedad pélvica inflamatoria dentro de los siguientes 3 años Hazard Ratio 0.47, (IC 95% 0.28-0.79). Además, se ha demostrado que este riesgo es acumulativo en relación con el número de infecciones por *C.trachomatis* (88). Sin embargo aún no ha sido posible determinar si las secuelas se deben a mecanismos biopatológicos propios de la infección y/o si es atribuible a las limitaciones en el diagnóstico(90).

2.4 Seguimiento para los pacientes con Síndrome de Infección Cervical

RECOMENDACIÓN 23. Se sugiere realizar un control clínico a las 2 semanas de inicio del tratamiento a las pacientes con cervicitis. *Recomendación débil a favor*

El tiempo de seguimiento varía a través de los estudios, sin embargo el tiempo medio de seguimiento para realizar prueba post-tratamiento es de 3.7 semanas. Aunque a partir de estudios observacionales se ha concluido que un tiempo de 2 semanas es adecuado para el manejo de la persistencia y complicaciones de la infección(81, 85).

⊕ ○ ○ ○

2.5 Tratamiento para la pareja de la paciente con síndrome de Infección Cervical

RECOMENDACIÓN 24. Se administrará al compañero o compañera de las pacientes con sospecha infección cervical el tratamiento compuesto por Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única más Cefexime 400 mg vía oral dosis única. *Recomendación fuerte 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. *Recomendación débil 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. *Recomendación fuerte a favor.*

RECOMENDACIÓN 27. Se sugiere que el tratamiento expedito se acompañe de un folleto informativo sobre la ITS. *Recomendación fuerte a favor.*



Individualizar el manejo según orientación sexual del paciente y rol dentro de las relaciones sexuales.

Para el caso de *Chlamydia trachomatis*, el estudio de Schillinger (91) evaluó la efectividad en términos de recurrencia o persistencia de la infección en mujeres cuyas parejas habían sido tratadas con Azitromicina 1 gramo como única dosis. Se comparó la efectividad del envío de tratamiento versus la efectividad de la práctica estándar en Estados Unidos o autoremisión. Fue un estudio aleatorizado, multicéntrico, de 1787 mujeres de edades entre 14 – 34 años con infección no complicada causada por CT. Las mujeres fueron tratadas en su totalidad y se asignaron aleatoriamente a los dos grupos ya mencionados. El desenlace fue persistencia o recurrencia dadas por PCR positiva para CT luego de 4 meses del tratamiento inicial. Reportan un riesgo de reinfección menor en el grupo de envío de tratamiento (20% menos), sin embargo estos resultados no fueron estadísticamente significativos (OR 0.80, IC 95% 0.62 – 1.05, p=0.102). Se evaluaron los eventos adversos que eran suficientes para suspender el tratamiento, los más frecuentes fueron los gastrointestinales encontrando que el tratamiento se asoció a 4 eventos y ningún evento se presentó en los grupos control (grupo tratamiento: 91, grupo control: 50, OR 4.83 (IC 95% 0.60 – 38.67)).

⊕ ⊕ ⊕ ⊕

El estudio de Golden(92) evaluó la efectividad en términos de reducción de la infección genital recurrente o persistente por CT o NG en mujeres y hombres heterosexuales, quienes fueron asignados a dos grupos: envío de tratamiento (n=931) o remisión estándar a la pareja (n=929). Todos fueron tratados con Cefixime 400 mg dosis única más Azitromicina 1 gramo dosis única. En el grupo de envío de tratamiento el paciente le llevaba a su pareja el medicamento o una persona del estudio lo contactaba para ofrecérselo. El desenlace primario fue infección por CT o NG persistente o recurrente en pacientes de 3 – 19 semanas post – tratamiento. El desenlace se presentó en 121 de los 931 pacientes del grupo de envío del tratamiento y en 92 de los 929 pacientes del grupo remitido (RR 0.76, IC 95% 0.59 – 0.98). El envío del tratamiento fue más efectivo en pacientes con infección por NG (2% Vs 22%, p=0.001) comparados con pacientes con infección por CT (11% Vs 13%, p=0.17).

⊕ ⊕ ⊕ ⊕

La GPC del CDC de 2010 (5) recomienda si el paciente tiene infección por NG debe ser tratado también para CT. Lo anterior debe ir acompañado de educación en salud sexual y reproductiva. En este documento señalan que si el paciente está sintomático y no han pasado más de 60 días luego de su última relación sexual, su pareja debe recibir tratamiento. Además, si son tratados se les debe decir a los pacientes que no pueden tener contactos sexuales hasta que el tratamiento haya terminado y los síntomas hayan desaparecido.

⊕ ○ ○ ○

2.6 Tratamiento para la paciente embarazada o en lactancia con síndrome de infección cervical

2.6.1 Manejo sindrómico para pacientes embarazadas o en lactancia con Síndrome de Infección Cervical

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.

2.6.2 Manejo de pacientes embarazadas o en lactancia con infección cervical (sospecha o confirmada) por *Chlamydia trachomatis*

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 7 días. Recomendación fuerte a favor

***Contraindicaciones: hipersensibilidad conocida a Azitromicina, Eritromicina u otro antibiótico macrólido; en pacientes con daño hepático previo por otras causas y los asociados con uso de Azitromicina.**

La revisión sistemática de Brocklehurst (93) incluyó 11 ECA's, con un total de 1449 mujeres. Obtuvo 10 de 11 puntos con el instrumento AMSTAR. En el estudio se evaluaron ECA's que comparaban placebo o no tratamiento con esquemas antibióticos en mujeres gestantes con infección por CT. Los estudios evaluaron la cura microbiológica y solo uno los eventos adversos sobre el neonato. Se encontró que el tratamiento produce menos fallas microbiológicas comparado con placebo o no tratamiento con un OR de 0.06 (IC 95% 0.03 – 0.12). En cuanto a incidencia de parto pretérmino no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (OR 0.89 IC 95% 0.51 – 1.56). Se evaluaron los eventos adversos que eran suficientes para suspender el tratamiento, los mas frecuentes fueron los gastrointestinales. El tratamiento se asoció a 4 eventos y ningún evento se presentó en los grupo control (grupo intervención: 91, grupo control: 50). OR reportado de 4.83 (IC 95% 0.60 – 38.67). Tanto la Clindamicina como la Azitromicina parecen ser efectivos aunque los tamaños de muestra de los estudios son pequeños. La amoxicilina parece ser igual de efectiva a la eritromicina en cuanto a cura microbiológica (OR 0.54 IC 95% 0.28 – 1.02). La Clindamicina (600 mg tres veces al día por 10 días) parece ser igual de efectiva a la eritromicina en cuanto a cura microbiológica (OR 0.40 IC 95% 0.13 – 1.18). La Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única, parece ser más efectiva comparada con la eritromicina en cuanto cura microbiológica (OR calculado de falla microbiológica 0.38 IC 95% 0.19 – 0.74).

⊕ ⊕ ○ ○

En la revisión sistemática de Pitsouni (94) se compararon datos de la efectividad y la seguridad de la Azitromicina con los de Eritromicina y la Amoxicilina. En ésta revisión sistemática se compararon datos de la efectividad y la seguridad de la Azitromicina con los de Eritromicina y la Amoxicilina para el tratamiento de infección genital asintomática por CT en mujeres gestantes. El análisis se enfocó en la comparación Azitromicina versus Eritromicina y un análisis secundario comparó la Azitromicina con Eritromicina o Amoxicilina. Incluyeron 8 ensayos clínicos aleatorizados que estudiaron 587 mujeres gestantes con diagnóstico microbiológico de CT. La calidad de los artículos se evaluó utilizando la escala de Jadad, el promedio de puntajes fue de 3.25 (5 ECA's= 4, 3 ECA's= 2). Los autores calcularon los OR agrupados con un modelo de efectos aleatorios. El éxito del tratamiento fue definido por cultivo negativo de la bacteria en un rango de tiempo de 2 – 6 semanas post-tratamiento. No encontraron diferencias en la efectividad del tratamiento, el cual fue evaluado como cura microbiológica por ITT entre Azitromicina y Eritromicina (OR agrupado = 2.66, IC 95% 0.69–10.29) o como efectividad clínica (OR = 1.46, IC 95% 0.56–3.78), se encontró menor abandono del tratamiento, (OR = 0.12, 95% CI 0.04–0.37) y mayor comodidad con el mismo (OR = 23.7, IC 95% 9.34–60.14) en el grupo de Azitromicina comparado con el grupo de Eritromicina. En cuanto a eventos adversos gastrointestinales (emesis, nauseas, anorexia, dolor abdominal o diarrea), la Azitromicina se asoció con menor incidencia de los mismos OR = 0.11, (IC 95% 0.07–0.18). Se evaluaron los eventos adversos de todo tipo (rash, prurito, calambres y mareo), Azitromicina se asoció con menor incidencia de los mismos OR = 0.11, (IC 95% 0.07–0.18).

⊕ ○ ○ ○

La revisión sistemática de Turrentine et al (95) evalúa los resultados encontrados en ECA's que comparaban la efectividad y seguridad del tratamiento con Amoxicilina 500 mg vía oral cada 8 horas por 7 días comparado con la administración de Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días para el manejo de la cervicitis en mujeres gestantes. La revisión sistemática obtuvo 4 de 11 puntos con el instrumento AMSTAR. Incluyeron 4 ECA's con un total de 551 gestantes (259 tratadas con Amoxicilina y 255 con Eritromicina). La heterogeneidad no fue estadísticamente significativa en cuanto a resultados de éxito del tratamiento, eventos adversos gastrointestinales reportados o número de pacientes que discontinuaron la terapia. El RR agrupado reportado como eficacia del

⊕ ○ ○ ○

tratamiento de amoxicilina comparado con eritromicina fue de 1.00 (IC 95% 0.97 – 1.02) y el de éxito del tratamiento, definido como adherencia 100% fue de 1.11 (IC 95% 1.05 – 1.18).



2.6.3 Manejo de pacientes embarazadas o en lactancia con infección cervical (sospecha o confirmada) por *Neisseria gonorrhoeae*

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. *Recomendación fuerte a favor.*

La revisión sistemática de Brocklehurst(96), calificada con 9/11 puntos según la herramienta AMSTAR incluyó 2 ensayos clínicos aleatorizados, con una población total de 346 pacientes. Evaluó los efectos de varios esquemas de tratamiento para la infección genital por *Neisseria gonorrhoeae* en pacientes gestantes con respecto a la morbilidad materna y neonatal. Las fallas en la cura microbiológica fueron similares en todos los esquemas de tratamiento: Amoxicilina más Probenecid comparados con Espectinomicina (Peto OR 2.29, IC 95% 0.74 - 7.08), Ceftriaxona comparado con Cefixime (Peto OR 1.22, IC 95% 0.16 - 9.01) y Amoxicilina mas probenecid comparado con Ceftriaxona (Peto OR 2.29, IC 95% 0.74 - 7.08). El autor señala que los tamaños de muestra son insuficientes por lo tanto es posible que esto haya dificultado la detección de diferencias en la efectividad de los tratamientos aunque asegura que la revisión confirma la posibilidad de utilizar Ceftriaxona o Cefixime en mujeres alérgicas a la penicilina, con una efectividad similar en cuanto a cura microbiológica.



De los dos estudios incluidos en la revisión, solo uno (97) reportó un caso de suspensión del tratamiento por eventos adversos asociados al medicamento.

La guía de práctica clínica del CDC de 2010 (5) señala que a todas las mujeres gestantes que procedan de un área con alta prevalencia de infección por *Neisseria gonorrhoeae* se les debe realizar tamización de rutina para esta bacteria en la primera consulta prenatal, igualmente a mujeres menores a 25 años con factores de riesgo para infección por *Neisseria gonorrhoeae* deberían ser evaluadas nuevamente durante el tercer trimestre. Recomiendan tratamiento dual para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* teniendo en cuenta la co-infección en la mayoría de los casos. Este mismo documento recomienda la administración de Ceftriaxona 250 mg IM dosis única O Cefixime 400 mg VO dosis única u otra cefalosporina en dosis única, acompañado de tratamiento con Azitromicina 1 g VO dosis única para la infección por *Chlamydia trachomatis*.

2.7 Complicaciones de las pacientes embarazadas o en lactancia con Síndrome de Infección Cervical

Las complicaciones de la infección por *C.trachomatis* durante la gestación se relacionan con la transmisión vertical de los patógenos durante el momento del parto. Si ocurre la infección intraparto, el neonato puede desarrollar desde un cuadro ocular (tracoma) hasta neumonía. La tamización prenatal y el tratamiento antenatal de la infección han demostrado ser efectivos para la prevención de la oftalmia gonocócica por *C.trachomatis* en el periodo neonatal(98).

2.8 Tratamiento del síndrome de infección cervical persistente o recurrente

2.8.1 Manejo Sintromico de la infección cervical persistente o recurrente

RECOMENDACIÓN 31. Para el manejo sintromico de pacientes con sospecha de Infección cervical persistente o recurrente se utilizará Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días más Ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis única. *Recomendación fuerte a favor.*



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).

2.8.2 Manejo de la mujer con infección cervical persistente o recurrente (sospecha o confirmada) por *Chlamydia trachomatis*

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.

El ECA de Guven et al (83) comparó el efecto terapéutico del tratamiento con Azitromicina 1 g vía oral dosis única versus Doxiciclina 100 mg vía oral c/12 horas por 7 días en mujeres con infección cervical por CT. La recurrencia a los 10 días de tratamiento fue de 12.2% y 7.5% en los grupos de Azitromicina y Doxiciclina respectivamente, resultados sin diferencia estadísticamente significativa.

⊕ ○ ○ ○ ○

2.8.3 Manejo de la mujer con infección cervical persistente o recurrente (sospecha o confirmada) por *Neisseria gonorrhoeae*

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. *Recomendación fuerte a favor*

*Contraindicaciones: hipersensibilidad a las cefalosporinas. Debe usarse con precaución en pacientes con historia de hipersensibilidad a las pecinilinas.



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, administración del 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 pública de referencia regional.

En el ECA de Rehman et al (2009) (85), se evaluó la cura microbiológica de pacientes de los dos sexos con signos y síntomas de uretritis o cervicitis, con diagnóstico etiológico positivo para NG. Fueron asignados a uno de tres grupos de tratamiento: Ciprofloxacina 500 mg vía oral dosis única, Ceftriaxona 500 mg IV dosis única o Espectinomicina 2 gramos IM dosis única. La cura fue

⊕ ○ ○ ○ ○

determinada por ausencia de síntomas y tinción de Gram más microscopía de fluido prostático o secreción vaginal. El porcentaje de persistencia reportado fue de 20% en el grupo de Ciprofloxacina, 10% en el grupo Ceftriaxona, 20% y 6% en el grupo Espectinomicina los cuales no cuentan con análisis estadístico posterior.

3. SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL

3.1 Manifestaciones Clínicas del Síndrome de Descarga Uretral

Los signos y síntomas que caracterizan este síndrome son: disuria, irritación en la uretra distal o del meato urinario acompañados o no de eritema y secreción uretral. Dentro de los patógenos más frecuentemente involucrados en el desarrollo de este síndrome se encuentran: *N.gonorrhoeae*, *C.trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* y *Trichomonas vaginalis* (78). El manejo sindrómico inicial no incluye la realización de pruebas de laboratorio.

3.2 Tratamiento del Síndrome de Descarga Uretral

3.2.1 Manejo Sindrómico del Síndrome descarga uretral

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 dosis única.

3.2.2 Manejo del paciente con infección uretral (sospecha o confirmada) por *Chlamydia trachomatis*

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. *Recomendación fuerte a favor*

*Contraindicaciones: hipersensibilidad conocida a Azitromicina, Eritromicina u otro antibiótico macrólido; en pacientes con daño hepático previo por otras causas y los asociados con uso de Azitromicina

El meta-análisis de Lau et al (81) comparó dos tratamientos (Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única versus Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días) para el manejo de la descarga uretral o cervicitis causadas por *Chlamydia trachomatis* (CT). El porcentaje de pacientes con diagnóstico etiológico de infección genital por CT tratados con Azitromicina en los cuales se identifica cura microbiológica al cabo de un seguimiento de 3.7 semanas en promedio, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratados con Doxiciclina. Porcentaje de cura microbiológica de 96.5% y 97.9% respectivamente, diferencia de proporciones no significativa 0.0014 (95% IC, -0.007–0.022), ($Z=1.05$; $P=0.296$).

⊕ ○ ○ ○ ○

El grupo de eventos adversos más frecuentes fue el de síntomas gastrointestinales. Los pacientes con infección genital por CT tratados con Azitromicina (25%) no presentan diferencias en la incidencia de eventos adversos asociados al medicamento, en comparación con pacientes que reciben un tratamiento con Doxiciclina (22.9%), IC 95%, -0.019–0.037.

En un estudio de cohorte publicado en 2011(99), los autores anotan que la cura microbiológica de uretritis no gonocócica (causada por *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma urealyticum*) es similar en pacientes tratados con Levofloxacin 500 mg dosis día por 7 días comparada con la obtenida con Azitromicina 1 gramo dosis única.

En el ensayo clínico de Schwebke y colaboradores, de 2012(100), trataron a hombres con uretritis no-gonocócica con cuatro regímenes de tratamiento: doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días con o sin Tinidazol 2 gramos dosis única o Azitromicina 1 gramo dosis única con o sin Tinidazol. El objeto era determinar la eficacia de estos tratamientos en uretritis causada por *C.trachomatis*, *Mycoplasma urealyticum* y *Trichomona vaginalis*; las prevalencias de infección encontradas fueron 43%, 31%, y 13% respectivamente. Encontraron que la adición de Tinidazol al tratamiento no mostró diferencias estadísticamente significativas en cuanto a cura microbiológica, comparada con el monoterapia. Aunque no reportan estimadores de asociación, sin embargo anotan que el grupo tratado con doxiciclina presentó mayor eficacia en cuanto a cura microbiológica en infección por *Chlamydia trachomatis*, comparado con el manejo con Azitromicina. Sin embargo, los tamaños de muestra son muy pequeños y el riesgo de sesgos es alto por lo tanto la recomendación de tratar con Azitromicina 1 gramo sigue siendo la primera opción de tratamiento. La prevalencia de *Trichomonas vaginalis* en uretritis no gonocócica es muy baja, no hay evidencia de calidad que soporte la adición de Tinidazol para el manejo sintomático de la uretritis.

⊕ ⊕ ○ ○

3.2.3 Manejo del paciente con infección uretral (sospecha o confirmada) por *Neisseria gonorrhoeae*

RECOMENDACIÓN 38. Para el tratamiento de pacientes con sospecha del Síndrome de Descarga uretral 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. **Recomendación fuerte a favor**

*Contraindicaciones: hipersensibilidad a las cefalosporinas. Debe usarse con precaución en pacientes con historia de hipersensibilidad a las penicilinas.

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. **Recomendación fuerte en contra**

En el ECA de Rehman et al(85), se evaluó la cura microbiológica de pacientes con signos y síntomas de uretritis por NG. Fueron asignados a uno de tres grupos de tratamiento: Ciprofloxacina 500 mg vía oral dosis única, Ceftriaxona 500 mg IV dosis única o Espectinomicina 2 gramos IM dosis única. El porcentaje de pacientes con diagnóstico uretritis o cervicitis causada por NG en los cuales se identifica cura microbiológica al cabo de un seguimiento de 5 días fue de 90% en el grupo de Ceftriaxona, 80% en el grupo de Ciprofloxacina y de 94% en el grupo tratado con Espectinomicina.

⊕ ○ ○ ○

3.3 Complicaciones en el Síndrome de Descarga Uretral

La uretritis en el hombre puede complicarse a epididimitis aguda. La proctitis aguda se asocia frecuentemente a Linfogranuloma venéreo, sin embargo no existe evidencia acerca de asociación causal entre la infección por *C.trachomatis* y el desarrollo de prostatitis o infertilidad masculina(101).

El síndrome de Reiter (uretritis, conjuntivitis, artritis y lesiones mucocutáneas) así como la artritis reactiva se asocian con las infecciones genitales por *C.trachomatis*(102) .

3.4 Seguimiento para los Pacientes con Síndrome de Descarga Uretral

RECOMENDACIÓN 40. Se sugiere realizar un control clínico a las 2 semanas de inicio del tratamiento a los (las) pacientes con descarga uretral. **Recomendación débil a favor.**

Según los estudios evaluados, el seguimiento adecuado de un paciente tratado para este síndrome es de 3 semanas y 7 días en promedio(81). Sin embargo, otros estudios recomiendan que 5 días post-tratamiento es un periodo de tiempo adecuado para realizar evaluación del éxito del mismo(85). En esta guía se recomienda realizar seguimiento a las dos semanas del tratamiento para unificar la práctica clínica y asegurar evaluación postratamiento.



3.5 Tratamiento para la pareja del paciente con síndrome descarga uretral

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 dosis única *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. *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. *Recomendación débil a favor.*



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 infecciones cervicales por *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae*.

4. SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL

4.1 Manifestaciones Clínicas

El síndrome de úlcera comprende aquellas infecciones que se manifiestan con lesiones genitales ulcerativas, erosivas, pustulares o vesiculares acompañadas o no con linfadenopatía regional (103).

Dependiendo del agente causal, pueden presentarse diferentes características de dichas úlceras (45). En infecciones por virus del herpes simple las úlceras se presentan después de la ruptura de vesículas o ampollas, tienen forma circular sobre un área con eritema con bordes y base difusos, son úlceras pequeñas múltiples que pueden confluir para formar úlceras de mayor tamaño. En éste caso las úlceras pueden o no ser dolorosas, puede presentarse dolor en el área genital y el paciente puede presentar síntomas sistémicos como fiebre e inflamación de los ganglios inguinales. En el caso de la sífilis primaria, se puede presentar una úlcera única en forma de chancro redondo, firme e indoloro, de bordes indurados, y fondo limpio, acompañada o no de linfadenopatía (45, 103).

Por el contrario, en las infecciones por chancroide se presentan dos o más úlceras dolorosas necróticas acompañadas de eritema y edema en la zona circundante; la úlcera, que al inicio se presenta como una protuberancia, puede acompañarse de inflamación de los ganglios inguinales y de abscesos denominados bubones (45, 103). La infección por linfogranuloma venéreo presenta los signos y síntomas de la uretritis, con pápulas únicas autolimitadas seguidas de linfadenopatía femoral, distensión inguinal y/o proctocolitis (45, 103). Por último, el cuadro de la infección por granuloma inguinal presenta lesiones ulcerativas únicas o múltiples altamente vascularizadas, no dolorosas, las cuales sangran fácilmente al contacto, localizadas en un 50% en el área anal. Con el paso del tiempo las protuberancias iniciales se convierten en nódulos rojos con tejido de granulación que pueden extenderse hasta los pliegues inguinales (45, 103).

Para verificar las diferentes manifestaciones clínicas concordantes con el síndrome de úlcera genital debe realizarse un examen que incluya los genitales externos, la superficie del prepucio y el glande en el hombre, y los genitales externos, los labios y la vulva junto con el resto de superficies mucosas en las mujeres (103). Es necesario resaltar que el abordaje sindrómico inicial de la úlcera no incluye la realización de pruebas de laboratorio.

4.2 Tratamiento del Síndrome de úlcera genital en mujeres y hombres

4.2.1 Manejo Sindrómico de Úlcera Genital

RECOMENDACIÓN 45. Para el manejo sindrómico de la úlcera genital se utilizará 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*). En casos de alergia documentada a la penicilina se utilizará Doxiciclina 100 mg vía oral dos veces al día por 14 días. Dicho tratamiento debe sumarse a uno de los siguientes: *Recomendación fuerte a favor*

- 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 o granuloma inguinal se adicionará Azitromicina 1 gramo vía oral una vez a la semana por 3 semanas o doxiciclina 100 mg 2 veces al día por 21 días.

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. Cuando existan antecedentes o dudas sobre posibles reacciones sistémicas a la administración de penicilina no se deberá administrar éste medicamento. (Nivel de Evidencia Muy baja), *Recomendación fuerte a favor.*

4.2.2 Manejo de infección primaria (sospecha) por *Treponema pallidum*

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. *Recomendación fuerte a favor*

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. *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. *Recomendación débil en contra.*

RECOMENDACIÓN 50. No se recomienda el uso de pruebas rápidas para sífilis (point-to-care test) para el diagnóstico de la infección primaria en pacientes con úlceras genitales. *Recomendación débil en contra.*

La efectividad de la penicilina, en sus diferentes presentaciones, se ha establecido por medio de la experiencia clínica más que por la disponibilidad de ECAS que evalúen su utilidad. Un ECC que reunió 326 pacientes presentó alto riesgo de sesgos relacionado con el seguimiento, adherencia al tratamiento y cointervenciones. Incluyó todo tipo de sífilis así como pacientes con VIH confirmado. Mostró que en pacientes con diagnóstico de sífilis primaria tratados con Penicilina G Benzatínica no se presentaba un mayor riesgo de falla terapéutica por serología, en comparación con pacientes que reciben un tratamiento adicional con Amoxicilina y Probenecid (Incidencias de falla del 17.8 y 17.2%, respectivamente; OR: 1.11IC 95%(0,6 – 2,2) (104)

⊕ ⊕ ○ ○

Se han estudiado otras opciones a la Penicilina, las cuales han mostrado un perfil de efectividad similar. Una Metaanálisis (Amstar 8/11) mostró que los pacientes con diagnóstico de sífilis primaria tratados con Azitromicina muestran frecuencias similares de cura por serología en comparación con pacientes tratados con Penicilina G benzatínica (OR: 0.68; IC 95%:0.29-1.61)(105). Similares resultados fueron encontrados en una revisión sistemática publicada en 2012(106).

⊕ ⊕ ⊕ ○

Se han encontrado cepas de *Treponema pallidum* resistentes a Azitromicina en diferentes partes del mundo; por tanto, se recomienda el uso con precaución de este antibiótico sólo en los casos en que la penicilina o la Doxiciclina no estén disponibles (5).

⊕ ⊕ ○ ○

Así mismo, un ECC que estudia el tratamiento con Ceftriaxona de pacientes con sífilis primaria no muestran frecuencias diferenciales de cura clínica y serológica en comparación con pacientes tratados con Penicilina G Benzatínica (RR= 0.8, IC 95%: 0.32-1.99). Este ECC presenta un tamaño muestral insuficiente y pérdidas importantes al seguimiento; así mismo, sólo incluye pacientes de género masculino. (107)

Una revisión sistemática de pruebas diagnósticas que evalúa la sensibilidad y especificidad de las pruebas rápidas para diagnóstico en clínicas de ITS y de control prenatal estima una sensibilidad y especificidad mediana de 86% (RIQ: 0.75-0.94) y 99% (RIQ: 0.98-0.99), respectivamente. Sin embargo, los estudios incluidos (13 estudios de corte transversal) son realizados para la

⊕ ⊕ ○ ○

identificación de sífilis de cualquier clase, y no es posible asegurar el rendimiento de las pruebas en el caso de la sífilis primaria(108). No se encontró evidencia referente a las características operativas o efectividad de las pruebas para alergia a la penicilina en el contexto de cuidado primario de la sífilis primaria. ⊕ ⊕ ○ ○

4.2.3 Manejo de infección primaria (sospecha) por *Treponema pallidum* y alergia a penicilina

RECOMENDACIÓN 51. En pacientes con posible infección por *Treponema pallidum* y sospecha de alergia a la penicilina se tendrá como segunda opción Doxiciclina 100 miligramos vía oral dos veces al día por 14 días. *Recomendación fuerte a favor.*

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.

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.

Una cohorte retrospectiva con alto riesgo de sesgos de selección, presencia de variables de confusión y evaluación de la adherencia al tratamiento (no es claro si fueron incluidos pacientes con alergia documentada a la penicilina o cuál fue el criterio para la prescripción de la Doxiciclina) demostró que los pacientes con diagnóstico de sífilis tratados con Doxiciclina/Tetraciclina no muestran frecuencias diferenciales de cura serológica a 12-24 meses, en comparación con pacientes tratados con Penicilina G benzatínica (RR= 1.0; IC 95%: 0.953-1.067). Así mismo, tampoco mostró diferencias en el tiempo hasta la cura por serología, en comparación con pacientes tratados con Penicilina G benzatínica (Mediana 43 y 72, respectivamente; p=0.16) (109). ⊕ ○ ○ ○

4.2.4 Manejo de infección genital (sospecha) por *Haemophilus ducreyi*

RECOMENDACIÓN 54. Para el tratamiento de pacientes con sospecha de infección por *Haemophilus 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 de segunda opción la Ceftriaxona 250 mg intramuscular en dosis única. En caso de no disponer de Ceftriaxona o en caso de alguna contraindicación para su uso, se utilizará como tercera opción de manejo Eritromicina 500 mg vía oral 3 veces al día por 7 días. *Recomendación fuerte a favor*

RECOMENDACIÓN 55. No se recomienda el uso de ciprofloxacina 500 mg dosis única en el manejo de pacientes con sospecha de infección de *Haemophilus ducreyi* debido a los reportes de resistencia bacteriana. *Recomendación fuerte en contra.*

Respecto al tratamiento del chancroide, un ECC, en el que no se incluyeron pacientes de género femenino, mostró que los pacientes con sospecha de infección por chancroide tratados con Azitromicina no muestran frecuencias diferenciales de cura clínica, en comparación con pacientes tratados con Eritromicina (OR: 0.977; IC 95%:0.86-1.1)(110). Otro ECC en el que hay riesgo de sesgos relacionados con el reporte del cegamiento de los pacientes, así como el seguimiento de la secuencia aleatoria, el cual incluyó 133 pacientes con infección por *H. ducreyi* tampoco mostró ⊕ ⊕ ⊕ ○

diferencias entre el uso de Azitromicina o Ceftriaxona en términos de la cura clínica (RR: 1.135; IC 95%: 0.989-1.303) o los eventos adversos (RR: 2.02; IC 95%: 0.925-4.438)(111). ⊕ ⊕ ⊕ ○

El uso de Ciprofloxacina (500mg vía oral dosis única) en comparación con Eritromicina (500mg 3 veces al día por 7 días) fue evaluado en un ECC con 208 hombres y 37 mujeres con cultivos concordantes con infección por *H. ducreyi*. Las fallas al tratamiento fueron del 19% para el grupo de Ciprofloxacina y de 12% para el grupo de Eritromicina. No se encontraron diferencias significativas en términos de la cura clínica a los 21 días de inicio del tratamiento (RR: 0.971; IC 95%: 0.689-1.369)(112) ⊕ ⊕ ⊕ ⊕

La guía del CDC (5) indica que se incrementan los informes de resistencia del *H. ducreyi* a la Ciprofloxacina y la Eritromicina Sugieren comenzar los estudios de resistencia bacteriana a este medicamento. ⊕ ○ ○ ○

4.2.5 Manejo de infección genital primaria (sospecha) por *C. trachomatis* serovars L1, L2 y L3 (Linfogranuloma venéreo)

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 *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. *Recomendación fuerte a favor*

Un ECC en el que el riesgo de sesgos nos es claro ya que muchos elementos de la evaluación no están presentes al tratarse de un estudio publicado en 1957, comparó diferentes tetraciclinas de similar perfil a la Doxiciclina (chlortetraciclina, oxytetraciclina y sulfadiazina) versus tratamiento sintomático (aspiración de los bubones más aspirina) demostró menor duración de las lesiones (31 vs 69 días) y una mayor frecuencia en cura serológica, en comparación con pacientes no tratados con un antibiótico (RR: 2.33; IC 95%: 1.4-4.1) (113). ⊕ ⊕ ○ ○

El uso de Azitromicina para esta ITS no se ha evaluado directamente, y la evidencia procede de otras infecciones causadas por *C. trachomatis*. Dos ECC que incluyen 971 pacientes con infecciones por *Chlamydia trachomatis* (principalmente uretritis y cervicitis) no encontraron diferencias en términos de cura clínica (RR entre 1.03 a 1.06), cura bacteriológica (RR entre 0.97 a 1.01) ni presencia de eventos adversos (RR entre 0.89 a 1.1), en comparación con pacientes tratados con Doxiciclina(114, 115). Vale la pena anotar que la calidad de la evidencia se disminuye debido a que los pacientes incluidos presentan infecciones por *Chlamydia trachomatis* en general, no específicamente debidas a las cepas relacionadas con el Linfogranuloma venéreo: Serovars L1, L2 y L3. ⊕ ⊕ ⊕ ○

Respecto al uso de Eritromicina, se encontró un reporte de casos donde 2 pacientes de 3 tratados con 1600 mg diarios presentan mejoría a los 12 y 14 meses(116). ⊕ ○ ○ ○

4.2.6 Manejo de infección genital primaria (sospecha) por *K. granulomatis* (Granuloma inguinal)

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. *Recomendación fuerte a favor.*

Respecto al tratamiento del granuloma inguinal con Azitromicina y Ciprofloxacina la evidencia es escasa; se identificaron dos reportes de casos para el uso de Ciprofloxacina (117, 118) y un estudio piloto de un ECC para el uso de la Azitromicina(119); no se encontró evidencia para el uso de trimetropin-sulfametoxazol. Expertos recomiendan el uso de Doxiciclina como régimen de primera línea en esta infección, seguido por regímenes alternativos como Azitromicina, Ciprofloxacina, Eritromicina y Trimetropin-Sulfametoxazol(5). ⊕ ○ ○ ○

4.2.7 Manejo de primer episodio de infección genital (sospecha) por el virus del herpes simple tipo 1 ó 2 (Herpes genital)

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. *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. *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. *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. *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 hasta por 1 año. *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 por un año *Recomendación fuerte a favor.*

La efectividad del Aciclovir se ha evaluado en 3 ECC con un total de 259 pacientes con primer episodio de herpes simple, los cuales mostraron la disminución del periodo de virulencia en comparación con placebo(120-122). Los datos del ECC con mayor número de pacientes muestran que el Aciclovir disminuye significativamente el tiempo de curación completa de las lesiones (12 vs 14 días, P=0.005), reduce la formación de nuevas lesiones a 48 horas de inicio de la terapia (18% vs. 62%, P=0.001) y reduce la duración del dolor (5 vs 7 días, P=0.05) y el viral shedding (2 vs 9 días, P<0.001). ⊕ ⊕ ⊕ ○

Un ECC no mostró diferencias en el tiempo hasta la resolución de los síntomas (HR: 1.0; IC 95%: 0.85-1.18), la duración de la virulencia (HR: 1.02; IC 95%: 0.85-1.22) o la duración del dolor (HR: 1.02; IC 95%: 0.84-1.18) en pacientes tratados con Valaciclovir versus los tratados con aciclovir (123). ⊕ ⊕ ⊕ ⊕

En esta guía, se definió como herpes genital recurrente que requiere terapia supresiva, a la presencia de al menos 6 episodios de herpes genital por año (45). ⊕ ○ ○ ○ ○

Una revisión sistemática con meta-análisis de 14 ECC (AMSTAR: 9/11) muestra que la recurrencia de los episodios de herpes genital también se ve reducida tanto con el uso de Aciclovir (RR= 0.467; IC 95%= 0.43 to 0.49), como de Valaciclovir (RR= 0.568; IC95%= 0.53 to 0.59) o Famciclovir (RR= 0.576; IC 95%: 0.5-0.65) (124). ⊕ ⊕ ⊕ ⊕

Expertos sugieren que el tratamiento con Aciclovir o Valaciclovir en profilaxis de recurrencia de herpes simple puede tener una duración de hasta 1 año(5). ⊕ ○ ○ ○ ○

4.3 Complicaciones del Síndrome Úlcera genital

Si bien las complicaciones relacionadas con el tratamiento de las úlceras genitales son poco frecuentes, éstos pueden representar modificaciones al esquema inicial e incluso un diagnóstico etiológico de la infección.

La primera complicación que puede presentarse con el abordaje sindrómico de la úlcera genital es la falla terapéutica, la cual puede registrarse en el momento del seguimiento o por una consulta del paciente posterior a la prescripción inicial; un ejemplo de ello es la aparición de infección sistémica (sífilis secundaria o terciaria) (125).

Para determinar la conducta a seguir deben considerarse factores como el diagnóstico sindrómico inicial, la coinfección con otras ITS/ITG, la presencia de infección por VIH, la adherencia al tratamiento o la resistencia del agente etiológico al medicamento recomendado(5).

Por otra parte, existen complicaciones propias de la infección, algunas de ellas relacionadas con el medicamento administrado. Una de las reacciones más frecuentes es la de Jarisch-Herxheimer, manifestación aguda de tipo febril acompañada por cefalea, mialgia y/o fiebre posterior a las 24 horas de inicio del tratamiento para sífilis. Se ha reportado una incidencia de 50% en los pacientes con sífilis primaria tratados con Penicilina G con resolución del cuadro dentro de las 12-24 horas posteriores a su aparición(126).

Las recurrencias también pueden incluirse en las complicaciones; éste es un caso relativamente frecuente en las infecciones por VHS, el cual puede tratarse de manera exitosa por medio de terapia antiviral supresiva(127). Por último, algunos síntomas como la presencia de bubones en la infección por chancroide o por linfogranuloma venéreo pueden requerir un manejo adicional al farmacológico para prevenir las complicaciones derivadas de la linfadenopatía (128, 129).

4.4 Seguimiento de pacientes con síndrome de Úlcera Genital

RECOMENDACIÓN 65. Realizar un control clínico a las 2 semanas de inicio del tratamiento a los (las) pacientes con síndrome de úlcera genital. *Recomendación fuerte a favor*

Una GPC del 2010 referente al manejo etiológico de las infecciones de transmisión sexual recomienda seguimientos con diferente periodicidad; para los pacientes con infecciones por chancroide (3-7 días posterior al inicio del tratamiento), granuloma inguinal (un mínimo de 3 semanas o hasta la curación completa de los síntomas), linfogranuloma venéreo (un mínimo de 3 semanas o hasta la curación completa de los síntomas) y sífilis (6 y 12 meses posterior al tratamiento). Ésta guía no hace referencia al seguimiento de los pacientes tratados por un primer episodio de herpes genital(5). ⊕ ○ ○ ○ ○

Una GPC del 2008 referente al manejo etiológico de las ITS/ITG recomienda el seguimiento de los pacientes con infecciones por linfogranuloma venéreo de 3 a 4 semanas posteriores a la finalización del tratamiento. Para las infecciones por sífilis, recomienda un seguimiento a los 3, 6 y 12 meses posteriores a la finalización del tratamiento. En pacientes tratados por infecciones por chancroide y granuloma inguinal, de bajo riesgo de re-infección, alta adherencia al tratamiento y resolución ⊕ ○ ○ ○ ○

satisfactoria de los síntomas no se recomienda el seguimiento. No se recomienda el seguimiento en ningún caso de los pacientes con primer episodio de herpes genital (45).

El seguimiento óptimo de los pacientes con infecciones que cursan con úlceras genitales permanece como un aspecto clínico basado en opiniones de expertos más que en estudios clínicos. En el manejo sintomático de la úlcera éste aspecto presenta un reto a los clínicos atendiendo a las dificultades del seguimiento de estos pacientes, las oportunidades para el mismo y las barreras de acceso. El grupo de expertos consideró que bajo el manejo sintomático de la úlcera genital, el cuál debe tener en cuenta un número considerable de infecciones de diferente etiología, es deseable el examen clínico del paciente al menos a las 2 semanas posterior a la administración del tratamiento recomendado, a fin de evaluar la efectividad del mismo y tomar decisiones clínicas adecuadas en cada caso de no mejoría.

⊕ ○ ○ ○

4.5 Tratamiento de la pareja con síndrome de Úlcera genital

RECOMENDACIÓN 66. 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 intramuscular 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. 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. *Recomendación débil a favor*

RECOMENDACIÓN 67. Se recomienda una consulta en la que los contactos sexuales reciban asesoría y tratamiento sobre la ITS. *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. *Recomendación débil a favor*

Dos GPC de reciente aparición coinciden en la necesidad de la evaluación de los compañeros sexuales del paciente con alguna de las infecciones incluida en el síndrome de úlcera genital(5, 45). Esta valoración ayudará a evaluar los signos y síntomas y determinar el tratamiento. En el caso de Linfogranuloma venéreo, Chancroide, granuloma inguinal y sífilis, las CPG coinciden en que el tratamiento debe hacerse en todos los casos, aún en ausencia de síntomas. En el caso de infecciones por Herpes, se promueve la valoración de la pareja, pero el tratamiento queda como recomendado solamente para el paciente con síntomas.

⊕ ○ ○ ○

Una revisión sistemática referente a estrategias de notificación a las parejas de pacientes con ITS/ITG identifica un ECC de pacientes con uretritis por *C. trachomatis* que compara la estrategia provider referral (referido por el proveedor de salud) versus dos estrategias de patient referral (uno que involucraba a una enfermera sin registro del nombre de los pacientes; el segundo involucraba una intervención específica de la infección por un especialista y el registro del nombre sin más detalles) (130). La calidad del ECC es limitada debido a la combinación de diferentes intervenciones y la inclusión de pacientes con infecciones por *C. trachomatis* en general. Se encontró mayor efectividad de las estrategias de Provider referral tanto para la identificación de compañeros con pruebas positivas para la infección por *C. trachomatis* (Diferencia de proporciones= 0.06; IC 95%= 0.02-0.10), así como para promover el número de parejas tratadas (Diferencia de proporciones= 0.52; IC 95%= 0.40-0.64).

⊕ ⊕ ○ ○

Una revisión sistemática referente a las estrategias de notificación en las parejas de pacientes con ITS/ITG identificó un ECC de pacientes con sífilis que comparó la estrategia contact referral¹¹ versus la estrategia denominada provider referral (referido por el proveedor de salud)(130). Este ECC presenta riesgo de sesgos relacionados con la evaluación de la aleatorización, así como la posible falta de adherencia al protocolo de notificación por parte del especialista. En el grupo de intervención, los pacientes tenían dos días para notificar a sus parejas antes que un especialista los contactara. En el grupo control (provider referral), las parejas fueron notificadas inmediatamente por un especialista. A un tercer grupo se le asignó la estrategia de “provider referral” más una prueba diagnóstica (en sangre) si el paciente pensaba que la pareja no buscaría tratamiento posterior a la notificación. El estudio no encontró diferencias entre los grupos en referencia al número de parejas tratadas (RAR= -0.05; IC 95%=-0.15-0.05), parejas con pruebas positivas (RAR=-0.02; IC 95%=-0.07- 0.03) y parejas tratadas (RAR=0.06; IC 95%=-0.03-0.15).

⊕ ⊕ ○ ○

⊕ ⊕ ○ ○

Se encontró una RS con 6 ECC de 6719 pacientes con ITS/ITG que comparaban patient referral solo con patient referral mas envío del tratamiento a la pareja(52). En esta revisión, la calidad de los ensayos se vio reducida por el reporte incompleto de los resultados, la heterogeneidad de los mismos y la ausencia de pacientes con síndrome de úlcera genital en los ensayos clínicos.

⊕ ○ ○ ○

La primera de las dos estrategias evaluadas en dicha revisión sistemática se definió como la intervención en la cual el paciente índice es responsable de informar a su pareja acerca de la infección. Se encontró un beneficio moderado al adicionar el envío del tratamiento a la notificación en términos de compañeros sexuales tratados (RR= 1.44; IC 95%=1.12-1.86) y reducción de la recurrencia de la infección (RR= 0.73; IC 95%=0.57-0.93).

4.6 Tratamiento del Síndrome de Úlcera Genital en pacientes embarazadas o en lactancia

4.6.1 Manejo Sindrómico del Síndrome de Úlcera Genital en pacientes embarazadas o en lactancia

RECOMENDACIÓN 69. Para el manejo sindrómico de la úlcera genital en pacientes embarazadas o en lactancia, se utilizará 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: *Recomendación fuerte a favor*

- 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 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 3 semanas o hasta la curación completa de las lesiones (no administrar Estolato de eritromicina en embarazadas).

¹¹ La estrategia “Contract referral” es aquella donde el paciente índice se le invita a notificar a sus compañeros sexuales, pero el profesional de la salud debe realizar dicha notificación si el paciente no lo hace en un intervalo de tiempo previamente acordado.



RECOMENDACIÓN 70: Se sugiere el manejo sintomático 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.

4.6.2 Manejo de la mujer gestante o en lactancia con úlcera genital (sospecha) por *Treponema pallidum*.

RECOMENDACIÓN 71: En pacientes embarazadas o en lactancia con úlcera genital y sospecha de infección primaria por *T. Pallidum*, se recomienda el uso de Penicilina Benzatínica 2.400.000 UI intramuscular dosis única. *Recomendación fuerte a favor*

Una revisión sistemática de estudios observacionales (AMSTAR: 6/11) que incluye estudios en gestantes referentes al tamizaje y tratamiento de la sífilis activa con Penicilina Benzatínica 2.400.000 UI intramuscular en diferentes países (131), con una heterogeneidad moderada, encontró un RR para óbitos de 0.18 (IC 95% 0.10-0.33) (I²: 56.8%). Por otra parte se encontraron dos estudios que evidenciaron la disminución en el riesgo de mortalidad perinatal con un RR entre 0.14 a 0.18. La mortalidad neonatal obtuvo un RR de 0.20 (IC 95%: 0.13-0.32), el parto pretérmino un RR de 0.36 (IC 95%: 0.27-0.47), y la sífilis congénita un RR de 0.03 (IC 95%: 0.02-0.07). ⊕ ○ ○ ○

Se evaluó una revisión sistemática (AMSTAR: 9/11) cuyo objetivo era evaluar la efectividad antibiótica en sífilis durante el embarazo(132). Si bien se localizaron 29 estudios, éstos no cumplieron con criterios de calidad y diseño para ser considerados candidatos para la revisión. ⊕ ○ ○ ○

4.6.3 Manejo de la mujer gestante o en lactancia con úlcera genital (sospecha) por *Treponema pallidum* y con alergia a penicilinas

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. *Recomendación fuerte a favor*

4.6.4 Manejo de la mujer gestante o en lactancia con úlcera genital (sospecha) por *Haemophilus ducreyi*

RECOMENDACIÓN 73. Para el tratamiento en pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de infección por *Haemophilus ducreyi* se utilizará Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única. *Recomendación fuerte a favor.*

RECOMENDACIÓN 74. Para el tratamiento en pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de infección por *Haemophilus 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). *Recomendación débil a favor.*

No se encuentra evidencia de tratamiento de chancroide en mujeres embarazadas o en lactancia; sólo se dispone información indirecta de efectividad en otras poblaciones con limitada validez externa. Un ECC de 204 hombres con sospcha diagnóstica de chancroide asignados aleatoriamente a tratamiento con Azitromicina 1 gramo oral dosis única o con Eritromicina 500 mg 4 veces al día por 7 días vía oral, encontró resolución de las lesiones en 73 de 82 pacientes con Azitromicina (89%) y ⊕ ⊕ ○ ○

en 41 de 45 pacientes con Eritromicina (91.1%)(110). Así mismo, se dispone de un ECC de 133 pacientes con cultivos positivos, aleatorizados a recibir 1 gramo vía oral de Azitromicina o 250 mg intramuscular de Ceftriaxona(111). En los pacientes que tuvieron al menos una visita de seguimiento, 21/32 tratados con Azitromicina tuvieron una curación completa de las lesiones, comparados con 15/29 en el grupo de Ceftriaxona. Al final de la tercera visita de seguimiento, 100% de los pacientes tratados con Azitromicina estaban curados, comparado con 88% de los tratados con Ceftriaxona. Vale la pena anotar que en ambos estudios se presentan dificultades en la validez externa referentes a la inclusión de mujeres gestantes o en lactancia en el estudio.

4.6.5 Manejo de la mujer gestante o en lactancia con úlcera genital (sospecha) por *C. trachomatis* serovars L1, L2 y L3 (linfogranuloma venéreo)

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.

RECOMENDACIÓN 76: Para el tratamiento en pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de infección de linfogranuloma venéreo y 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). *Recomendación fuerte a favor*

No se encontró evidencia para el tratamiento del linfogranuloma venéreo en mujeres embarazadas o en lactancia; sólo se dispone de la evidencia del tratamiento de la entidad en mujeres no embarazadas (116). La Guía Canadiense recomienda el uso de Eritromicina para el tratamiento de la mujer gestante con LGV. Sin embargo nuestros expertos priorizaron la Azitromicina para favorecer la adherencia. ⊕ ○ ○ ○

4.6.6 Manejo de la mujer gestante o en lactancia con úlcera genital (sospecha) por *K. granulomatis* (granuloma inguinal)

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 3 semanas o hasta la curación completa de las lesiones (no administrar Estolato de eritromicina en embarazadas). *Recomendación débil a favor.*

No se encontró evidencia para el tratamiento del granuloma inguinal en mujeres embarazadas o en lactancia; sólo se dispone de la evidencia del tratamiento de la entidad en mujeres no embarazadas(5, 117-119). ⊕ ○ ○ ○

4.6.7 Manejo de la mujer gestante o en lactancia con primer episodio de infección genital (sospecha) por el virus del herpes simple tipo 1 ó 2

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. *Recomendación fuerte a favor*

La efectividad del aciclovir se ha evaluado en 3 ECC con un total de 259 pacientes con primer episodio de herpes simple, los cuales mostraron la disminución del periodo de virulencia en comparación con placebo (120-122). Los datos del ECC con mayor número de pacientes muestran que el aciclovir disminuye significativamente el tiempo de curación completa de las lesiones (12 vs 14 días, $P=0.005$), reduce la formación de nuevas lesiones a las 48 horas de inicio de la terapia (18% vs. 62%, $P=0.001$), reduce la duración del dolor (5 vs 7 días, $P=0.05$) y el número de lesiones activas (2 vs 9 días, $P<0.001$).

⊕ ⊕ ○ ○

Un ECC no mostró diferencias en el tiempo hasta la resolución de los síntomas (HR: 1.0; IC 95%: 0.85-1.18), la duración de la virulencia (HR: 1.02; IC 95%: 0.85-1.22) o la duración del dolor (HR: 1.02; IC 95%: 0.84-1.18) en pacientes tratados con valaciclovir versus los tratados con aciclovir (123).

⊕ ⊕ ⊕ ○

En esta guía, se definió como herpes genital recurrente que requiere terapia supresiva, a la presencia de 6 o más episodios de herpes genital por año (45).

⊕ ○ ○ ○

Una revisión sistemática con meta-análisis de 14 ECC (AMSTAR: 9/11) muestra que la recurrencia de los episodios de herpes genital también se ve reducida tanto con el uso de aciclovir (RR= 0.467; IC 95%= 0.43 to 0.49), como de valaciclovir (RR= 0.568; IC95%= 0.53 to 0.59) o famciclovir (RR= 0.576; IC 95%: 0.5-0.65) (124).

⊕ ⊕ ⊕ ○

Expertos sugieren que el tratamiento con Aciclovir o Valaciclovir en profilaxis de recurrencia de herpes simple puede tener una duración de hasta 1 año(5).

⊕ ○ ○ ○

4.7 Complicaciones más frecuentes que se presentan en la mujer embarazada con síndrome de úlcera

Adicional a las complicaciones previamente mencionadas, las complicaciones más frecuentes para la mujer gestante con úlcera genital se relacionan con el trabajo de parto y el recién nacido(133). Las complicaciones asociadas a los medicamentos administrados para el tratamiento de los diferentes agentes infecciosos no han sido plenamente establecidas. Se conoce que en la sífilis materna algunas reacciones como Jarisch-Herxheimer afectan hasta un 40% de las gestantes y está asociada con la aparición de contracciones uterinas, parto pretérmino y desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal, sin haberse reportado incidentes mayores en su resolución. El manejo con acetaminofén del dolor y la fiebre asociados han mostrado ser de utilidad (133).

La transmisión de la infección al feto durante la gestación o en el trabajo de parto puede representar una alta carga de morbilidad y mortalidad para el recién nacido. La sífilis congénita se encuentra dentro de éstas condiciones, siendo ésta la infección multiorgánica con alto impacto a nivel neurológico, esquelético, e incluso en la sobrevida del recién nacido(134). Se conoce que el tamizaje de la condición y el oportuno tratamiento de la gestante evitan efectivamente ésta transmisión (131). Así mismo, el herpes neonatal representa una complicación similar especialmente en el último trimestre del embarazo(135).

5. SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL

5.1 Manifestaciones Clínicas

Los síntomas vaginales son el motivo de consulta más frecuente en ginecología, siendo responsables de 6 a 10 millones de visitas médicas por año (136) con un costo estimado de un billón de dólares al año en gastos relacionados con el uso de los sistemas sanitarios(32); la mayoría de las pacientes con flujo vaginal no corresponden a infecciones de transmisión sexual (136).

Las patologías asociadas al síndrome de flujo vaginal son principalmente tres: Vaginosis bacteriana, candidiasis y tricomoniasis. Para el diagnóstico de las patologías asociadas al síndrome de flujo vaginal, se han descrito varios signos y síntomas que incluyen descarga vaginal fétida el cual es más frecuente en la vaginosis bacteriana, prurito vaginal y/o vulvar, eritema vaginal y/o vulvar y disuria, estos últimos síntomas más frecuentes en la candidiasis(78). El manejo sintomático inicial no incluye la realización de pruebas de laboratorio.

Se han descrito criterios clínicos diagnósticos para la patología más frecuente dentro del flujo vaginal, los cuales son a saber: flujo vaginal homogéneo (blanco, adherido a las paredes vaginales); olor a aminas (pescado) cuando se agrega solución de hidróxido de potasio al 10% a las secreciones vaginales, comúnmente llamado "prueba de olor"; presencia de células guía o clave (clue cells) al examen microscópico del flujo y pH de flujo vaginal mayor a 4,5. La detección de tres de estos criterios diagnostica vaginosis bacteriana(5).

Si bien es cierto la infección por *Trichomona vaginalis* suele ser asintomática(137), se estima que la Trichomoniasis es responsable entre el 4 y el 35% de todos los síntomas vaginales(136, 138). Un estudio analizó las diferentes manifestaciones clínicas de la Trichomoniasis en una muestra aleatoria de mujeres sintomáticas que asistieron a la consulta para enfermedades de transmisión sexual, encontrando que la descarga vaginal amarilla y el prurito vulvar fueron los síntomas más frecuentes al interior de este grupo de pacientes con un OR de 2.4 (95% CI 1.4 a 4.1) y un OR de 3.0 (95% CI 1.7 a 5.2) respectivamente. En lo que respecta a los signos, los más frecuentes fueron la Colpitis macularis con un OR 241.4 (95% CI 60.5 a 964.1), el flujo espumoso con un OR 20.9 (95% CI 5.3 a 82.3), la descarga vaginal purulenta con un OR 8.0 (95% CI 4.0 a 16.2) y el eritema vaginal o vulvar con un OR de 4.3 (95% CI 2.0 a 9.2) y de OR 2.5 (95% CI 1.4 a 4.3) (139).

Con respecto a la Candida, esta suele ser parte de la flora vaginal como agente comensal hasta en el 25% de las mujeres asintomáticas (32) y es responsable hasta del 30% de los casos de vaginitis aguda. Se estima que el 75% de las mujeres tendrán un episodio de candidiasis vulvovaginal en algún momento de su vida, y de ellas, el 50% experimentarán un episodio de recurrencia(140, 141). Del 80 al 90% de las infecciones por Candida son causados por la especie *albicans*, en tanto que 10 al 20 % son causadas por candida no *albicans* (*C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei* o *C. parapsilosis*). Los síntomas se presentan mas frecuentemente en mujeres con aislamiento positivo de *C. albicans* (142).

Un estudio analizó las diferentes manifestaciones clínicas de la Candidiasis vulvovaginal en una muestra aleatoria de mujeres sintomáticas que asistieron a la consulta para enfermedades de transmisión sexual, encontrando que al interior del grupo los síntomas más frecuentes fueron la disuria con un OR de 2.1, el eritema vulvar o vaginal con un OR de 2.1, el dolor tipo urente o el edema vaginal con OR de 1.9 y el prurito vulvar o vaginal con un OR de 1.8. Con respecto a los signos vulvares, el edema con un OR de 10.7, las escoriaciones vulvares con un OR de 5.7, el eritema con un OR de 5.6 y las fisuras con un OR de 4.0 fueron los signos más comunes. Así mismo, el eritema vaginal y la presencia de descarga espesa o grumosa se asoció con el aislamiento de candida por cultivo con un OR de 3.4 y de 19.0 respectivamente (143).

Ahora bien, sin utilizamos los síntomas referidos para cada una de estas etiologías como una herramienta diagnóstica que oriente al clínico durante el abordaje sintomático de la paciente con flujo vaginal, resulta útil conocer las características operativas cuando se comparan a los síntomas y los signos con al cultivo y/o la microscopia para el diagnóstico de Trichomoniasis o Candidiasis vulvovaginal. Tabla No.2 y Tabla No.3

Tabla 2. Síntomas y Signos Para El Diagnóstico de Trichomona Vaginalis

Síntoma/Signo	Sensibilidad %	Especificidad %	LR Positivo	LR Negativo
Descarga anormal percibida por la paciente	65	29	0.90 (0.63-1.3)	1.2 (0.62-2.50)
Flujo de mal olor	46	45	0.84 (0.45-1.6)	1.2 (0.68-2.10)
Prurito	35	76	1.5 (0.74-3.00)	0.85 (0.59-1.20)
Disuria	0	97	0.64 (0.04-10.0)	1.00 (0.85-1.30)
Descarga amarilla	89	93	14 (6.1-31)	0.12 (0.02-0.75)
Flujo homogéneo	100	60	2.2 (1.70-2.80)	0.15 (0.02-1.00)
Eritema o edema genital	18	97	6.4 (1.60-26.0)	0.85 (0.68-1.10)

Con base en la tabla anterior podemos deducir que los síntomas para el diagnóstico de Trichomona Vaginalis poseen una utilidad limitada; sin embargo, signos como la presencia de descarga vaginal amarilla homogénea acompañada de edema o eritema genital incrementan la posibilidad de tratarse de una infección por Trichomona Vaginalis (144).

Tabla 3. Síntomas y Signos Para El Diagnóstico de candidiasis vulvovaginal

Síntoma/Signo	Sensibilidad %	Especificidad %	LR Positivo	LR Negativo
Leucorrea grumosa	65	73	2.4 (1.4-4.2)	0.48 (0.27-0.86)
Leucorrea líquida	4	63	0.12 (0.02-0.82)	1.5 (1.2-1.9)
Leucorrea de mal olor	21	37	0.35 (0.16-0.77)	2.1 (1.5-3.0)
Prurito como síntoma principal	27	92	3.3 (2.4-4.8)	0.79 (0.72-0.87)
Eritema genital	28	86	2.0 (1.5-2.8)	0.84 (0.76-0.92)
Edema genital	24	92	1.4 (1.2-17)	0.78 (0.67-0.91)
Disuria externa	33	85	2.2 (1.6-2.9)	0.79 (0.71-0.88)
“Otra infección por hongos”	35	90	3.3 (1.2-9.1)	0.72 (0.53-1.00)
Escoriación vulvar	4	99	8.4 (2.3-31)	0.96 (0.93-0.99)
Fisuras vulvares	17	96	4.6 (2.7-7.7)	0.86 (0.80-0.92)
Prurito en presencia de descarga grumosa	77	100	150 (20-1000)	0.23 (0.14-0.37)

En este orden de ideas, la presencia de flujo grumoso acompañado de prurito, eritema genital, edema genital, disuria, escoriaciones vulvares, fisuras vulvares y la percepción por parte de la paciente de tratarse de otra infección micótica son los síntomas y signos que incrementan la probabilidad de tratarse de una infección por *Cándida*. La combinación de prurito en presencia de descarga grumosa constituye la combinación de signos que otorga una mayor probabilidad al momento del diagnóstico. Contrario a lo anterior, la presencia de leucorrea líquida y de mal olor son los síntomas que disminuyen la probabilidad de tratarse de una infección por este microorganismo (144).

5.2 Tratamiento de Síndrome de Flujo Vaginal en pacientes no embarazadas

Se considera que en el síndrome de flujo vaginal las etiologías más frecuente de base son: vaginosis bacteriana, *Candida albicans* y *Trichomonas vaginalis* (32), Se ha descrito que hay infección concomitante de vaginosis bacteriana y *Candida albicans* en un 7.5% de las pacientes (19).

RECOMENDACIÓN 79. Para el manejo sintromico 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. **Recomendación fuerte a favor.**

RECOMENDACIÓN 80 (Recomendación de Equidad). Se sugiere el manejo con dosis única (Tinidazol 2 gr + Fluconazol 150 mg) para el tratamiento del flujo vaginal en mujeres en situación en desventaja (condiciones de pobreza, trabajadoras sexuales, etc.). **Recomendación fuerte a favor.**

Se encontró un experimento clínico controlado aleatorizado(145), que comparó el manejo sintromico del flujo vaginal en unidosis (tinidazol + fluconazol) con el manejo sintromico de duración convencional (metronidazol + clotrimazol). Este estudio reclutó mujeres en establecimientos de atención primaria de cuatro países de África Occidental, dentro de las cuales se incluyeron trabajadoras sexuales y pacientes con infección por VIH (la asignación aleatoria fue estratificada según si eran trabajadoras sexuales).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mejoría clínica reportada por las pacientes a los 14 días (66.3% vs. 63.9% P= 0.26), así como en la mejoría clínica reportada a los 28 días (80.9% vs. 81.1% P=1.00). El análisis por subgrupos según el estatus de infección por VIH (pacientes seronegativos vs. Pacientes infectados), no evidenció diferencias significativas en la mejoría clínica reportada a los 14 días entre los dos tratamientos.

Partiendo de los resultados del estudio, en el que los resultado sugieren que no hay diferencias entre el tratamiento de unidosis comparado con el tratamiento convencional, para el manejo sintromico del flujo vaginal, con una diferencia entre ellas menores al 10%, se sugiere el uso de unidosis por preferencias de los pacientes y la posibilidad de generar mejores tasa de adherencia y mayores facilidades para seguir el tratamiento en las poblaciones en desventaja, por ejemplo, al tener en cuenta que la actividad laboral e ingresos de las trabajadoras sexuales se relaciona con la viabilidad de mantener una vida sexual activa.

La vigencia de esta recomendación estará abierta, hasta la próxima actualización de la GPC. Con el fin de mejorar la evidencia, se requieren estudios que incluyan análisis de subgrupos específicamente para las trabajadoras sexuales y para otro tipo de poblaciones vulnerables.

Ver anexo 13 para consultar metodología de evaluación de equidad.

⊕ ⊕ ⊕ ⊕

Calidad según equidad

⊕ ⊕ ⊕ ⊕

5.2.1 Manejo de la paciente con flujo vaginal por (sospecha) Vaginosis bacteriana

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 segunda 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%, 5g una vez al día intravaginal por siete días. *Recomendación fuerte a favor.*



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.

Se encontró una Revisión sistemática de la literatura que incluyó 24 ensayos clínicos controlados con un total de 4422 participantes (AMSTAR 8/11). Se comparó Metronidazol tópico contra placebo para falla clínica que mostró un RR de 0.59 (IC 95% 0.44 – 0.79). Además se comparó, Clindamicina vaginal contra placebo para falla clínica que mostró un RR de 0.19 (IC 95%: 0.09 – 0.41). Al comparar Metronidazol y Clindamicina se encontró igual porcentaje de falla clínica a los 7 días RR 1.06 (0.64, 1.75) y a los 28 días RR: 0.97 (IC 95%: 0.75, 1.27). La combinación Metronidazol más Azitromicina comparado con Metronidazol fue más efectiva para evitar falla clínica a los 7 días RR 0.65 (IC 95%: 0.46 , 0.92) e igualmente efectivo a los 28 días RR 1.22 RR (0.82 , 1.83) (146).

Por otro lado, no se encontraron diferencias entre el Tinidazol una dosis y el Metronidazol 7 días de tratamiento en cuanto a falla clínica (RR rango entre 0.38 to 1.73) o eventos adversos (RR 0.62 IC 95%: 0.13 a2.98), No hay evidencia que soporte el uso de los lactobacilos, triple sulfonamida en crema, polihexametilene biguanide en ducha, peróxido de oxígeno o cefadroxil.



No hay diferencia en el porcentaje de discontinuación entre Metronidazol y Clindamicina RR 0.50 (IC 95% 0.17, 1.47) , ni en la tasa de eventos adversos RR: 0.75 (IC 95% 0.54 - 1.05), como tampoco en la sobre infección por candida RR 1.11 (IC 95% 0.78 – 1.58). Los eventos adversos menores son menos frecuentes con Clindamicina que con Metronidazol caracterizado por Nausea RR 0,27 (IC 95% 0.11 – 0.69)(146).

No se encontraron diferencias entre secnidazol una dosis y el Metronidazol por 7 días para cura clínica RR 0.97 (0.88 to 1.08), o cura bacteriológica RR 1.03 (0.91 to 1.17) a los 28 días o Eventos adversos RR 0.94 (0.74 to 1.14)(147).

Recomendaciones similares a las reportadas en este apartado, son hechas en la guía de práctica clínica de la IUSTI Europea de actualización reciente(148).



Un ECA publicado en 2011(149), reporta que no se evidencian diferencias de efectividad entre el metronidazol y el tinidazol para el tratamiento de vaginosis bacteriana. Adicionalmente, indica que no existen diferencias significativas en efectos colaterales entre los dos medicamentos.

5.2.2 Manejo de la paciente con flujo vaginal por (sospecha) *Trichomona vaginalis*

RECOMENDACIÓN 83. Para el tratamiento de pacientes con síndrome de flujo vaginal asociado a *Trichomona 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. *Recomendación fuerte a favor*



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.

Se evaluó una Revisión sistemática de la literatura (puntaje AMSTAR 9) que incluyó 54 ensayos clínicos controlados para un total 5201 pacientes. En ella, se comparó tratamiento versus no tratamiento en términos de persistencia de la infección de 4 a 14 días y se demostró una menor persistencia a favor del brazo de tratamiento con un RR de 0.50 (IC 95% 0.43 – 0.56). Además se comparó el tratamiento corto versus el tratamiento largo en términos de no lograr la cura parasitológica, demostrando no superioridad por parte del ciclo largo, RR de 1.12 (IC 95% 0.58 – 2.16) con un seguimiento hasta de 35 días. Al comparar tratamiento oral contra vaginal para lograr la cura parasitológica, se demostró menor riesgo de persistencia de la infección a 21 días para la vía oral con un RR de 0.20 (IC 95% 0.07 – 0.56). La comparación Metronidazol versus Tinidazol demostró un mayor porcentaje de mejoría clínica y de cura parasitológica a favor del Tinidazol con un seguimiento de 3 a 21 días con un RR de 3.81 (IC 95% 1.83 – 7.90) y un RR de 3.24 (IC 95% 1.66 – 6.32) respectivamente(150). El porcentaje de cualquier efecto adverso secundario a la terapia fué más frecuente con Metronidazol que con Tinidazol con un RR 1,65 (IC 95% 1.35 – 2.02).

⊕ ⊕ ○ ○

Recomendaciones similares a las reportadas en este apartado, son hechas en la guía de práctica clínica de la IUSTI Europea de actualización reciente(148).

⊕ ○ ○ ○

5.2.3 Manejo de la paciente con flujo vaginal por (sospecha) *Candida albicans*

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. *Recomendación fuerte a favor.*



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.

Se evaluó una revisión sistemática de la literatura (puntaje AMSTAR 9) que incluyó 19 ensayos clínicos controlados para un total de 2579 pacientes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la terapia oral y vaginal con respecto a la frecuencia de cura microbiológica o mejoría clínica, RR de 1.16 (IC 95% 0.99 – 1.37) y RR de 1.03 (IC 95% 0.88 – 1.21) respectivamente. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la terapia con dosis única oral y la terapia intravaginal de 7 ó 3 días en términos de cura microbiológica RR 1.05 (IC 95% 0.90 – 1.17) y RR 1.00 (IC 95% 0.93 – 1.09). La dosis única oral no fue más o menos efectiva que la dosis única intravaginal en términos de alcanzar la cura microbiológica o la mejoría clínica, RR 1.21 (IC 95% 0.92 – 1.59) y RR de 0.95 (IC 95% 0.79 – 1.15). El fluconazol fue tan efectivo como el clotrimazol en lograr la mejoría clínica RR 1.03 (IC 95% 0.96 – 1.11)(151).

⊕ ⊕ ○ ○

Solo dos ensayos clínicos de los 19 incluidos en esta revisión sistemática reportaron abandono de la terapia debido a la presencia de una reacción adversa al tratamiento, lo que correspondió a un caso para cada estudio (no especificado). Los autores de la revisión manifiestan que no es posible concluir sobre la seguridad en el tratamiento con la terapia oral o vaginal para la candidiasis no complicada.

⊕ ○ ○ ○

⊕ ○ ○ ○

Recomendaciones similares a las reportadas en este apartado, son hechas en la guía de práctica clínica de la IUSTI Europea de actualización reciente(148).

5.3 Tratamiento de Flujo vaginal para pacientes en embarazo o en lactancia

5.3.1 Manejo Sindrómico de Flujo vaginal en pacientes en embarazo o en lactancia

RECOMENDACIÓN 87. Para el manejo sindrómico de la paciente embarazada o en lactancia con flujo vaginal se utilizará Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 7 días. Si se sospecha infección concomitante de *Candida albicans* sea añadirá Clotrimazol 100 mg una tableta vaginal por día durante 7 días. *Recomendación fuerte a favor.*

5.3.2 Manejo de Pacientes en embarazo o en lactancia con flujo vaginal por (sospecha) Vaginosis bacteriana

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 que éste se encontrara contraindicado se utilizará como segunda opción Clindamicina 300 mg cada 12 horas vía oral por 7 días. *Recomendación fuerte a favor*

Se encontró una Revisión sistemática de la literatura (Amstar: 8/11) que incluyó 15 ensayos clínicos controlados y un total de 5888 participantes. La terapia antibiótica (Amoxicilina o Clindamicina o Metronidazol) fue efectiva para erradicar la vaginosis bacteriana en mujeres embarazadas OR: 0.17 (IC 95% 0.15 - 0.20). El tratamiento no reduce el riesgo de parto pre término menor a 37 semanas OR 0.91 (IC 95%: 0.78 - 1.06), ruptura prematura de membranas antes del trabajo de parto OR 0.88 (IC 95%: 0.61 - 1.28), a su vez, no reduce el riesgo de infección puerperal OR 0.67 (IC 95%: 0.39, 1.17) ni bajo peso al nacer OR 0.95 (IC 95% 0.77 – 1.17) o sepsis neonatal OR 1.4 (0.45 - 4.36). El estudio muestra que los antibióticos orales son efectivos para reducir la falla terapéutica OR 0.15 (IC 95% 0.13- 0.17) al igual la Clindamicina vaginal OR 0.27 (IC 95% 0,21 – 0,35). El tratamiento temprano, antes de las 20 semanas tienen un efecto beneficio en reducir el riesgo de parto pre término antes de las 37 semanas OR: 0.72 (IC 95% 0.55 – 0.95) y en Bajo peso al nacer OR 0.31 (IC 95% 0.13- 0.57)(152). Un meta-análisis publicado posteriormente a dicha revisión sistemática muestra resultados similares(153).

⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ○

El estudio no encontró diferencia en el porcentaje de eventos adversos serios que obliguen a interrumpir el embarazo o eventos adversos no serios.

5.3.3 Manejo de Pacientes en embarazo o en lactancia con flujo vaginal por (sospecha) *Trichomona vaginalis*

RECOMENDACIÓN 89. Para el tratamiento en pacientes en embarazo o en lactancia con Síndrome de flujo vaginal asociado a *Trichomona vaginalis* se utilizará como primera opción Metronidazol 2 gramos vía oral dosis única. *Recomendación fuerte a favor.*

RECOMENDACIÓN 90: Para el tratamiento en pacientes en embarazo o en lactancia con Síndrome de flujo vaginal asociado a *Trichomona vaginalis* y no disponer de Metronidazol o que éste se encontrara contraindicado, se utilizará como segunda opción Tinidazol 2 gramos vía oral dosis única. *Recomendación débil a favor.*



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.

Se evaluó una Revisión sistemática de la literatura (puntaje AMSTAR 10) con un total de 842 pacientes, incluyó 2 ensayos clínicos controlados, uno de los cuales fue realizado en un país en vía de desarrollo con mujeres sintomáticas y asintomáticas. Se comparó tratamiento versus no tratamiento y demostró una menor persistencia de la infección en el grupo tratado con un RR de 0.11 (IC 95% 0.08 – 0.17)(154). Por otro lado, se encontró otra revisión sistemática de la literatura (puntaje AMSTAR 6) que incluyó 5 estudios observacionales (cuatro estudios de cohorte y un estudio de casos y controles) para un total de 199.451 gestaciones, que comparó el riesgo de malformaciones congénitas en las gestaciones expuestas a Metronidazol durante el primer trimestre. Se demostró que el tratamiento con Metronidazol no incrementa la frecuencia de cualquier malformación congénita diagnosticada al momento del nacimiento OR 1.08 (IC 95% 0.90 – 1.29) (155).

⊕ ○ ○ ○

⊕ ○ ○ ○

La exposición al Metronidazol durante el primer trimestre de gestación, no incrementa la frecuencia de cualquier malformación congénita diagnosticada al momento del nacimiento OR 1.08 (IC 95% 0.90 – 1.29). No existen estudios que evalúen la seguridad del uso del Tinidazol durante la gestación(5).

⊕ ○ ○ ○

5.3.4 Manejo de Pacientes en embarazo o en lactancia con flujo vaginal por (sospecha) *Candida albicans*

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 que éste se encontrará contraindicado, se utilizará como segunda opción Terconazol 0.4% crema 5 gramos intravaginal por 7 días. *Recomendación fuerte a favor.*

Se evaluó una revisión sistemática de la literatura (puntaje AMSTAR 9) que incluyó 10 ensayos clínicos controlados para un total 830 pacientes. Se demostró que el clotrimazol, el terconazol y el miconazol fueron más efectivos que la nistatina en prevenir la infección vaginal persistente con un RR de 0.32 (IC 95% 0.25 – 0.41). Así mismo el clotrimazol fue más efectivo que el placebo en erradicar la infección con un RR de 0.2 (IC 95% 0.09 – 0.45); dos ensayos clínicos controlados incluidos en esta revisión, con un total de 81 gestantes demostraron que la terapia por cuatro días se asoció a una mayor persistencia de la infección comparada con siete días de tratamiento RR 20.48 (IC 95% 2.89 – 145.19), pero que siete días de tratamiento no fue más o menos efectivo que catorce días de terapia de RR 0.54 (IC 95% 0.29 – 1.01). El terconazol fue tan efectivo como el clotrimazol RR de 1.33 (IC 95% 0.34 – 5.16)(156).

⊕ ⊕ ○ ○

5.4 Complicaciones que presenta la paciente embarazada o en lactancia con síndrome de flujo vaginal

5.4.1 Vaginosis bacteriana

En las pacientes embarazadas, las complicaciones asociadas a la vaginosis bacteriana que se han descrito son(5, 45): parto pretérmino, corio-amnionitis, endometritis y ruptura prematura de membranas.

Sin embargo, existe evidencia contradictoria sobre el verdadero beneficio de tratar a las pacientes embarazadas con vaginosis bacteriana con respecto a los desenlaces mencionados anteriormente. Según lo reportado en la literatura(5), el único beneficio que se ha podido establecer es el alivio de signos y síntomas relacionados con la

infección. Adicionalmente se ha demostrado el beneficio de tratar a las pacientes gestantes con vaginosis que tienen un antecedente de parto pretérmino. En este caso, el tratamiento disminuiría el riesgo de parto pretérmino, bajo peso al nacer y ruptura prematura de membranas(45).

Otras complicaciones pueden derivarse del tratamiento instaurado. Si bien el Metronidazol y la Clindamicina no están contraindicados durante la gestación (45), es conocido que la administración de Clindamicina luego de la semana 20 del embarazo, está asociada con desenlaces negativos para el neonato como son bajo peso al nacer e infecciones neonatales(5, 45).

5.4.2 *Trichomona vaginalis*

La infección por *Trichomona Vaginalis* ha sido asociada con resultado perinatal adverso particularmente con la presencia de ruptura prematura de membranas, parto pretérmino (OR 1.3; 95% CI 1.1 a 1.4), bajo peso al nacer (OR 1.3; 95% CI 1.1 a 1.5)(157) e infección neonatal(158); aun así, el tratamiento de la infección durante la gestación no ha demostrado reducir la morbilidad perinatal (5). Pese a que algunos ensayos sugieren un incremento en el riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer posterior al tratamiento con Metronidazol, limitaciones metodológicas serias en estos estudios no permiten emitir conclusiones sólidas al respecto(5). Puesto que la *Trichomona Vaginalis* es una enfermedad de transmisión sexual con síntomas molestos y asociada a resultados adversos, incluyendo facilitar la transmisión por VIH, sería prudente tratar las mujeres con infección durante la gestación. Los clínicos deben aconsejar a sus pacientes con respecto a los riesgos y beneficios de la terapia(154).

5.4.3 *Candida albicans*

La candida suele habitar en áreas tibias del cuerpo como la boca, la vagina, el periné y la ingle. Su presencia habitualmente es inofensiva y asintomática y no existe evidencia que sugiera que la infección deba ser tratada en mujeres asintomáticas. Pese a la disponibilidad de tratamientos de dosis única, su seguridad y efectividad durante la gestación no ha sido demostrada y aquellos estudios que han comprobado la efectividad de la terapia, han demostrado la necesidad de ciclos largos de tratamiento (7días) sin que cursos de tratamiento de mayor duración demuestren una mayor efectividad(156). Un estudio clínico evaluó las posibles repercusiones del aislamiento de candida en la piel y sus consecuencias sobre la salud del neonato, sin que la importancia de esta contaminación sea en la actualidad completamente entendida(156). La candidiasis vulvovaginal durante la gestación, no ha demostrado ser dañina para el feto(159).

5.5 Tratamiento de la pareja de pacientes con síndrome de flujo vaginal

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. *Recomendación fuerte a favor*

RECOMENDACIÓN 94. No se recomienda el tratamiento del compañero sexual de la paciente con candidiasis vaginal. *Recomendación fuerte en contra.*

RECOMENDACIÓN 95. No se recomienda el tratamiento del compañero sexual de la paciente con vaginosis bacteriana. *Recomendación fuerte en contra.*

RECOMENDACIÓN 96. En pacientes con flujo vaginal por *Trichomonas vaginalis* se recomienda el tratamiento expedito de los contactos sexuales de los últimos 60 días. Se

recomienda programar 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 más adecuado para el caso en particular que se maneja. *Recomendación débil 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(o). *Recomendación fuerte a favor*

RECOMENDACIÓN 98. Se recomienda a la pareja asistir a la consulta de consejería contra las enfermedades de transmisión sexual.

Se evaluó una Revisión sistemática de la literatura (puntaje AMSTAR 11) que incluyó 5 ensayos clínicos controlados con una población de 5.834 pacientes con diagnóstico de cualquier enfermedad de transmisión sexual. La revisión sistemática comparó diferentes estrategias de notificación del compañero sexual teniendo como resultado la persistencia o la recurrencia de la infección en el caso índice y se encontró que enviar con la paciente el tratamiento para su compañero sexual, disminuyó de forma significativa la persistencia o recurrencia de la infección en ella RR de 0.73 (IC 95% 0.57 – 0.93) (52).

No se encontraron revisiones sistemáticas que evaluaran la efectividad del tratamiento del compañero sexual de la paciente con infección por *Trichomona vaginalis* o Candidiasis vaginal.

Se encontró un ensayo clínico controlado que comparó el tratamiento con Itraconazol versus no tratamiento en el compañero sexual de la paciente con candidiasis, que incluyó un total de 39 pacientes(160). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en términos de cura microbiológica en el caso índice a los 7 días, RR de 1.40 (IC 95% 0.36 – 5.46), a los 30 días, RR de 2.26 (IC 95% 0.22 – 22.55) ni tampoco en términos de mejoría clínica de 7 a 30 días, RR de 1.95 (IC 95% 0.61 – 6.13). También se encontró un ensayo clínico controlado para el tratamiento del compañero sexual de la paciente con *Trichomonas vaginalis* que comparó la administración de Tinidazol frente al placebo. Se demostró que el Tinidazol fue más efectivo en reducir la persistencia o recurrencia de la infección en el caso índice a los 30 días con un RR de 4.66 (IC 95% 1.41 – 15.39)(161).

5.6 Tratamiento de la paciente con síndrome de flujo vaginal recurrente o persistente

5.6.1 Manejo de la paciente con flujo vaginal recurrente o persistente por (sospecha) Vaginosis Bacteriana

RECOMENDACIÓN 99: Para profilaxis de Vaginosis bacteriana recurrente o persistente se utilizará Metronidazol óvulos vaginales 2 veces por semana por 4 meses. *Recomendación débil a favor*

Un solo ensayo clínico controlado multicentrico evaluó en 112 pacientes la eficacia del Metronidazol gel vaginal frente placebo en pacientes con vaginosis bacteriana recurrente, mostrando reducción en el riesgo de 53% al finalizar el tratamiento y a los 3 meses pos tratamiento del 32%(162).

5.6.2 Manejo de la paciente con flujo vaginal recurrente o persistente por (sospecha) *Candida albicans*

RECOMENDACIÓN 100. Para el tratamiento de Candidiasis vaginal recurrente o persistente se utilizará Clotrimazol crema 1 gramo una vez al mes por 6 meses. *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 *Recomendación fuerte a favor.*

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.



Un ensayo clínico que incluyó 42 pacientes, evaluó la efectividad de la terapia profiláctica de mantenimiento comparada con placebo; no se demostró que la terapia profiláctica fuera más o menos efectiva que el placebo, en reducir el número de episodios de vaginitis por *Candida*, RR de 1.25 (IC 95% 0.67 – 2.32). Otro ensayo clínico con 44 pacientes incluidas, evaluó la efectividad de la terapia profiláctica intermitente dos veces por semana comparada con placebo encontrándose que la terapia profiláctica no fue más o menos efectiva que el placebo en reducir el número de episodios de vaginitis por *candida*, RR de 4.28 (IC 95% 0.55 – 33.37) (160)

Un ensayo clínico evaluó la efectividad de la terapia intermitente mensual post menstrual comparada con placebo en 62 pacientes y encontró una menor frecuencia acumulada de candidiasis vaginal durante los 6 meses de duración de la terapia (profilaxis 30,3% versus placebo 79,35%, $p < 0.001$).



Otro ensayo clínico con un total de 46 pacientes incluidas, evaluó la efectividad de la terapia profiláctica mensual más el tratamiento de episodios sintomáticos frente a la auto administración del tratamiento durante los episodios sintomáticos; durante los 6 meses de la terapia, ocurrieron mas episodios por paciente en el grupo de terapia auto administrada (3.8 versus 2.2 episodios por paciente, $p = 0,005$). Pese a que la terapia profiláctica disminuyó el número de episodios sintomáticos, la auto administración del tratamiento por parte de la paciente fue la estrategia más costo efectiva y preferida por la mayoría de las mujeres con vaginitis recurrente por *Candida*. Ambos ensayos clínicos utilizaron el clotrimazol de 500mg en presentación de óvulo o tableta vaginal como terapia.

5.7 Seguimiento de pacientes con flujo vaginal

5.7.1 Seguimiento de pacientes con flujo vaginal por (sospecha) Vaginosis bacteriana

No es necesario realizar seguimiento de rutina a las pacientes con vaginosis bacteriana, a menos que presenten recurrencia de la sintomatología o que se trate de pacientes embarazadas(5, 45).

Las pacientes tratadas por vaginosis bacteriana deben ser informadas de la necesidad de volver a consultar en caso de que los síntomas vuelvan a presentarse. En caso de recaída, la paciente deberá ser manejada como persistencia o recurrencia según lo indicado en el apartado correspondiente de la presente guía.

5.7.2 Seguimiento de pacientes con flujo vaginal por (sospecha) *Trichomona vaginalis*

RECOMENDACIÓN 103. Instruir a las pacientes con flujo vaginal asociado a *Trichomona vaginalis* de regresar a una visita de seguimiento si los síntomas persisten. Nivel de Evidencia Muy bajo. *Recomendación fuerte a favor.*

La vaginitis por *Trichomona* resistente al Metronidazol es un problema emergente cuya incidencia aún, no ha sido establecida (163). Sin embargo, la infección recurrente por *Trichomona Vaginalis* suele ser explicada por la re-infección a partir de una pareja sexual no tratada o bien en menor medida, por una recaída; de tratarse en efecto, de un episodio de recaída, en la mayoría de los casos esta suele ser consecuencia de una terapia inadecuada y rara vez como resultado de la resistencia a la terapia (163).

Así pues, ante la sospecha de resistencia a la terapia, administrar una mayor dosis de Metronidazol o Tinidazol; es decir, Metronidazol 500mg vía oral dos veces al día por 7 días ó bien, Tinidazol 500mg vía oral cada 6 horas por 7 días. Se debe tener en cuenta por supuesto, el uso del preservativo durante la fase de tratamiento al tiempo que se garantiza el tratamiento adecuado de la pareja sexual. El importante mencionar, que el Tinidazol tendría ventajas potenciales sobre el Metronidazol al poseer una mayor potencia *in vitro* y un mayor tiempo de vida media con una menor frecuencia de efectos adversos(164).

5.7.3 Seguimiento de pacientes con flujo vaginal por (sospecha) *Candida albicans*

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 en caso de presentar un episodio de recurrencia en los 2 primeros meses posteriores al inicio de los síntomas. Nivel de evidencia muy bajo. *Recomendación fuerte a favor.*

Se considera candidiasis vulvovaginal recurrente a la presencia de cuatro o más episodios en un periodo de 12 meses (45). La resistencia de la *Cándida albicans* al fluconazol, suele ser poco frecuente, con un prevalencia estimada hasta del 13% al interior de algunas poblaciones(165); sin embargo, estudios epidemiológicos recientes indican que las especies de *Cándida* no *albicans* suele encontrarse en el 10 al 20% de las pacientes con candidiasis vulvovaginal recurrente y es bien conocido que la terapia anti fúngica convencional no es efectiva contra estas especies (45); es por ello que el aislamiento y la identificación de la especie respectiva debe ser la regla en las pacientes con candidiasis vulvovaginal recurrente o persistente, con el ánimo de otorgar una terapia dirigida (45).

6. SÍNDROME DE INFLAMACIÓN ESCROTAL

6.1 Manifestaciones del Síndrome de Inflamación Escrotal

El síndrome de inflamación escrotal incluye las manifestaciones de la epididimitis, patología que se caracteriza por tumefacción y/o dolor testicular unilateral, con o sin descarga uretral y aumento de la temperatura local; estos pacientes pueden presentar eritema y edema en el escroto(78). Entre los agentes etiológicos más frecuentemente asociados a este cuadro clínico se encuentran la *C.trachomatis*, la *N.gonorrhoeae* y las enterobacterias, específicamente las coliformes. Sin embargo en hombres con edades entre 14 – 35 años los más frecuentes son los dos primeros (166) .

6.2 Tratamiento de Síndrome inflamación escrotal

6.2.1 Manejo Sindrómico del Síndrome de Inflamación Escrotal

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 Levofloxacin 500 mg cada 24 horas por 10 días. *Recomendación débil a favor.*

6.2.2 Manejo del paciente con síndrome de inflamación escrotal por (sospecha) *Chlamydia trachomatis*

RECOMENDACIÓN 106. Para el tratamiento del síndrome inflamación escrotal producido por *Chlamydia trachomatis* se utilizará Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 10 día. *Recomendación débil a favor*

6.2.3 Manejo del paciente con síndrome de inflamación escrotal por (sospecha) *Neisseria gonorrhoeae*

RECOMENDACIÓN 107: Para el tratamiento del síndrome inflamación escrotal en el que se sospecha que es causado 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. *Recomendación débil a favor*

Por evidencia indirecta con otros estudios que analizan el uso de Ceftriaxona comparado con otros antibióticos frente a *Neisseria gonorrhoeae* en síndromes similares se encontró efectivo el uso de Ceftriaxona. En el ECA (85) se evaluó la cura microbiológica de pacientes con signos y síntomas de uretritis por *N. gonorrhoeae*. Fueron asignados a uno de tres grupos de tratamiento: Ciprofloxacina 500 mg vía oral dosis única, Ceftriaxona 500 mg IV dosis única o Espectinomicina 2 gramos IM dosis única. El porcentaje de mejoría clínica reportado fue del 90% en el grupo Ceftriaxona, 80% en el grupo de Ciprofloxacina y 94% en el grupo Espectinomicina los cuales no cuentan con análisis estadístico posterior.

⊕ ○ ○ ○ ○

6.2.4 Manejo del paciente con síndrome de inflamación escrotal por (sospecha) Gérmenes entéricos

RECOMENDACIÓN 108. Para el tratamiento del síndrome de inflamación escrotal producido por gérmenes entéricos se utilizará Levofloxacin 500 mg cada 24 horas por 10 días. *Recomendación débil a favor*

Se debe anotar que una evolución tórpida del cuadro clínico, a pesar de un tratamiento adecuado debe llevar al clínico a recurrir a diagnósticos diferenciales que cursan con signos y síntomas similares; tal es el caso de la torsión testicular la cual es una emergencia quirúrgica (167).

La evidencia para desarrollar recomendaciones es insuficiente, por lo tanto se acogieron las recomendaciones de la Guía de Infecciones de Transmisión Sexual de la Agencia de Salud Canadiense y de la Guía del CDC de Atlanta. Lo anterior fue sometido a un consenso de expertos temáticos

⊕ ○ ○ ○ ○

6.3 Complicaciones del Síndrome de Inflamación Escrotal

Se considera que la epididimitis es una complicación de la infección por *C.trachomatis*, sin embargo este cuadro no siempre está precedido por síntomas como disuria o descarga uretral, en algunos casos solo se ha demostrado un leve aumento de la presencia de polimorfonucleares en la secreción uretral(168).

Lo anterior apoya la recomendación relacionada con el aumento de diagnóstico etiológico en pacientes sintomáticos y asintomáticos en poblaciones de alto riesgo.

Aunque esta infección se asocia con otras complicaciones como dolor crónico e infertilidad, la incidencia de estas patología es muy baja y por lo tanto se considera es más relevante la epididimitis siendo la más frecuentemente encontrada en pacientes con esta infección(168).

6.4 Seguimiento de pacientes con Síndrome de Inflamación Escrotal

RECOMENDACIÓN 109: Se recomienda realizar un control clínico a las 2 semanas de inicio del tratamiento a los pacientes con síndrome de inflamación escrotal. *Recomendación débil a favor*

De acuerdo con los estudios consultados para el desarrollo de las recomendaciones de esta Guía de Práctica Clínica, en pacientes con infección no complicada por *C.trachomatis* se ha evaluado un seguimiento de 3 semanas y 7 días en promedio(81). Sin embargo, otros estudios recomiendan que 5 días post-tratamiento es un periodo de tiempo adecuado para realizar evaluación del éxito del mismo (85). De acuerdo con el consenso de expertos, se recomienda realizar seguimiento a las dos semanas del tratamiento.

⊕ ○ ○ ○ ○

6.5 Tratamiento de la pareja del paciente con Síndrome de Inflamación Escrotal

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 Levofloxacin 500 mg una vez al día por 10 días. *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) ser tratada(s). *Recomendación fuerte 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. *Recomendación débil a favor*

7. ADAPTACIÓN GUÍA DE MANEJO DE ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (RCOG 2008)(16)

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es el resultado de la infección ascendente del endocérvix de la *C. Trachomatis*, *N. gonorrhoeae* y *Mycoplasmas* o desde la vagina a través del cérvix de microorganismos aerobios y anaerobios causando endometritis, salpingitis, parametritis, ooforitis, absceso tubo-ovárico y/o peritonitis pélvica (7, 45, 169-172).

La EPI es una causa común de morbilidad y representa una de cada 60 consultas de medicina general en mujeres menores de 45 años(173). El inicio tardío –así sea de unos pocos días- de un tratamiento adecuado incrementa de forma importante el riesgo de secuelas tales como infertilidad, embarazo ectópico, y dolor pélvico crónico(174, 175) las cuales pueden tener costos significativos en el cuidado de la salud (176).

7.1 Diagnóstico de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria

RECOMENDACIÓN 113. El diagnóstico de la enfermedad pélvica inflamatoria se hace con un bajo umbral de sospecha, con el objetivo de iniciar el tratamiento lo mas temprano posible y reducir el riesgo de secuelas. *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 y 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%. *Recomendación fuerte a favor.*

Los signos y síntomas clínicos tienen una baja sensibilidad y especificidad (el valor predictivo positivo de un diagnóstico clínico es del 65% al 90% comparado con el diagnóstico laparoscópico, sin embargo la laparoscopia puede tener una baja sensibilidad)(34, 177-179). La presencia de gran cantidad de leucocitos en un frotis vaginal está asociada con EPI(180, 181) pero este hallazgo también puede estar presente en mujeres con infección aislada del tracto genital inferior.

⊕ ⊕ ○ ○

La presencia de leucocitosis y de velocidad de sedimentación globular o proteína C reactiva elevadas puede ser útil en el diagnóstico de EPI y puede ser útil para medir la severidad (182) pero son hallazgos no específicos. No hay evidencia suficiente que soporte la realización de biopsia endometrial como una prueba diagnóstica de rutina (183, 184).

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. *Recomendación débil en contra*

La laparoscopia permite tomar muestras de las trompas uterinas y el fondo de saco de Douglas lo que puede brindar información sobre la severidad de la condición(169, 185). Aunque ha sido considerada el patrón de oro en muchos estudios, el 15 a 30% de casos sospechosos pueden no tener evidencia laparoscópica de la infección aguda a pesar de que los agentes infecciosos sean aislados a partir de las trompas uterinas (169, 177, 178). Cuando el diagnóstico es dudoso, la laparoscopia puede ser útil para descartar otras patologías(169, 178).

⊕ ⊕ ○ ○

La ecografía transvaginal no ha mostrado gran utilidad en el diagnostico de la EPI(34), Su mayor exactitud se encuentra en el diagnostico del absceso tubo-ovárico(186). Puede ser útil para diferenciar la EPI de apendicitis aguda en una minoría de casos pero no hay suficiente evidencia para soportar su uso rutinario(187, 188). La tomografía computarizada y la resonancia

magnética(189-191) puede ser útil en el diagnóstico pero la evidencia que soporta su uso es limitada.

El diagnóstico diferencial de dolor abdominal bajo -y por lo tanto de EPI-, en mujeres jóvenes incluye:

- Embarazo ectópico
- Apendicitis aguda
- Endometriosis
- Síndrome de colon irritable (y con menos frecuencia patologías gastrointestinales)
- Complicaciones asociadas a la presencia de quistes ováricos tales como ruptura o torsión.
- Infección de vías urinarias
- Dolor funcional (dolor de origen físico desconocido)(34)

7.2 Tratamiento de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria

7.2.1 Clasificación de la EPI

Con base en los hallazgos clínicos, la EPI se clasifica así(192):

GRADO I: No complicada, sin masa (salpingitis, limitada a trompas y ovarios). Con o sin signos de irritación peritoneal.

GRADO II: Complicada (masa o absceso involucrando trompas y/o ovarios). Con o sin signos de irritación peritoneal.

GRADO III SEVERA: Diseminada a estructuras extrapélvicas (absceso tubo-ovárico roto o pelviperitonitis) o con respuesta sistémica severa.

7.2.2 Tratamiento ambulatorio de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria

RECOMENDACIÓN 116. Se recomienda dar tratamiento empírico de la EPI ante la presencia de mínimos signos y/o síntomas sugestivos de EPI, 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. *Recomendación fuerte a favor.*

En EPI no complicada (en ausencia de absceso tubo-ovárico) no hay diferencia de resultados entre el manejo ambulatorio y el manejo intrahospitalario(193). Se requiere una terapia antibiótica de amplio espectro para cubrir *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* e infección por anaerobios. Es probable que el tratamiento tardío, especialmente en infecciones por Chlamydia, incremente la severidad de la condición y el riesgo de secuelas a largo plazo tales como embarazo ectópico, infertilidad y dolor pélvico crónico(174, 175).



RECOMENDACIÓN 117. Se debe obtener información sobre el tratamiento farmacológico actual.



RECOMENDACIÓN 118. Se deben tener en cuenta las interacciones entre tratamientos antibióticos y anticonceptivos hormonales u otros medicamentos, en el manejo de la EPI (194).

RECOMENDACIÓN 119. El tratamiento antibiótico ambulatorio debe basarse en el siguiente esquema: *Recomendación fuerte a favor*

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 (195-201).

RECOMENDACIÓN 120. En caso de alergia a las cefalosporinas o de no poderse asegurar la administración o la adherencia al manejo ambulatorio propuesto, se recomienda el manejo intrahospitalario. *Recomendación fuerte a favor*

Se requiere utilizar una terapia antibiótica de amplio espectro para cubrir *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* e infección por anaerobios(5, 169, 202). Las quinolonas deben evitarse como tratamiento de primera línea en el tratamiento de EPI debido al incremento de la resistencia a esta familia de antibióticos en Colombia(203, 204).

El Metronidazol puede ser discontinuado en aquellas mujeres con EPI leve o moderada que no puedan tolerarlo pues su uso proporciona una eficacia adicional incierta en este grupo de pacientes.

⊕ ⊕ ⊕ ○

Aunque la combinación de Doxiciclina oral y Metronidazol (sin Ceftriaxona) ha sido utilizada para el manejo de EPI, no hay ensayos clínicos que evalúen adecuadamente su efectividad, por lo tanto su uso no está recomendado(196, 205, 206).

La información que soporta el uso de Azitromicina como monoterapia para EPI es limitada, por lo tanto, su uso sin Ceftriaxona no está recomendado.

En la actualidad no se dispone de ensayos clínicos controlados que soporten el uso de cefalosporinas orales (más que parenterales) como parte de los esquemas de tratamiento. Los niveles tisulares de los antibióticos son probablemente más bajos con la administración oral.

En los últimos cinco años se han publicado 3 ensayos clínicos en los que se han estudiado otras alternativas farmacológicas para el manejo ambulatorio de la EPI. En el primero de ellos se comparó Moxifloxacina con el esquema Ofloxacina-Metronidazol para el manejo de EPI no complicada. Para este esquema no se encontraron diferencias de efectividad medida como mejoría clínica entre los grupos comparados (RR: 0.92, IC95%: 0.85-0.99). Así mismo, los eventos adversos fueron similares en ambos grupos (RR: 0.73, IC95%: 0.53-1). En el segundo estudio se comparó la monoterapia de Moxifloxacina con el esquema Levofloxacina-Metronidazol para el tratamiento de EPI no complicada en 460 mujeres asiáticas. No hubo diferencias significativas en mejoría clínica durante los primeros 14 días entre los dos esquemas antibióticos (RR: 0.95, IC95%: 0.9-1) ni durante el primer mes de seguimiento (RR: 1 IC95%: 0.89-1.11). La tasa de cura microbiológica fue de 90% y 84.6% respectivamente (IC95%: -12.7-20.3). En el grupo de pacientes sometidas a Moxifloxacina, fueron adicionados 250mg de Ceftriaxona intramuscular para aquellas en las que se detectó *Neisseria* por PCR. Solo se identificaron agentes microbiológicos causantes de la EPI, en el 18% de las pacientes expuestas a Moxifloxacina y 15% de las pacientes con el régimen de Levofloxacina-Metronidazol. Los efectos adversos fueron similares en los dos grupos (RR: 0.8, IC95%: 0.6-1.2). En el tercer estudio se comparó la monoterapia con Moxifloxacina y la terapia triconjugada Doxiciclina-Metronidazol-Ciprofloxacina. El éxito clínico (dado por cura o mejoría clínica) durante las primeras 3 a 5 semanas no tuvo diferencias significativas entre los dos esquemas (RR: 1, IC95%: 0.9-1.1). La cura microbiológica fue de 92.5% y 88.2% a las dos semanas, respectivamente. Los efectos adversos presentaron diferencias estadísticamente significativas con un RR de 0.6 (IC95%: 0.5-0.8) favoreciendo el uso de Moxifloxacina para disminuir la frecuencia de eventos adversos gastrointestinales.

⊕ ⊕ ⊕ ○

Los anteriores estudios evidencian que la Moxifloxacina no resulta ser más efectiva que otros tratamientos en el manejo ambulatorio de la EPI. Además, aunque genera menos efectos secundarios que algunos esquemas antibióticos y tiene una frecuencia de administración baja (400mg diarios por 14 días), no se recomienda utilizar la Moxifloxacina ni la Ofloxacina como tratamiento de elección para la EPI dada la creciente resistencia de la *Neisseria gonorrhoeae* a las quinolonas.



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. Recomendación débil a favor.

Los profesionales de la salud deben considerar los siguientes aspectos cuando brinden información a los pacientes:

- Una explicación sobre el tratamiento brindado y sus posibles efectos secundarios.
- Luego del tratamiento la fertilidad suele mantenerse pero hay un riesgo de futura infertilidad, dolor pélvico crónico y embarazo ectópico.
- Los episodios repetidos de EPI están asociados a un incremento exponencial del riesgo de infertilidad.
- El uso posterior de métodos de anticoncepción de barrera reduciría el riesgo de EPI (condón masculino, condón femenino y diafragma).
- Es necesario el tratamiento del (de los) contacto(s) sexual(es) con el fin de prevenir la reinfección de la paciente con EPI.
- Una EPI severa clínicamente, está asociada con mayor riesgo de secuelas.
- Un tratamiento temprano disminuye el riesgo de futuros problemas de fertilidad.

7.2.3 Tratamiento hospitalario para la paciente con Enfermedad Pélvica Inflamatoria y cuándo está recomendado

El manejo hospitalario está recomendado en los siguientes casos(5, 7, 202):

- Cuando una urgencia quirúrgica no puede ser excluida
- Enfermedad clínicamente severa
- Compromiso del hemiabdomen superior
- Absceso tubo-ovárico
- EPI en embarazo
- Falta de respuesta a la terapia oral
- Intolerancia a la terapia oral
- No disponibilidad del esquema terapéutico recomendado

RECOMENDACIÓN 122. El tratamiento hospitalario debe basarse en terapia endovenosa, que debe ser continuada hasta 24 horas después que la paciente experimente mejoría clínica. Posteriormente se continuará con terapia oral. Recomendación fuerte a favor

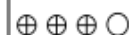
RECOMENDACIÓN 123. Para el manejo intrahospitalario de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria intrahospitalaria se utilizará como primera opción Clindamicina 600 mg Intravenosa cada 6 horas más Gentamicina intravenosa con una dosis de carga de 2mg/Kg peso seguido de una única dosis diaria de 7mg/Kg peso. Posteriormente continuar con Clindamicina 300 mg vía oral cada 6 horas hasta completar 14 días(198, 199). 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 por 14 días, más Metronidazol por vía oral 400 mg dos veces al día por 14 días. (5, 195, 196, 198, 199, 202) *Recomendación fuerte a favor.*

RECOMENDACIÓN 125. Si se utiliza Gentamicina parenteral, debe ser monitorizada la función renal. *Recomendación fuerte a favor.*

RECOMENDACIÓN 126. No se recomienda administrar la gentamicina en más de una dosis diaria por mayor riesgo de nefrotoxicidad. *Recomendación fuerte en contra.*

La elección del tratamiento antibiótico apropiado será determinada por los patrones de sensibilidad antimicrobiana local, evidencia robusta sobre la epidemiología local de infecciones específicas, costos, preferencias de las pacientes y severidad de la enfermedad.



La evidencia sobre la eficacia del tratamiento antibiótico para prevenir complicaciones de la EPI a largo plazo es actualmente limitada.

7.2.4 Tratamiento en el embarazo y en mujeres jóvenes

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. *Recomendación débil a favor*

La EPI es rara en mujeres con embarazo intrauterino excepto en los casos de aborto séptico el cual esta por fuera del alcance de esta guía. Los agentes etiológicos asociados al aborto séptico no suelen ser patógenos transmitidos sexualmente. Sin embargo, una paciente puede cursar con cervicitis durante el embarazo la cual está asociada a un incremento en la morbilidad materno-fetal. Los esquemas de tratamiento a utilizar dependerán de los agentes etiológicos aislados. (ver manejo de la cervicitis en el embarazo)

En todas las mujeres en las que se sospeche una EPI, debe ser realizada una prueba de embarazo con el fin de descartar un embarazo ectópico. Cuando se considere que exista un alto riesgo de embarazo ectópico, se remitirá la paciente al segundo o tercer nivel de atención. En estas instituciones se hará la prueba cuantitativa de embarazo (Gonadotropina coriónica fracción B cuantitativa-B-HCG), la cual debe ser repetida cada 48 a 72 horas para determinar la tasa de crecimiento de los títulos. En el embarazo normal se espera que los niveles séricos de B-HCG se aumenten un 50% cada 48 a 72 horas. En títulos mayores 1500 MU estará indicada una ecografía pélvica transvaginal para confirmar la presencia de saco gestacional intrauterino



El riesgo de administrar alguno de los esquemas antibióticos recomendados, en estadios muy tempranos de la gestación (antes de que una prueba de embarazo sea positiva) es bajo ya que la toxicidad significativa asociada al medicamento genera falla en la implantación (UK National Teratology Information Service).

Los medicamentos con toxicidad conocida en el embarazo, tales como las tetraciclinas, deben ser evitados. Un esquema antibiótico que combine Cefotaxime, Azitromicina y Metronidazol por 14 días puede ser utilizado. Los riesgos asociados con el uso de Metronidazol son inciertos pero no se han reportado asociaciones con desenlaces adversos para dicho medicamento (Ver información en capítulo de manejo de la mujer gestante con flujo vaginal).

Hasta donde sea posible, la Ofloxacina debe ser evitada en mujeres jóvenes en las que su desarrollo óseo aún se encuentra en curso. Esta recomendación está basada en información proveniente de estudios en animales, sin embargo, no se han reportado problemas en seres humanos, por lo tanto se recomendaría el uso de Ofloxacina en mujeres jóvenes cuando las opciones de tratamiento sean limitadas. La Doxiciclina puede ser utilizada en forma segura, en mayores de 12 años.

⊕ ○ ○ ○

7.2.5 Tratamiento de la EPI en pacientes con dispositivo intrauterino (DIU)

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. *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. *Recomendación débil a favor.*

Es limitada la evidencia de ensayos clínicos sobre la indicación de retirar o no el DIU en mujeres que presentan EPI (207, 208). Se revisaron dos ensayos clínicos que reportan resultados contradictorios. Uno de ellos(208) reporta que el tiempo en que la velocidad de sedimentación globular llega a la mitad del valor inicial luego de iniciado el tratamiento es igual en pacientes a las que se les retira el DIU y en pacientes en los que no se les retira (medias de tiempo de 8 y 8.2 días respectivamente), sin embargo, no se reportan otros desenlaces clínicos de interés tales como mejoría o cura clínica. El segundo ensayo(207) clínico, el no retiro del DIU estuvo asociado a persistencia del dolor pélvico (RR:3.4, IC95%: 1.8-6.6), persistencia del dolor a la movilización cervical (RR: 5.6, IC 95%: 2.5-12.3) y valores más altos del recuento leucocitario (10000/mm³ vs 5600/mm³), a los 15 días de iniciado el tratamiento. Sin embargo, dicho estudio presente falencias metodológicas que podrían cuestionar los resultados reportados.

⊕ ○ ○ ○

En los últimos cinco años no se han reportado nuevos estudios con un nivel de evidencia alto que oriente hacia el retiro o no del DIU en pacientes con EPI.

En conclusión, se considera que el retiro del DIU podría estar asociado con mejores resultados a corto plazo pero la decisión del retiro debe ser balanceada con el riesgo de embarazo en aquellas pacientes que hayan tenido relaciones sexuales desprotegidas en los 7 días previos. La anticoncepción hormonal de emergencia puede ser apropiada para algunas pacientes en esta situación.

⊕ ○ ○ ○

7.2.6 Otras formas de tratamiento

RECOMENDACIÓN 130. Se realizará el tratamiento quirúrgico cuando se trate de casos severos o cuando haya clara evidencia de la presencia de absceso pélvico. *Recomendación fuerte a favor.*

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.

La laparoscopia puede ser útil para la resolución temprana de la enfermedad ya que permite la liberación de adherencias y el drenaje de abscesos pélvicos(209). La aspiración de colecciones pélvicas guiada por ultrasonido es menos invasiva y puede ser igualmente efectiva (210, 211).

⊕ ○ ○ ○

7.3 Complicaciones y secuelas de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria

7.3.1 Complicaciones de la EPI

Las complicaciones asociadas con la Enfermedad Pélvica Inflamatoria incluyen el Absceso tubo-ovárico y el Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis(45)

El absceso tubo-ovárico requiere manejo intrahospitalario con terapia antibiótica y procedimientos adicionales diagnósticos y terapéuticos (ver apartado “Otras formas de tratamiento” en este capítulo)(209-211).

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es una complicación que puede estar presente hasta en un 14% de los casos de pacientes con EPI aunque su frecuencia es mayor en adolescentes (hasta un 27%)(212). Se trata de una inflamación de la cápsula hepática o perihepatitis, asociada a la infección por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* característica de la EPI. Su patogénesis se ha explicado de diferentes maneras: diseminación hematológica, linfática y respuesta inmune exagerada a la Chlamydia. Este síndrome se caracteriza por la presencia de dolor pleurítico en el cuadrante superior derecho en una paciente con síntomas de EPI además de fiebre, náuseas, vómito, entre otros. Su tratamiento está orientado a la administración de terapia antibiótica que cubra los gérmenes descritos. Si bien puede manejarse de forma ambulatoria, se debe considerar el manejo intrahospitalario en pacientes adolescentes, embarazadas, inmunosuprimidas, pacientes con síntomas severos, pacientes de difícil seguimiento o no respuesta a la terapia oral (212).

⊕ ○ ○ ○

7.3.2 Secuelas de la EPI

Las principales secuelas de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria son infertilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico(45, 174, 175, 213-220).

7.3.2.1 Infertilidad y embarazo ectópico

Un meta-análisis(214) de estudios de cohortes reportó que las pacientes con EPI tuvieron mayor riesgo de presentar embarazos ectópicos que aquellas que no la presentaron (OR: 5.7, IC95%: 2.5-13). Otro estudio de cohorte reportó que las pacientes con EPI tienen una probabilidad 10 veces mayor de ser admitidas por embarazo ectópico que aquellas que no han presentado episodios de EPI(216).

Por otra parte, se ha reportado que las pacientes que han presentado episodios de EPI tienen más riesgo de presentar posterior infertilidad. Un estudio de cohorte(218) reportó que en las pacientes con EPI el porcentaje de pacientes que no logró concebir fue de 16% versus un 2.7% en pacientes sin antecedente de EPI. Otro estudio de cohorte retrospectivo reportó que el 40% de las pacientes con antecedentes de EPI presentaban infertilidad posterior(219). Con respecto a la asociación de EPI e infertilidad, se ha encontrado que factores como el tratamiento tardío o la severidad de los síntomas aumentan más el riesgo (Cuidado tardío OR: 3, IC95%:1.27-6.11, Enfermedad severa RR: 8.1, IC95%:3.22) (174, 175).

⊕ ⊕ ⊕ ○

El embarazo ectópico y la infertilidad asociados a la EPI pueden estar asociados al daño que la infección puede generar en la trompas tubáricas antes y durante el proceso infeccioso (213, 221). Si bien diferentes agentes infecciosos pueden estar presentes en la EPI, la *C. trachomatis* es la bacteria más asociada con daño tubárico. Por ejemplo, un meta-análisis de estudios de casos y

⊕ ⊕ ⊕ ○

controles (214) reportó una importante asociación entre el embarazo ectópico y la presencia de anticuerpos IgG para *Chlamydia* con diluciones mayores o iguales a 1:16 (OR: 16, IC95%: 6.6-38).

7.3.2.2 Dolor pélvico crónico

El dolor pélvico crónico suele ser un motivo de consulta importante en pacientes que han tenido uno o más episodios de EPI.

Un estudio de cohorte (217) reportó que las pacientes que habían tenido algún episodio de EPI tenía un alto riesgo de presentar dolor pélvico crónico, comparadas con las pacientes que nunca habían tenido episodios de EPI (OR:13.07, IC95%10.09-16.04). Otro estudio de cohorte(216) reportó que las pacientes con antecedente de EPI tuvieron una probabilidad 10 veces mayor de ser admitidas por dolor abdominal con respecto a las pacientes sin episodios de EPI y una probabilidad 4 veces mayor de ser admitidas por episodios de dolor ginecológico con respecto a las pacientes sin antecedente de EPI.

⊕ ⊕ ⊕ ○

7.4 Manejo de los contactos de la paciente con Enfermedad Pélvica Inflamatoria

RECOMENDACIÓN 132. Los contactos sexuales de la paciente con EPI deben ser contactados. Se les debe ofrecer tratamiento sintromico que cubra *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* (222, 223). 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. Recomendación fuerte a favor.

RECOMENDACIÓN 133. Se sugiere que el tratamiento expedito se acompañe de un folleto informativo sobre la ITS. 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. Recomendación débil a favor

El riesgo de detectar Infecciones de Transmisión Sexual en los contactos de las pacientes con EPI es alto (169).

Las pacientes deben ser asesoradas para evitar tener relaciones sexuales antes de completar el tratamiento. Si es diagnosticada una infección por gonorrea y/o Chlamydia en el contacto de la paciente, deberá ser tratado adecuadamente y al mismo tiempo con la paciente índice.

⊕ ⊕ ○ ○

7.5 Seguimiento de la paciente con EPI

RECOMENDACIÓN 135. Se recomienda en la paciente con tratamiento ambulatorio para EPI, hacer un control a las 72 horas de iniciado el tratamiento antibiótico(5, 7, 45, 224). Recomendación fuerte a favor

La evidencia que soporta el seguimiento adecuado para la paciente con EPI se basa en opiniones de expertos. Sin embargo, dichas recomendaciones son consistentes en indicar la necesidad de controlar a la paciente a los tres días de iniciado el tratamiento antibiótico cuando se brinda manejo ambulatorio.

⊕ ○ ○ ○

La no mejoría clínica sugiere la necesidad de mayor investigación para excluir otros diagnósticos y puede requerir hospitalización para tratamiento parenteral y/o intervención quirúrgica (5, 7, 45, 224) | ⊕ ○ ○ ○

Un control adicional, a las 4-6 semanas puede ser útil para asegurar:

- Adecuada respuesta clínica al tratamiento
- Cumplimiento con los antibióticos orales.
- Diagnóstico y tratamiento de parejas sexuales.
- Sensibilización sobre el significado de la EPI y sus secuelas.
- Que una segunda prueba de embarazo es negativa, si clínicamente está indicado.

8. BUBÓN INGUINAL

8.1 Manifestaciones Clínicas del Síndrome de Bubón Inguinal

El síndrome de bubón inguinal agrupa dos grandes patologías: el Linfogranuloma venéreo y el chancroide. El primero, es el resultado de la infección por los serovares L1, L2, o L3 de *C.trachomatis*, el cuadro típico es la presencia de 1 o más papulas o úlceras en región inguinal, las cuales se acompañan de linfadenopatías unilaterales o bilaterales las cuales son llamadas bubones (129).

En el caso del chancroide, la infección es dada por *Haemophilus ducreyi*. En esta patología una pápula evoluciona a una o más lesiones pustulares. La ruptura de las mismas genera úlceraciones dolorosas, con secreción purulenta y una base granulomatosa que puede o no presentar sangrado activo. La localización de las lesiones varía según el sexo del paciente, en hombres las lesiones se presentan frecuentemente en el prepucio, surco balanoprepucial y la base del pene. En mujeres, la lesión se localiza en los genitales externos y es poco frecuente encontrarla en la vaginal o en región cervical (225).

La linfadenitis dolorosa a nivel inguinal ocurre en el 30% de los pacientes con chancroide, se asocia a la sífilis pues simula esta infección en su fase de chancro blando sin embargo la úlcera del chancroide es dolorosa a diferencia del cuadro treponémico (78).

8.2 Tratamiento del Síndrome de Bubón Inguinal

8.2.1 Manejo Sintomático del síndrome de Bubón Inguinal

RECOMENDACIÓN 136. Para el Manejo Sintomático 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. *Recomendación débil a favor*

8.2.2 Manejo de pacientes con síndrome de Bubón Inguinal por (sospecha) *C. trachomatis* serovars L1, L2 y L3 (Linfogranuloma venéreo)

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. *Recomendación débil a favor*

8.2.3 Manejo de pacientes con síndrome de Bubón Inguinal por (sospecha) Infección por *Haemophilus ducreyi* (Chancroide)

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. *Recomendación débil a favor*

La evidencia para desarrollar recomendaciones es insuficiente, por lo tanto se acogieron las recomendaciones de la Guía de Infecciones de Transmisión Sexual de la Agencia de Salud Canadiense (45) y las de la Guía del CDC de Atlanta(5) mediante un consenso de expertos temáticos. ⊕ ○ ○ ○

8.3 Complicaciones del Síndrome de Bubón Inguinal

La experiencia clínica recomienda que el linfogranuloma venéreo responde adecuadamente al tratamiento antibiótico, pero si este no es tratado oportunamente, puede ocurrir una lesión extensa del tejido, llevando al desarrollo de abscesos complicados, fístulas crónicas y dolor abdomino-pélvico crónico(226).

La proctitis por linfogranuloma venéreo es una complicación de la infección que ocurre en hombres y mujeres, puede presentarse con úlceraciones rectales, descarga anal sanguinolenta, fisuras anales , fístulas en región anal y esto puede desencadenar síntomas constitucionales (227).

8.4 Seguimiento de Pacientes con Síndrome de Bubón Inguinal

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. *Recomendación débil a favor*

Según los estudios evaluados, el seguimiento adecuado de un paciente tratado para este síndrome es de 7 días a 3 semanas en promedio(81). Sin embargo, otros estudios recomiendan que 5 días post-tratamiento es un periodo de tiempo adecuado para realizar evaluación del éxito del mismo(85). Se recomienda realizar seguimiento a las dos semanas del tratamiento. ⊕ ○ ○ ○

8.5 Tratamiento de la pareja con síndrome de bubón inguinal

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. *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 diagnóstico sindrómico de bubón inguinal deben ser tratados. *Recomendación fuerte a favor.*

RECOMENDACIÓN 142. Se recomienda la programación de una consulta para que los contactos sexuales reciban asesoría sobre las ITS. *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. *Recomendación débil a favor.*



RECOMENDACIÓN 144. Individualizar el manejo según orientación sexual del paciente y rol dentro de las relaciones sexuales.

8.6 Tratamiento de la paciente embarazada o en lactancia con Síndrome de Bubón Inguinal

8.6.1 Manejo Sintomático de Síndrome de Bubón Inguinal en pacientes embarazadas o en lactancia.

RECOMENDACIÓN 145: Para manejo sintomático 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 (no administrar Estolato de eritromicina en embarazadas). Recomendación débil a favor.

8.6.2 Tratamiento de infección Linfogranuloma venéreo en pacientes embarazadas o en lactancia

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. *Recomendación fuerte a favor*

8.6.3 Tratamiento de infección Chancroide en pacientes embarazadas o en lactancia

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. *Recomendación débil a favor*

8.7 Complicaciones de las Pacientes Embarazadas con Síndrome de Bubón Inguinal

Es muy poco lo descrito en la literatura acerca de las complicaciones de la paciente gestante con síndrome de bubón inguinal, sin embargo si se extrapolaran los datos obtenidos de infecciones por *C.trachomatis*, se tiene que las complicaciones se relacionan con ascenso de la infección hacia el útero y anexos razón por la cual se desarrolla la enfermedad pélvica inflamatoria. Por otra parte, si se presenta transmisión vertical de la infección, el neonato puede desarrollar un cuadro oftalmológico (tracoma) y/o pulmonar, en cualquiera de los dos casos se recomienda remitirse a la Guía de Control Prenatal (228).

RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO, ATENCIÓN INTEGRAL Y SEGUIMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y OTRAS INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL¹²

INTRODUCCIÓN

Este documento contiene las Recomendaciones generales y específicas para la Implementación de la 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 la cual hace parte del conjunto de Guías desarrolladas por la Universidad Nacional de Colombia en el marco de la Alianza CINETS.

Las recomendaciones contenidas en este documento, están construidas entendiendo que una Guía de Práctica Clínica corresponde en sí misma a una Tecnología, y por lo tanto su implementación debe contemplar desarrollar las metodologías y técnicas apropiadas para su incorporación en un servicio de salud, en una comunidad, o en una organización.

Las Tecnologías en Salud han sido definidas como cualquier intervención que puede ser utilizada para promover la salud, prevenir, diagnosticar, tratar la enfermedad o rehabilitar. Incluye medicamentos, dispositivos médicos, procedimientos y sistemas organizacionales utilizados en el cuidado de la salud. De esta manera, una Guía de Práctica Clínica puede ser considerada una Tecnología en Salud, para cuya implementación no es suficiente la existencia del documento que la identifica, sino el desarrollo de capacidades entre las personas y organizaciones de tal manera que pueda ser incorporada con éxito en la gestión organizacional, institucional y social¹³.

Es importante enfatizar en que sin el desarrollo de capacidades para la incorporación de tecnologías en la gestión organizacional, es probable que una tecnología como las GPC, no contribuya efectivamente con la solución de los problemas que le brindan sentido.

OBJETIVOS

- a) Proponer estrategias generales para la disseminación, difusión e implementación de la GPC en el territorio nacional.
- b) Sugerir estrategias específicas para la implementación en los diferentes grupos de usuarios instituciones, profesionales y pacientes.
- c) Lograr que los profesionales usuarios directos e indirectos de la GPC se apropien del conocimiento sobre los fundamentos, usos y aplicaciones de y las adopten en sus escenarios de trabajo.
- d) Propiciar en el territorio nacional, escenarios y estrategias permanentes de educación, consulta y aprendizaje sobre las GPC de infección de transmisión sexual que aseguren su adecuada utilización e implementación.

ALCANCE

Las sugerencias contenidas en el presente plan de implementación son de orden nacional. Se espera que todas las Instituciones gubernamentales y no gubernamentales a nivel nacional, departamental y municipal adopten la GPC en un plazo no mayor de dos años, a partir de la promulgación oficial del Ministerio de Salud y Protección Social.

¹² La estructura de este documento tiene incorporadas recomendaciones concertadas por el grupo de trabajo de la Alianza CINETS quien diseño y formulo un documento marco de implementación con aplicación para las GAI a cargo de la Universidad Nacional de Colombia, la Pontificia Universidad Javeriana y la Universidad de Antioquia.

¹³ <http://www.inahta.net/> consultado el 6 de Mayo de 2012.

RECOMENDACIONES CLAVE

1. Con base en la historia clínica: anamnesis y detección de conductas sexuales de riesgo¹⁴, examen genital que incluye inspección vulvar, perineal y perianal, especuloscopia y tacto genital bimanual en la mujer y examen de pene, testículos y regiones perineal y perianal en el hombre, se hará un diagnóstico síndromico, se administrará el tratamiento específico, 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.

2. Dado que la unidosis es igualmente efectiva que los tratamientos con multidosis y con el objetivo de garantizar la adherencia, se utilizará una sola dosis para tratar la o el paciente, la cual será administrada en el centro de atención donde acude, el mismo día de la atención para asegurar que el o la paciente reciben el tratamiento indicado de manera oportuna. (Nivel de Evidencia Muy baja). Recomendación fuerte a favor.

3. Todos los síndromes requieren tratamiento para el o la compañero sexual con el ánimo de cortar la cadena epidemiológica. En el síndrome de flujo vaginal esto aplica solamente en caso con sospecha de tricomoniasis. El tratamiento para la pareja se enviará preferiblemente con el caso índice, sin olvidar la utilización de otras opciones como notificación a la pareja por parte del paciente y/o por el personal de salud para posterior evaluación y tratamiento. En el caso de envío de tratamiento, se acompañará de un folleto informativo sobre la(s) ITS que incluye el tratamiento instaurado (forma de administración, beneficios, signos de alarma y posibles efectos adversos) e instrucciones acerca de referencia a un centro de salud. (Nivel de Evidencia Moderado). Recomendación fuerte a favor.

4. En pacientes en embarazo con síndrome de infección del tracto genital se hará el manejo sintomático indicado y se remitirá a control prenatal para seguimiento y prevención de complicaciones maternas y neonatales (Nivel de Evidencia Muy baja). Recomendación fuerte a favor.

5. Se deberá hacer notificación al sistema de vigilancia epidemiológica, del síndrome que se manejó (Discutir síndromes a reportar con el Ministerio). (Nivel Evidencia muy baja). Recomendación fuerte a favor.

6. El manejo integral (diagnóstico, tratamiento, consejería y seguimiento) del caso índice y la pareja ha demostrado ser efectivo para la reducción de la prevalencia de las ITS. Por lo tanto, 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 fuerte a favor.

ACTORES CLAVE EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

Las estrategias contempladas en el Plan de implementación están dirigidas a los profesionales de la salud que se desempeñen en cualquiera de las áreas de interés de la guía de práctica clínica.

El grupo de profesionales, se encuentra dividida en dos subgrupos, a los que se debe llegar, con el fin de que se conviertan en facilitadores de estrategias de implementación propuestas en el presente plan.

¹⁴ Uso no rutinario de condón, pareja con síntomas sugestivos de una infección de transmisión sexual, más de una pareja sexual en los últimos 3 meses, nueva pareja en los últimos 3 meses, edad igual o menor a 21 años, mujer u hombre soltero, pareja que recién ha comenzado a utilizar condón, antecedente de una Infección de Transmisión Sexual. 7. OMS. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Organización Mundial de la Salud; 2005.

a. Usuarios directos de las guías de práctica clínica:

El grupo de usuarios directos se refiere a los profesionales en salud encargados de las actividades de reglamentación, difusión, capacitación, coordinación, ejecución, cobertura, acceso a los beneficios y seguimiento de los contenidos en la guía de práctica clínica.

- Formuladores de política en la planificación, ejecución y evaluación en salud (Instituto Nacional de Salud, CRES, Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, Entidades departamentales y locales de salud, etc.).
- Profesionales del sector académico, encargados de la formación en salud.
- Investigadores en los diferentes campos de la salud
- Administración de servicios de salud, en la atención en salud a grupos de población.
- Auditoría en salud
- Profesionales y especialistas del área asistencial

El proceso de implementación en este grupo de usuarios se concentrará en las estrategias y actividades que las entidades gubernamentales llevarán a cabo para la implementación de la GPC en instituciones prestadoras de servicios, instituciones educativas y asociaciones de profesionales.

Es importante que en los diferentes niveles de implementación de la Guía: Ministerio de Salud, Secretarías de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud y Entidades Promotoras de Salud se cuente con un grupo de al menos tres personas que dirijan el proceso de implementación y diseminación de la guía. Este grupo debe estar conformado por una cabeza visible con la suficiente capacidad resolutoria y conocimiento del tema al interior del ente, para liderar los cambios requeridos y que contribuya en la solución de las barreras identificadas. Las otras dos personas incluyen un experto temático que aporte su pericia al interior del escenario clínico y una tercera persona que pueda asumir con liderazgo y entusiasmo, la puesta en marcha del proyecto promoviendo el cambio y haciendo el seguimiento día a día (vigilancia y auditoría).

b. Usuarios indirectos de las guías (otros profesionales):

El segundo grupo está conformado por trabajadores del área de la salud y de otros campos, que trabajan temas de salud en general.

El Plan de implementación garantizará actividades de información y comunicación que les permita usar adecuadamente la guía en sus sitios de trabajo:

- Trabajadores de la salud: Médicos Generales, Urólogos, Ginecólogos, Infectólogos, Enfermeras, Odontólogos, Trabajadores Sociales, Psicólogos, personal administrativo, auxiliares de enfermería, etc.
- Profesionales de otros campos que aborden los temas de salud: Economistas, Abogados, Administradores de empresas, Politólogos, entre otros.
- Directivos de instituciones de salud: directores de IPS, EPS, Secretarios de salud, Directores de departamentos de salud pública, entre otros.

c. Población Objetivo de la Guía

Pacientes beneficiarios de las guías con quienes se realizarán actividades de información y comunicación, además de las intervenciones contenidas en las recomendaciones de las guías, las cuales serán reforzadas en las guías de pacientes elaboradas, como estrategia para fortalecer la adhesión a las guías.

1. ANALISIS DEL CONTEXTO LOCAL

Las GPC son un elemento central en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud, que busca mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, por tal razón se hace necesario que estas sean incorporadas e implementadas efectivamente dentro de los componentes del sistema.

Para mejorar y facilitar el proceso implementación de las GPC, es importante revisar la normatividad vigente en salud a nivel nacional e internacional, de manera que se puedan identificar las barreras normativas existentes y entonces armonizar la GPC con el fin de evitar que las recomendaciones emitidas vayan en una dirección opuesta a lo que se ha planteado en materia normativa para el tratamiento de la condición objeto de la GPC.

Para surtir este proceso, se realizó una búsqueda en los web sites de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, UNICEF y UNIFEM; Para la identificación de la normatividad nacional se buscó en la página web del Ministerio de la protección Social, Departamento Nacional de Planeación y Supersalud, adicionalmente, se realizó una búsqueda de normatividad específica para el tema de infecciones de transmisión sexual en el país.

Una vez revisadas las normas en las que se enmarca la GPC de *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital*, se identificó que en general existe una ventana de oportunidad para el proceso de implementación y adopción de las GPC en el contexto nacional, dada la importancia que ha tomado la calidad en la prestación de los servicios de salud. Sumado a la existencia del antecedente de la resolución 412 de 2000. Este se constituye en un elemento importante para lograr la efectividad de la implementación pues es necesario contar con un entorno favorable y apoyo político y social.

1.1. Descripción del ambiente local y las políticas de salud que favorecen la implementación de las GPC

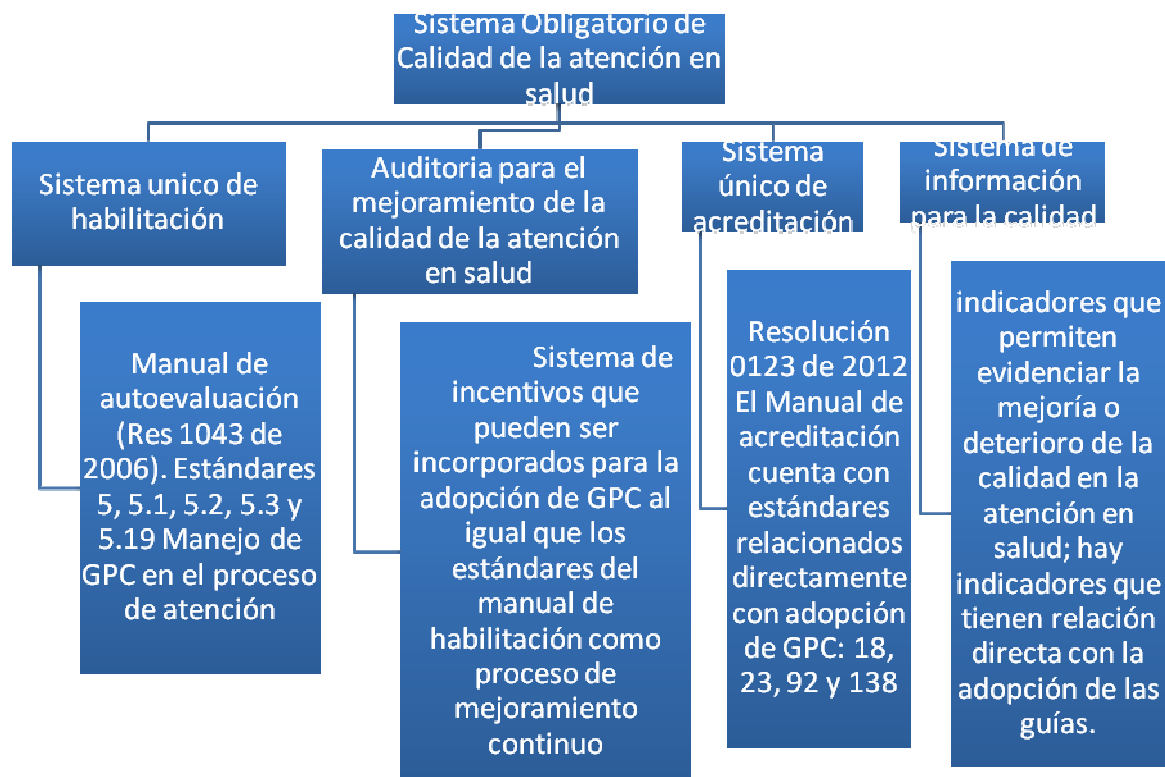
En Colombia existe un amplio cúmulo de normatividad general en salud en donde las guías de atención se articulan: el artículo 49 de la constitución política de 1991, en el cual la atención en salud es declarada como un servicio público a cargo del estado; la ley 100 de 1993 mediante la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la ley 1438 de 2011 que establece en el artículo 96 la necesidad de generar guías de atención basadas en evidencia y los artículos 153 y 177 que establecen el deber de atender a los pacientes de acuerdo con la evidencia científica y establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios.

El Plan Nacional de Salud Pública reglamentado mediante el decreto 3039 de 2007 demanda la evaluación permanente del acceso, oportunidad, calidad, pertinencia y grado de satisfacción de los usuarios y entre otros lineamientos, plantea la necesidad de definir normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar la atención en los procesos del POS.

Al ser las guías de atención integral una herramienta para el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud, estas deben ser adoptadas dentro del sistema obligatorio de calidad de la atención en salud que fue creado mediante el Decreto 1011 de 2006.

Como se presenta en la figura 1, el sistema obligatorio de calidad de la atención en salud se encuentra dividido en 4 subsistemas dentro de los cuales las guías de atención integral son un elemento importante para su adecuado funcionamiento; el sistema de habilitación, el sistema de auditoría, el sistema de acreditación y el sistema de información que cuentan con manuales en los cuales existen definidos claramente estándares específicos con el manejo de guías de atención integral en el marco de la atención a los pacientes. El manual de acreditación es de obligatorio cumplimiento para las instituciones que se encuentren en este proceso, para las demás que no están en proceso de acreditación, solamente debe tenerse en cuenta el manual de habilitación al cual se le hace seguimiento mediante la auditoría como una estrategia para el mejoramiento de la calidad. Por su parte, el subsistema de información permite evidenciar la mejoría o deterioro de la calidad en la atención en salud.

Figura 1. Esquema Sistema Obligatorio de Calidad de la atención en salud



Adicional a los cuatro componentes del sistema de garantía de la calidad existen otros lineamientos normativos que se convierten en una ventana de oportunidad a nivel nacional para el ejercicio de adopción de las guías de práctica clínica dentro de los que se encuentran:

- a. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” 2010; aunque No es de obligatoria aplicación para las instituciones, es de obligatorio cumplimiento dentro del proceso de acreditación. Esta guía técnica sugiere el desarrollo o adopción de las guías de práctica clínica basada en la evidencia como procedimientos de estandarización que permiten mejorar la seguridad del paciente.
- b. Política Nacional de Seguridad del Paciente: en la cual se define como seguridad del paciente el “conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”.

Respecto a la normatividad para salud sexual y reproductiva en Colombia se encuentra el CONPES 140 de 2011 en el cual se fijan los objetivos de desarrollo del milenio; este tiene como principal objetivo, mejorar la salud sexual y reproductiva de la población. Los referentes normativo más importantes en el tema de SSR a nivel nacional son la resolución 412 de 2000 la cual tiene una guía específica para la atención de las enfermedades de transmisión sexual, la política nacional de salud sexual y reproductiva 2003 – 2007, el decreto 3039 de 2007 que tiene un objetivo específico centrado en mejorar la salud sexual y reproductiva y la ley general de educación 115 de 1994 que en el artículo 14 decreta como obligatoria la enseñanza de educación sexual en los colegios.

A pesar de la ventana de oportunidad identificada en la normatividad vigente, es importante que la GPC sea acogida en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Colombia oficialmente por el Ministerio Salud y

Protección Social en los diferentes planes de beneficios existentes tanto subsidiado como contributivo, para que se facilite el proceso de adopción en los diferentes niveles de atención en el país, sin generar incongruencias entre lo establecido en la guía y lo que se encuentra vigente en la normatividad a nivel nacional.

Una vez surtido este paso de promulgación oficial por parte del Ministerio, la Comisión de regulación en Salud CRES deberá surtir el proceso de actualización del Plan Obligatorio de Salud para incorporar las intervenciones derivadas de las recomendaciones de la GPC. Una vez finalizados estos dos pasos, debe realizarse un proceso de preparación y adecuación institucional para la adopción de las guías, el cual se encuentra descrito en el plan de implementación general de las GPC preparado por la ALIANZA CINETS para el país, el cual está centrado en procesos de formación con multiplicadores y nodos regionales para la asistencia técnica.

2. IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS

Con el fin de dar cuenta del nivel de aplicabilidad de las recomendaciones de la guía se realizaron tres procesos:

- 1) La revisión de la inclusión de los medicamentos y procedimientos recomendados por la GPC en el acuerdo 029 de 2010 de la CRES.
- 2) La aplicación del GLIA y análisis de implementabilidad por parte del grupo desarrollador
- 3) Una reunión con los expertos temáticos y el grupo metodológico para discutir las recomendaciones clave e identificar las posibles barreras al momento de su implementación y el planteamiento de posibles soluciones para las mismas.

Como producto de la revisión del acuerdo 029 se identificó que algunas de las recomendaciones elaboradas para las guías plantean procedimientos y/o medicamentos que no hacen parte de los planes de beneficios, generando una limitación para el proceso de adopción de las guías hasta que estos sean incorporados en el POS.

La tabla No 1 se describen las recomendaciones no incluidas en el POS

Recomendaciones	MEDICAMENTO NO POS	PROCEDIMIENTO NO POS
SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL		
Se recomienda como tratamiento de primera línea para paciente con síndrome de flujo vaginal asociado a vaginosis bacteriana el uso de Tinidazol 2gr dosis única vía oral. Como en segunda opción Secnidazol 2 gr dosis única vía oral. Y finalmente en caso de alergia o no disponibilidad como tercera opción se recomienda tratamiento de Clindamicina vaginal.	Secnidazol 2gr y Clindamicina vaginal	
Se recomienda como segunda opción el uso de Terconazol 0.4% crema 5 gramos intravaginal por 7 días para el tratamiento de la Candidiasis vaginal durante la gestación.	Terconazol 0.4% crema	
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. (Nivel de Evidencia Moderada)	Clindamicina oral de 300mg cápsulas	
SÍNDROME DE INFECCIÓN CERVICAL		
1.1.2 Infección por Neisseria gonorrhoeae		

Recomendaciones	MEDICAMENTO NO POS	PROCEDIMIENTO NO POS
Para infección por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> se tiene como primera opción de tratamiento Ceftriaxona 500 mg IM dosis única. Como segunda línea de tratamiento se recomienda Cefixime 400 mg vía oral dosis única. En casos de posible sensibilidad cruzada a las penicilinas como tercera opción de tratamiento se recomienda Espectinomicina 2 gramos intramuscular dosis única.	Cefixime 400 mg Espectinomicina 2gr IM	
La evidencia consultada revela que se presenta menor persistencia y recurrencia cuando el tratamiento (Cefixime 400 mg dosis única más Azitromicina 1 gramo dosis única) es enviado a la pareja de la paciente diagnosticada con infección urogenital no complicada causada por <i>Chlamydia trachomatis</i> o <i>Neisseria gonorrhoeae</i> comparado con la asistencia al centro médico para ser tratado.	Cefixime 400mg	
Para la pareja de la paciente con infección cervical por <i>N. gonorrhoeae</i> , se recomienda como primera opción Cefixime 400 mg vía oral dosis única. Como segunda opción ceftriaxona 125 mg IM dosis única. En caso de no disponer de ninguno de éstos o en caso de sensibilidad a alguno de los antibióticos se recomienda como tercera opción Espectinomicina 2 gramos intramuscular dosis única.	Cefixime 400mg Espectinomicina 2gr IM	
Se recomienda para pacientes con infección cervical recurrente o persistente producido por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> como primera opción terapéutica Ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis única. Como segunda opción terapéutica se recomienda Espectinomicina 2 gramos intramuscular dosis única cuando hay posible sensibilidad cruzada a las penicilinas.	Espectinomicina 2gr	
SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL		
Se recomienda para el tratamiento de descarga uretral producida por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> como primera opción Ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis única. Como segunda opción en caso de sensibilidad cruzada a penicilinas se recomienda Espectinomicina 2 gramos intramuscular dosis única.	Espectinomicina 2gr	
SÍNDROME DE INFLAMACIÓN ESCROTAL		
Se recomienda cuando es causado por <i>Chlamydia trachomatis</i> como primera opción Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 10 días. Pero en caso dado que se producido por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> se recomienda como primera opción Ceftriaxona 500 mg IM dosis única y como segunda opción Cefixime 400 mg Vía oral dosis única. Si es producido por gérmenes entéricos se recomienda Levofloxacino 500 mg cada 24 horas por 10 días.	Cefixime 400mg, Levofloxacino 500mg	
MANEJO SINDRÓMICO: Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 10 días + Cefixime 400 mg vía oral dosis única + Levofloxacina 500 mg cada 24 horas por 10 días.	Cefixime 400mg, Levofloxacino 500mg	
SÍNDROME DE DOLOR PÉLVICO BAJO - ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)		
La pareja sexual de la paciente con EPI debe ser contactada, y se le debe ofrecer asesoría y tratamiento sindrómico que cubra <i>N. gonorrhoeae</i> y <i>C. trachomatis</i> . El esquema recomendado para la pareja de la paciente con EPI es: Azitromicina 1gr vía oral dosis única más cefixime 400mg vía oral dosis única.	Cefixime 400mg	

Recomendaciones	MEDICAMENTO NO POS	PROCEDIMIENTO NO POS
Para el tratamiento del manejo de Enfermedad Pélvica Inflamatoria intrahospitalaria 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. (Nivel de Evidencia Moderada)	Clindamicina oral de 300mg	

De acuerdo con el segundo proceso de la identificación de barreras, las recomendaciones de la GPC fueron evaluadas por medio de la herramienta GLIA por parte de dos integrantes del grupo metodológico. Se identificaron barreras para la implementación, lo cual resultó en la modificación de las recomendaciones clave inicialmente propuestas y en la formulación de indicadores que se relacionan con los objetivos de la GPC.

Se identificaron barreras para la implementación, algunas relacionadas con cambios que deben ser realizados en el sistema de atención a los pacientes con ITS. De acuerdo con esto se realiza una propuesta al Ministerio de Salud resaltando la importancia de implementar el manejo integral de las ITS que implica la creación de la consulta de salud sexual la cual debe desarrollarse en ambientes idóneos bajo el concepto de obligatorio cumplimiento.

Otra barrera que se identificó se encuentra relacionada con los sistemas de vigilancia epidemiológica lo que implica la creación de sistemas de información, almacenamiento, análisis y seguimiento de las ITS con el fin de poder conocer la carga de la enfermedad en nuestra población y así generar el conocimiento para la toma de decisiones respecto a política pública en este tema.

3. ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACION

A continuación, se presentan las fases que deben llevarse a cabo para la Implementación de la GPC de infección de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital así como las sugerencias específicas sobre las estrategias a utilizar; el orden y secuencia de los momentos no implica un orden asociado con la manera como aquí se describen, de hecho varios deben ser simultáneos para lograr su realización y corresponderán a los contextos técnicos y a la gestión que se requiera propiciar para que todo el proceso de implementación se lleve a cabo.

Como estrategias generales que orientan el plan de implementación se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- Conciliación del contenido de la guía y el plan de implementación con el Ministerio de Salud Nacional.
- Lanzamiento: permite que la divulgación de la GPC tenga un buen impacto inicial, aprovechando un acontecimiento (u escenario) relevante relacionado directa o indirectamente con las guías.
- Conformación de alianzas estratégicas: Plantea la divulgación como una coordinación entre estamentos/instituciones. Para la conformación de estas alianzas se debe invitar a todos los actores relacionados con el uso de la guía y la generación de políticas alrededor de la misma. (Sociedades científicas y educativas, e instituciones encargadas de las políticas en torno salud, IPS y redes de usuarios).
- Difusión en medios especializados e información dirigida: Esta técnica busca concentrar la divulgación en medios de comunicación especializados en temas de salud y políticas públicas relacionadas con la calidad en salud (Aprovechar publicaciones monográficas y secciones especiales).

- Presencia en eventos: Determinar presencia en eventos dirigidos al grupo objetivo planteado (conferencias, congresos, seminarios, ferias) en un plazo de tres años a partir del lanzamiento de las guías.
- Elaboración de un módulo de planificación: Esta técnica permite proyectar un determinado número de actividades en los medios seleccionados, que se irán desarrollando en la medida que se van alcanzando objetivos parciales de cobertura y frecuencia (determinados por los indicadores y alcances según el cronograma). Este método asegura una presencia constante mediante campañas difundidas en medios durante el periodo de implementación de las guías.

3.1 Fase de alistamiento

Para lograr el desarrollo del plan de implementación, se requiere en primera instancia la presencia y participación de un equipo rector o coordinador en el Ministerio de Salud y Protección Social o el Instituto de Evaluación de Tecnologías. El grupo coordinador además debe estar acompañado por profesionales expertos en la GPC de infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital (se denominará Grupo Especializado o Grupo Temático Especializado).

Este grupo especializado, será quien lidere la implementación de la GPC de infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital incluyendo asistencia técnica en el territorio nacional para el proceso de aceptación.

Algunas funciones recomendadas para el Grupo Especializado de la GPC de infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital son:

- a. Coordinar la ejecución del plan de implementación, lo que implica la gestión necesaria para el proceso de ajustes institucionales necesarios dirigidos hacia la adopción efectiva de la GPC de infección de transmisión sexual, coordinando la incorporación de la GPC como parte de las responsabilidades contenidas en el Manual de Acreditación en Salud, Ambulatorio y Hospitalario Versión 04 – 2012.
- b. Elaborar una resolución oficial de adopción de las guías, promulgada por el Ministerio de Salud y Protección Social, como parte del proceso de legitimación de las mismas en el contexto nacional.
- c. Hacer seguimiento a la CRES en el proceso de incorporación de procedimientos y medicamentos incluidos en la GPC de infección de transmisión sexual dentro de los planes de beneficios del plan obligatorio de salud subsidiado y contributivo.
- d. Brindar asistencia técnica a los departamentos y municipios para el proceso de difusión, capacitación, coordinación, ejecución, cobertura y acceso a las intervenciones contenidas en las recomendaciones de la de la GPC de infección de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital.
- e. Desarrollar gestión de un mecanismo de incentivos institucionales o profesionales por la adopción de la GPC de *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital*, en el marco del sistema general de calidad de la atención en salud y de los sistemas institucionales de incentivos y estímulos.
- f. Conformar nodos territoriales que faciliten el proceso de capacitación y formación necesarios en los diferentes niveles de atención en el ámbito nacional para la adopción de la GPC de infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital.
- g. Actualizar la GPC de infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital de acuerdo con la evidencia científica disponible.
- h. Poner en marcha el plan de implementación de la GPC de infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital.

- i. Mejorar los sistemas de historias clínicas y sistemas de vigilancia en los hospitales y centros de atención primaria, para que los síndromes sean reportados, tal como sugiere una de las recomendaciones de la guía.
- j. Ser partícipe del grupo gestor de la formulación de la política nacional de salud sexual y reproductiva, con el fin de promover el fortalecimiento de las estrategias de promoción y prevención en SSR, así como de la inclusión de la implementación de las guías como herramienta para fortalecer los procesos de calidad en la atención.

De la Fase de alistamiento, hace parte lo que se considera esencial para continuar con las Fases siguientes, esto es la realización de una línea de base que consiste en realizar una Medición de Capacidades Tecnológicas para la implementación de las recomendaciones de la GPC de infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital, cuyo resultado concreto será la identificación de las áreas clave de intervención a nivel organizacional, para que la Implementación sea exitosa.

Esta propuesta hace énfasis en que la implementación de la GPC infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital y otras infecciones del tracto genital puede ser exitosa, si se conocen las capacidades tecnológicas de los involucrados para su aplicación, y si se determinan las áreas clave en la que las instituciones deben centrar sus esfuerzos para garantizar su adopción e implementación. Es probable que aunque la GPC infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital esté disponible para IPS y EPS, si las capacidades para incorporarla como una capacidad tecnológica no se encuentran disponibles, el documento se preserve sin aplicación.

La línea de base debe hacer la medición en tres grupos de organizaciones:

Grupo 1: todas las IPS Acreditadas en Colombia por el ICONTEC.

Grupo 2: una muestra de IPS habilitadas, con intención de Acreditación.

Grupo 3: una muestra de IPS habilitadas, sin intención de Acreditación.

Los resultados de la evaluación de las capacidades tecnológicas en cada Grupo, podrán brindar indicios al Ministerio de Salud y Protección Social, así como al Instituto de Evaluación de Tecnología, acerca de cuáles son los esfuerzos específicos que resultan necesarios en cada conjunto de instituciones, para la implementación exitosa de la GPC de infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital .

Definición del horizonte de innovación:

Para la definición del horizonte de innovación se realiza el siguiente proceso:

1. Identificación de problemas para la implementación de una tecnología como la GPC de infección de transmisión sexual.
2. Priorización del problema o los problemas a intervenir para la implementación de la tecnología GPC de infección de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital.
3. Análisis de los problemas seleccionados, con la metodología de marco lógico.
4. Análisis de los problemas en relación con los componentes de la tecnología y desde la perspectiva de cada uno de los actores.
5. Disección y caracterización en la perspectiva de cada actor en las cinco celdas capacidades, potencialidades, deficiencias.
6. Disección de las soluciones, analizadas desde los diferentes componentes de tecnología.
7. Formulación del proyecto de la comunidad de práctica.
8. Ejecución del proyecto que contiene el horizonte de innovación.
9. Evaluación.

La metodología para el desarrollo de este proceso, se encuentra detallada en el documento marco de implementación de las guías de la ALIANZA CINETS

3.2 Fase de difusión y diseminación

Para realizar este proceso es necesario partir de la localización de los profesionales propuestos dentro de los usuarios directos de las GPC la población objetivo, así como de las instituciones públicas y privadas que prestan las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento a la población objetivo; para esto se proponen las siguientes alternativas:

- Identificación de las agremiaciones más destacadas a nivel nacional que reúnan con mayor eficacia a los profesionales planteados, expertos en el trabajo de infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital.
- Envío a las sedes principales de estas agremiaciones e instituciones hospitalarias y prestadores de servicios de salud de todo el territorio nacional la GPC de infección de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital, tanto en medio físico como electrónico, teniendo en cuenta todas las sedes principales de estas Instituciones y centrándose en el personal que trabaja directamente con ellas.
- Invitación directa y especial al lanzamiento de las guías, para las directivas y asociados de estas agremiaciones e instituciones, a través de correo físico, electrónico y los boletines virtuales elaborados por la oficina de comunicaciones del Ministerio o la instancia encargada.
- Invitación especial a estas agremiaciones para participar de las estrategias de educación propuestas en este plan de implementación.
- Identificación de las Instituciones públicas y privadas de salud de todos los niveles de atención, que son potenciales usuarias de las guías.
- Utilización de los medios de comunicación físicos y virtuales existentes en las instituciones educativas, salud, sociedades científicas o agremiaciones como boletines institucionales o revistas, para difundir la información de las guías y la importancia de su adopción.
- Participación en eventos científicos dirigidos al grupo objetivo, especialmente en aquellos que tengan alcance nacional y estén reconocidos por los profesionales que trabajan el tema de infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital. La participación en estos eventos con actividades de las estrategias de Información, básicamente se hace con el fin de informar sobre la existencia de las guías, su importancia y donde conseguir mayor información sobre ellas.
- Énfasis en comunicación interactiva: Dado las características del grupo objetivo, que tiene acceso a estas tecnologías en la mayoría de los casos, se planteará una estrategia de comunicación centrada en medios interactivos. La gran diversificación y la penetración de Internet, lo ha convertido en un medio con el alcance de más alto crecimiento en la historia. Pueden ser dos tipos de medios para esta estrategia de comunicación:
 - a) Medios off line: Los que no requieren de conexión a Internet como CD's y DVD's, que deben contener todo el material desarrollado para las estrategias de difusión y diseminación, como conferencias, talleres, cursos virtuales, documentos de las guías, y cualquier otro documento de interés.
 - b) Medios on line: Los que requieren de conexión a Internet, estos son un link en el ministerio o la institución encargada, específico con información de las guías, los Newsletter, todos los tipos de promoción en Internet, la biblioteca virtual, revista electrónica sobre guías, WAP (formato para dispositivos móviles), etc.

Efectos esperados de adecuadas estrategias de difusión, diseminación y adopción de la GPC de infección de transmisión sexual:

- Desarrollo de capacidades tecnológicas institucionales en el uso de la evidencia científica para la comprensión e intervención de problemas en la prestación de servicios de salud relacionados con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital.
- Incremento razonable de la disponibilidad de datos y procesamiento de la información para generación de conocimiento acerca de la magnitud del problema de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital, y sus consecuencias en la normatividad y mecanismos de control por parte de los organismos gubernamentales y de los otros actores del sistema para la toma de decisiones.
- Incremento en la adherencia de los usuarios directos de la GPC a las recomendaciones contenidas en la GPC las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital tomando en cuenta por supuesto las preferencias de los pacientes y los límites establecidos en los contenidos del POS.

Evaluación del Desempeño de los usuarios en las Instituciones Públicas:

- En el marco de las IPS, se recomienda que los Profesionales que se encuentren en Carrera Administrativa y que por lo tanto son objeto de Evaluación y Calificación de Servicios, deban incluir en concertación con sus Jefes Inmediatos, Objetivos de Desempeño relacionados con la adherencia a la GPC de infección de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital adoptadas por las IPS y las EPS.

Estrategias generales con efecto sobre las IPS y EPS:

- Ajuste a la programación de los planes de Acreditación Institucional.
- Ajuste de los procesos de habilitación en todos los estándares, de acuerdo con las modificaciones de estructura o de proceso que sean indispensables para que la GPC de infección de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital se desarrolle adecuadamente.
- Revisión y ajuste de los Sistemas de Información de los que dispongan las IPS y las EPS, de tal manera que el Módulo de Historia Clínica Electrónica los Profesionales dispongan del inventario de las GPC elaboradas.
- Ajuste y revisión de las estrategias de Telesalud y Telemedicina de los que dispongan las IPS y las EPS, de tal manera que incorporen y hagan exigibles la consulta, el uso y la evaluación de la GPC de infección de transmisión sexual.

Estrategias generales con efecto sobre las Instituciones de Educación Superior con programas de formación en salud con las que las IPS han suscrito Convenios Docente Asistenciales -CDA:

- Revisión y ajuste de los Convenios Docente Asistenciales, de tal manera que sea exigible entre los involucrados en el CDA la consulta y uso de la GPC de infección de transmisión sexual.
- Inclusión en los currículos de pregrados de las profesiones de medicina y enfermería.

Estrategias generales con efecto sobre los formuladores de Políticas Públicas:

- Desarrollo de capacidades tecnológicas institucionales de uso de la evidencia científica para la comprensión e intervención de problemas en la prestación de servicios de salud relacionados con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital.
- Identificación y caracterización de las capacidades institucionales de asistencia técnica y asesoría a las IPS y EPS que implementarán la GPC de infección de transmisión sexual.
- Revisión y ajuste de los procesos que las Autoridades Sanitarias han desarrollado para organizar la red de servicios de salud en sus jurisdicciones, de acuerdo con la competencias establecidas en la normatividad vigente, de tal manera que se desarrollen mecanismos efectivos de asesoría y asistencia técnica a las IPS de su jurisdicción en el desarrollo de capacidades para la implementación y el seguimiento de la GPC de infección de transmisión sexual.

- Revisión y actualización de la política en Salud sexual y Reproductiva con énfasis en las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital de manera que se garantice la implementación de las actividades de promoción y prevención en el marco de los programas de atención primaria

Estrategias generales con efecto sobre los usuarios directos de los servicios de salud:

- Información disponible para las Veedurías Ciudadanas en Salud, de tal manera que retroalimenten a sus representados y a las IPS y EPS en la necesidad del uso y adherencia a la GPC de infección de transmisión sexual.
- Diseminación por los medios masivos de comunicación TV, radio periódico en aspectos tales de los derechos en Salud Sexual y Reproductiva que se obtienen por la GPC, cobertura, acceso situaciones de alarma.

Incentivos para la implementación de las GPC:

Siempre que se logre el cumplimiento del 80% de los Indicadores contenidos en la Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad, Dominio Calidad Técnica, subtema Atención Efectiva con GPC, las Instituciones dispondrán del siguiente conjunto de Incentivos:

1. Participación sin costo en cursos que ofrecen Instituciones y Agencias con las que el MSPS tenga convenios de cooperación técnica.
2. Acceso a financiación de proyectos de desarrollo e investigación dirigidos a la comprensión e intervención de problemas relacionados con el objeto central de la GPC bajo la modalidad Convocatoria Institucional:
3. Convocatoria institucional COLCIENCIAS-MSPS-Instituto de Evaluación de Tecnologías-ICONTEC, por un monto hasta por 20 SMMLV por proyecto. Esta convocatoria se desarrollaría dos veces al año, con recursos del Fondo Nacional de Financiamiento para la Ciencia, la Tecnología y la Innovación.
4. Evaluación sin costo de proyectos de desarrollo e investigación relacionados con el objeto central de la GPC por parte de Universidades y Centros de Desarrollo Tecnológico Científico designados por COLCIENCIAS.
5. Apoyo económico para elaboración de pósters, traducción y publicación de artículos.
6. Apoyo a los investigadores en la actualización de hojas de vida en la plataforma de COLCIENCIAS.
7. Asesoría metodológica para la elaboración de protocolos de investigación, procesamiento y análisis de datos estadísticos, apoyo para digitación de datos y uso de Teleform, y preparación de manuscritos para ser sometidos a revistas.

3.3 Formación y capacitación

Esta estrategia estará dirigida principalmente al grupo de profesionales en salud encargados de la aplicación directa de las guías de práctica clínica. Consiste en la formación académica sobre las guías centrada en un grupo de multiplicadores.

A continuación se presentan los medios y las actividades para desarrollar esta estrategia.

Instituciones educativas como multiplicadoras

Las instituciones formadoras de talento humano en salud (medicina, enfermería, especialidades, auditoría en salud, etc) se consideran el “medio” más adecuado para que el Ministerio de Salud en alianza con el Ministerio de Educación y las Instituciones de Educación superior desarrollen un componente importante de la estrategia de educación; en este proceso las asociaciones de profesionales y sociedades científicas cumplen la función de impulsoras de estas iniciativas académicas a través de la gestión con los asociados y exalumnos.

Actividades propuestas para este medio:

Las actividades que se enumeran a continuación estarán dirigidas las instituciones educativas, las asociaciones de profesionales y sociedades científicas que actuarán como agentes multiplicadores de la GPC de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital.

- a. Entrega de documento de GPC de infección de transmisión sexual. a las diferentes facultades, departamentos o carreras. Estos documentos deben reemplazar el material empleado hasta la fecha o incorporarlo, es decir se debe modificar este tema de los planes de estudio de medicina, enfermería, nutrición, etc., para asegurar que todos los estudiantes en formación logren el conocimiento y la adecuada utilización de la GPC las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital.
- b. Página Web interactiva en donde toda la población objetivo y profesionales puedan encontrar fácilmente y de manera permanente todo el material producido de la GPC de infección de transmisión sexual.
- c. Cursos de formación de multiplicadores de la GPC de infección de transmisión sexual, dirigido al grupo que tendrá la responsabilidad de realizar la formación de todos los usuarios directos e indirectos de las guías en el país. Este curso tendrá carácter teórico-práctico, será desarrollado con la participación de miembros de los equipos que participaron activamente en el proceso de definición de las guías. Se sugiere explorar en los grupos de participantes las estrategias metodológicas para realizar esta actividad, con el fin de maximizar el aprendizaje significativo. Con esto se busca generar nodos territoriales que puedan encargarse del proceso educativo en todo el país y de esta forma descentralizar el proceso para facilitar y agilizar la implementación y adopción de la GPC de infección de transmisión sexual.
- d. Talleres, charlas e instructivos dirigidos a los profesionales de la salud, para evitar que se haga un manejo etiológico de las enfermedades y para promover el manejo sindrómico, tal y como lo propone la guía.

La selección de los integrantes del grupo de multiplicadores tendrá como criterios: experiencia docente, ubicación geográfica que garantice el cubrimiento de todos los posibles usuarios desde su rol como multiplicador, buen manejo de las tecnologías de información y comunicación entre otros.

Curso Virtual sobre la GPC de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital y su aplicación en plataformas de educación virtual (por ejemplo Blackboard) ya establecidas: Las plataformas de educación virtual (e-Learning) se consideran una herramienta avanzada de tele-enseñanza que permite la transmisión de audio y video de calidad, así como de diapositivas explicativas.

Los alumnos, además de recibir la información preestablecida dentro del curso, pueden interactuar en tiempo real con el profesor mediante audio, video o chat. Consta de un sistema de gestión e información de cursos, alumnos, material y contenido desarrollado en un entorno Web (sistema asíncrono) y un sistema multimedia en tiempo real (sistema síncrono); este sistema permite llegar simultáneamente a un número ilimitado de alumnos conectados a la red.

El cubrimiento amplio y la flexibilidad convierten a este tipo de cursos en una herramienta indispensable para la educación sobre las guías, pues permitirá que todos los profesionales interesados en el tema puedan acceder a educación especializada sobre el mismo, obviando limitaciones inherentes al desplazamiento y disponibilidad de tiempo.

Las universidades también disponen de las plataformas (Blackboard y otras) que se pueden explorar para el desarrollo del curso y la formación de tutores desde los contenidos así como del manejo de las tecnologías de información y comunicación.

Temas sugeridos para cursos de formación en las guías de práctica clínica:

- Proceso de construcción de la GPC de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital.

- Importancia de la adopción de la GPC de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital
- Proceso para la incorporación de la GPC de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital en las dinámicas institucionales
- Recomendaciones de la GPC de infección de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital
- Flujogramas para la orientación de la práctica clínica
- Talleres (teórico – prácticos) de capacitación a nivel regional para profesionales que ofrezcan los aspectos conceptuales para la aplicación de la GPC de infección de transmisión sexual.

Se recomienda que con estos talleres se llegue a toda la población de usuarios de la GPC que atiende la población objetivo de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital y que sean desarrollados en alianza con universidades formadoras de profesionales en salud. Es importante que dentro del proceso de desarrollo de estos Talleres, se plantee una alternativa resumida del mismo (ponencia/conferencia), con el fin de participar en eventos académicos, foros y encuentros de relevancia para el grupo de usuarios en todos los niveles de atención.

Esta actividad forma parte de un conjunto de estrategias educativas que estarán a disposición de todos los profesionales en salud y demás profesionales para cumplir los objetivos del plan de implementación y asegurar la calidad en el desarrollo de los talleres.

Medios de comunicación Interactiva como canales para la educación.

En la estrategia de educación, los medios interactivos proporcionan información académica sobre las guías de práctica clínica por demanda al público objetivo e incluyen: el Internet y los programas informáticos presentados en el sitio Web o como CD interactivo para su uso sin conexión a Internet.

Actividades propuestas para este medio:

- Disponibilidad de documentos de la GPC de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital en la página Web para su estudio como parte de la aplicación de la propuesta de favorecer la libertad de uso, distribución y reproducción de este documento.
- Disponibilidad de la documentación relacionada y de soporte (biblioteca virtual) para la GPC de infección de transmisión sexual en la página Web.
- CD's o DVD's con todos los documentos mencionados en los anteriores numerales, para su uso sin conexión a Internet.
- Se propone realizar un enlace que conecte la GPC de infecciones de transmisión sexual y de otras infecciones del tracto genital con bases de datos virtuales regionales tales como LILACS, Bireme, etc., e internacionales como la Guidelines International Network (GIN) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Presencia académica en eventos: Participación en eventos que estén dirigidos a profesionales pertenecientes al grupo objetivo, por medio de conferencias y talleres. Estos eventos pueden ser encuentros gremiales, coloquios, simposios y congresos, entre otros, a desarrollarse en todo el territorio nacional.
- Conferencias en versiones resumidas para su inclusión en eventos seleccionados dentro de este plan.
- Talleres sobre aspectos específicos de la GPC de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital para desarrollar en eventos seleccionados.

4. PLAN DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE IMPLEMENTACION

En este documento se estima que la implementación de la GPC de infección de transmisión sexual supone no sólo que los Profesionales Médicos dispongan de la adherencia suficiente para que la GPC 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 GPC de infección de transmisión sexual.

4.1 Indicadores de evaluación

Los indicadores se muestran a continuación, agrupados por el ente o entes a cargo.

4.1.1 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.

4.1.2 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.

4.1.3 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 de 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.

4.1.4 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.¹⁵

¹⁵ REFERENCIAS CAPÍTULO IMPLEMENTACIÓN

1. <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/auditoriasalud.aspx>
2. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Bogotá, 1993
3. Congreso de la República Ley 1122 de 2007. Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y otras disposiciones. Bogotá, 2007
4. Congreso de la República. Ley 1438 de 2010 Por medio del cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, 2011.
5. Congreso de la República. Ley 1384 de 2010. Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del Cáncer en Colombia. Bogotá, 2010.
6. Congreso de la República. Ley 1388 de 2010. Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia. Bogotá, 2010
7. Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 029 de diciembre de 2011. Bogotá, 2011.
8. Ministerio de la protección Social. Plan Nacional para el control de Cáncer 2010 – 2019 Versión preliminar. Bogotá, 2010.
9. Ministerio de la Protección Social. Resolución 412 de 2000. Bogotá, 2000
10. Ministerio de la Protección Social. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá. 2007
11. Ministerio de la Protección Social. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario. Colombia, 2011.
12. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006
13. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2680 de 2007
14. Ministerio de la Protección Social. Resolución N° 3763 de 2007
15. Ministerio de la Protección Social. Manual Estándares de acreditación. Direcciones Territoriales de Salud Resolución 3960 de 2008
16. Ministerio de la Protección Social. Resolución 0123 de 2012, nuevo manual de acreditación en salud para el ámbito ambulatorio y hospitalario.
17. Ministerio de la Protección Social. Resolución 163 de 2012. Reglamenta funcionamiento del consejo nacional y consejos departamentales asesores en cáncer infantil. Bogotá, 2012.
18. ROTH Deubel André Noel (2006) Políticas Públicas: Formulación, implementación y evaluación. Ediciones Aurora. Bogotá.
19. MENY, Yves y Thoëni, Jean-Claude (1992). Las Políticas Públicas. Editorial Ariel. Barcelona.España.
20. Pallares, Francesc (1988) Las políticas públicas: el sistema político en acción. Revista de Estudios Políticos (Nueva Época) Núm. 6
21. Sánchez R, Ortiz N, Vargas D, Ardila E. Evaluación de actitudes frente a las guías de práctica clínica en el Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá - Colombia. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia 2004;52(4).
22. Dodgson, M. The management of technological innovation. An international and strategic approach, Oxford University Press. Oxford. 2000.
23. Tidd, J. From Knowledge Management to Strategic Competence. Measuring Technological, Market and Organisational Innovation. Imperial College Press. Second Edition. London. 2006. 437 p.
24. Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. BMC medical informatics and decision making 2008;8:38.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. 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]. .
3. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al. GRADE Working Group. Going from evidence to recommendations. *BMJ*. 2008 May 10;336(7652):1049-51.
4. 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.
5. 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.
6. UNAIDS/WHO. Sexually transmitted diseases: policies and principles for prevention and care. . UnAIDS Best Practice Collection Key Material Geneva: UnAIDS/ WHO. 1999.
7. OMS. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Organización Mundial de la Salud; 2005.
8. WHO. World Health Organization. Sexually transmitted infections. Fact sheet August 2011.
9. 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.
10. Acosta J P, Rodriguez D, C. R. Situacion de las enfermedades de transmision sexual, Colombia,1976-2000. *Biomédica*. 2002;22(1):77- 88.
11. Munoz N. Human papillomavirus and cancer: the epidemiological evidence. *J Clin Virol*. 2000 Oct;19(1-2):1-5.
12. 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.
13. 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.
14. Guía de Atención de Enfermedades de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud. Resolución Número 412 De 2000. Republica de Colombia. .
15. 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.
16. RCOG. Management of acute pelvic inflammatory disease - Green Top Guideline No.32. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. 2008.
17. UK National Guideline for the management of Pelvic Inflammatory Disease. Clinical Effectiveness Group. British Association for Sexual Health and HIV 2011.
18. Tolosa JE, Chaithongwongwatthana S, Daly S, Maw WW, Gaitan H, Lumbiganon P, et al. The International Infections in Pregnancy (IIP) study: variations in the prevalence of bacterial vaginosis and distribution of morphotypes in vaginal smears among pregnant women. *Am J Obstet Gynecol*. 2006 Nov;195(5):1198-204.
19. Tamayo LS, Guevara E, IB L. Vaginosis bacteriana candidiasis y tricomoniasis por citología vaginal en mujeres del régimen subsidiado de Medellín, Colombia 2008. *Revista de Salud publica Medellín* 2008;4(2):87-100.

20. Angel-Müller E, Rodríguez A, Nuñez- Forero L, Moyano Bohórquez LF, González MP, Osorio E, et al. Prevalencia de *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. Vaginalis*, *C. albicans*, sífilis y Vaginosis bacteriana en mujeres con síntomas de infección vaginal en Bogotá, Colombia 2010. *Rev Col Obstet Ginecol.* 2012;63(1).
21. Salas N, Ramírez JF, Ruiz B, Torres E, Jaramillo LN, Gómez-Marín JE. Prevalencia de microorganismos asociados a infecciones vaginales en 230 mujeres gestantes y no gestantes sintomáticas del Centro de Salud La Milagrosa en el municipio de Armenia (Colombia). *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2009;60(2):135-42.
22. Soto RJ, Ghee AE, Nunez CA, Mayorga R, Tapia KA, Astete SG, et al. Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007 Sep 1;46(1):101-11.
23. Venegas G, Boggiano G, Castro E. [Prevalence of bacterial vaginosis in Chilean sex workers]. *Rev Panam Salud Publica.* 2011 Jul;30(1):46-50.
24. Sánchez RM, Ruiz-Parra AI, OL. O-O. Prevalencia de *Chlamydia Trachomatis* detectada por reacción en cadena de la polimerasa en un grupo de mujeres jóvenes sintomáticas y asintomáticas en Bogotá, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2006;57(3):171-81.
25. de Codes JS, Cohen DA, de Melo NA, Teixeira GG, Leal Ados S, Silva Tde J, et al. Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos e não clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil *Cad Saúde Pública Rio de Janeiro.* 2006 Feb;22(2):325-34,.
26. Leon SR, Konda KA, Klausner JD, Jones FR, Caceres CF, Coates TJ. *Chlamydia trachomatis* infection and associated risk factors in a low-income marginalized urban population in coastal Peru. *Rev Panam Salud Publica.* 2009 Jul;26(1):39-45.
27. García Z, Araúz P, Taylor L, Moraga M, Herrera G. Infección por *Chlamydia trachomatis* en un grupo de mujeres de alto riesgo, trabajadoras del sexo en Costa Rica. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas.* 2005 Jun;26(3-4):15-29.
28. Alvarado E, García A, Castruita DE, Cardoso FJ, Ruiz R. Prevalencia de infección por *Chlamydia trachomatis* en prostitutas registradas de la ciudad de Durango, México. *Salud pública Méx.* 2000;42(1):43-7.
29. Alvis N., et al. Infecciones de Transmisión Sexual en un Grupo de Alto Riesgo de la Ciudad de Montería, Colombia. *Rev salud pública* 2007;9(1):86-96.
30. Camejo M, Díaz M. Prevalencia de hepatitis B, hepatitis C y sífilis en trabajadoras sexuales de Venezuela. *Rev saúde pública* 2003;37(3):339-44.
31. IUSTI-WHO. European STD guidelines *Int J STD AIDS. Suppl 3:2-3; 2001.* p. 1-94.
32. Eckert LO. Clinical practice. Acute vulvovaginitis. *N Engl J Med.* 2006 Sep 21;355(12):1244-52.
33. Sangkomkham US LP, Prasertcharoensook W, Laopaiboon M. Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2008(Issue2. Art.No.: CD006178.DOI:10.1002/14651858).
34. 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.
35. Kamali A, Quigley M, Nakiyingi J, Kinsman J, Kengeya-Kayondo J, Gopal R, et al. Syndromic management of sexually-transmitted infections and behaviour change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda: a community randomised trial. *Lancet.* 2003 Feb 22;361(9358):645-52.
36. Grosskurth H, Mosha F, Todd J, Mwijarubi E, Klokke A, Senkoro K, et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet.* 1995 Aug 26;346(8974):530-6.
37. Pettifor A, Walsh J, Wilkins V, Raghunathan P. How effective is syndromic management of STDs?: A review of current studies. *Sex Transm Dis.* 2000 Aug;27(7):371-85.
38. Bogaerts J, Ahmed J, Akhter N, Begum N, Van Ranst M, Verhaegen J. Sexually transmitted infections in a basic healthcare clinic in Dhaka, Bangladesh: syndromic management for cervicitis is not justified. *Sexually transmitted infections.* 1999;75(6):437-8.

39. Desai VK, Kosambiya JK, Thakor HG, Umrigar DD, Khandwala BR, Bhuyan KK. Prevalence of sexually transmitted infections and performance of STI syndromes against aetiological diagnosis, in female sex workers of red light area in Surat, India. *Sexually transmitted infections*. 2003;79(2):111-5.
40. George R, Thomas K, Thyagarajan SP, Jeyaseelan L, Peedicayil A, Jeyaseelan V, et al. Genital syndromes and syndromic management of vaginal discharge in a community setting. *Int J STD AIDS*. 2004 Jun;15(6):367-70.
41. Liu H, Jamison D, Li X, Ma E, Yin Y, Detels R. Is syndromic management better than the current approach for treatment of STDs in China? Evaluation of the cost-effectiveness of syndromic management for male STD patients. *Sex Transm Dis*. 2003 Apr;30(4):327-30.
42. Hylton-Kong T, Brathwaite aR, Del Rosario GR, Kristensen S, Kamara P, Jolly PE, et al. Marginal validity of syndromic management for reproductive tract infections among pregnant women in Jamaica. *International journal of STD & AIDS*. 2004;15(6):371-5.
43. Mukenge-Tshibaka L, Alary M, Lowndes CM, Van Dyck E, Guedou A, Geraldo N, et al. Syndromic versus laboratory-based diagnosis of cervical infections among female sex workers in Benin: implications of nonattendance for return visits. *Sex Transm Dis*. 2002 Jun;29(6):324-30.
44. Sloan NL, Winikoff B, Haberland N, Coggins C, Elias C. Screening and syndromic approaches to identify gonorrhoea and chlamydial infection among women. *Stud Fam Plann*. 2000 Mar;31(1):55-68.
45. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2008 Edition.
46. 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.
47. 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).
48. Macaluso M, Blackwell R, Jamieson DJ, Kulczycki A, Chen MP, Akers R, et al. Efficacy of the male latex condom and of the female polyurethane condom as barriers to semen during intercourse: a randomized clinical trial. *Am J Epidemiol*. 2007 Jul 1;166(1):88-96.
49. Minnis AM, Padian NS. Effectiveness of female controlled barrier methods in preventing sexually transmitted infections and HIV: current evidence and future research directions. *Sex Transm Infect*. 2005 Jun;81(3):193-200.
50. 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.
51. 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.
52. 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.
53. 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.
54. Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA, Lavreys L, Chohan B, Martin HL, Jr., et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *Am J Obstet Gynecol*. 2001 Aug;185(2):380-5.
55. Beigi RH, Meyn LA, Moore DM, Krohn MA, Hillier SL. Vaginal yeast colonization in nonpregnant women: a longitudinal study. *Obstet Gynecol*. 2004 Nov;104(5 Pt 1):926-30.
56. Cherpes TL, Meyn La, Krohn Ma, Lurie JG, Hillier SL. Association between acquisition of herpes simplex virus type 2 in women and bacterial vaginosis. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2003;37(3):319-25.

57. 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.
58. DiClemente RJ, Crosby Ra, Wingood GM, Lang DL, Salazar LF, Broadwell SD. Reducing risk exposures to zero and not having multiple partners: findings that inform evidence-based practices designed to prevent STD acquisition. *International journal of STD & AIDS*. 2005;16(12):816-8.
59. Ford CA, Pence BW, Miller WC, Resnick MD, Bearinger LH, Pettingell S, et al. Predicting adolescents' longitudinal risk for sexually transmitted infection: results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005 Jul;159(7):657-64.
60. Fortenberry JD, Brizendine EJ, Katz BP, Wools KK, Blythe MJ, Orr DP. Subsequent sexually transmitted infections among adolescent women with genital infection due to *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, or *Trichomonas vaginalis*. *Sex Transm Dis*. 1999 Jan;26(1):26-32.
61. Gallo MF, Warner L, Macaluso M, Stone KM, Brill I, Fleenor ME, et al. Risk factors for incident herpes simplex type 2 virus infection among women attending a sexually transmitted disease clinic. *Sexually transmitted diseases*. 2008;35(7):679-85.
62. Niccolai LM, Kopicko JJ, Kassie A, Petros H, Clark RA, Kissinger P. Incidence and predictors of reinfection with *Trichomonas vaginalis* in HIV-infected women. *Sex Transm Dis*. 2000 May;27(5):284-8.
63. Moss NJ, Harper CC, Ahrens K, Scott K, Kao S, Padian N, et al. Predictors of incident herpes simplex virus type 2 infections in young women at risk for unintended pregnancy in San Francisco. *BMC Infect Dis*. 2007;7:113.
64. Fleming DT, Levine WC, Trees DL, Tambe P, Toomey K, St Louis ME. Syphilis in Atlanta during an era of declining incidence. *Sex Transm Dis*. 2000 Feb;27(2):68-73.
65. Gottlieb SL, Douglas JM, Foster M, Schmid DS, Newman DR, Baron AE, et al. Incidence of herpes simplex virus type 2 infection in 5 sexually transmitted disease (STD) clinics and the effect of HIV/STD risk-reduction counseling. *The Journal of infectious diseases*. 2004;190(6):1059-67.
66. PHAC. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. Public Health Agency of Canada.; 2010.
67. Ko N-Y, Liu H-Y, Lee H-C, Lai Y-Y, Chang C-M, Lee N-Y, et al. One-year follow-up of relapse to risky behaviors and incidence of syphilis among patients enrolled in the HIV case management program. *AIDS and behavior*. 2011;15(5):1067-74.
68. Thurnheer MC, Weber R, Toutous-Trellu L, Cavassini M, Elzi L, Schmid P, et al. Occurrence, risk factors, diagnosis and treatment of syphilis in the prospective observational Swiss HIV Cohort Study. *AIDS*. 2010 Jul 31;24(12):1907-16.
69. Rich JD, Hou JC, Charuvastra A, Towe CW, Lally M, Spaulding A, et al. Risk factors for syphilis among incarcerated women in Rhode Island. *AIDS Patient Care STDS*. 2001 Nov;15(11):581-5.
70. Todd J, Munguti K, Grosskurth H, Mngara J, Changalucha J, Mayaud P, et al. Risk factors for active syphilis and TPHA seroconversion in a rural African population. *Sex Transm Infect*. 2001 Feb;77(1):37-45.
71. Xu J-J, Zhang M, Brown K, Reilly K, Wang H, Hu Q, et al. Syphilis and HIV seroconversion among a 12-month prospective cohort of men who have sex with men in Shenyang, China. *Sexually transmitted diseases*. 2010;37(7):432-9.
72. Sahlou T, de Wit TR, Tsegaye A, Mekonnen Y, Beyene A, Hailu B, et al. Low incidence of syphilis among factory workers in Ethiopia: effect of an intervention based on education and counselling. *Sex Transm Infect*. 2002 Apr;78(2):123-6.
73. Zhou H, Chen XS, Hong FC, Pan P, Yang F, Cai YM, et al. Risk factors for syphilis infection among pregnant women: results of a case-control study in Shenzhen, China. *Sex Transm Infect*. 2007 Oct;83(6):476-80.
74. Radcliffe KW, Ahmad S, Gilleran G, Ross JD. Demographic and behavioural profile of adults infected with chlamydia: a case-control study. *Sex Transm Infect*. 2001 Aug;77(4):265-70.
75. Helms DJ, Mosure DJ, Metcalf Ca, Douglas JM, Malotte CK, Paul SM, et al. Risk factors for prevalent and incident *Trichomonas vaginalis* among women attending three sexually transmitted disease clinics. *Sexually transmitted diseases*. 2008;35(5):484-8.

76. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Organización Mundial de la Salud; 2005.
77. Rodríguez A, Gaitán H, Tolosa J. Validez del Diagnóstico Síndromico de Cervicitis y Flujo Vaginal en Mujeres en edad reproductiva. Bogotá, Colombia 2010. Comunicación Personal. 2012.
78. MacDonald N, Wong T. Canadian guidelines on sexually transmitted infections, 2006. CMAJ. 2007 Jan 16;176(2):175-6.
79. Bignell C, Fitzgerald M. UK national guideline for the management of gonorrhoea in adults, 2011. Int J STD AIDS. 2011 Oct;22(10):541-7.
80. 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.
81. 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.
82. 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.
83. 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.
84. 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.
85. 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.
86. 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.
87. Carey AJ, Beagley KW. *Chlamydia trachomatis*, a hidden epidemic: effects on female reproduction and options for treatment. Am J Reprod Immunol. 2010 Jun;63(6):576-86.
88. 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.
89. Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. From diagnosis to prevention. Dermatol Clin. 1998 Oct;16(4):747-56, xii.
90. Haggerty CL, Gottlieb SL, Taylor BD, Low N, Xu F, Ness RB. Risk of sequelae after *Chlamydia trachomatis* genital infection in women. J Infect Dis. 2010 Jun 15;201 Suppl 2:S134-55.
91. 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.
92. 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.
93. Brocklehurst P, Rooney G. Interventions for treating genital *chlamydia trachomatis* infection in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2):CD000054.
94. 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.
95. 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.

96. Brocklehurst P. Antibiotics for gonorrhoea in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002(2):CD000098.
97. 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.
98. Hammerschlag MR. Chlamydial and gonococcal infections in infants and children. *Clin Infect Dis*. 2011 Dec;53 Suppl 3:S99-102.
99. 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.
100. 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.
101. de Barbeyrac B, Papaxanthos-Roche A, Mathieu C, Germain C, Brun JL, Gachet M, et al. Chlamydia trachomatis in subfertile couples undergoing an in vitro fertilization program: a prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2006 Nov;129(1):46-53.
102. Carter JD, Espinoza LR, Inman RD, Sneed KB, Ricca LR, Vasey FB, et al. Combination antibiotics as a treatment for chronic Chlamydia-induced reactive arthritis: a double-blind, placebo-controlled, prospective trial. *Arthritis Rheum*. 2010 May;62(5):1298-307.
103. Módulos de capacitación para el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual. Ginebra OMS: Organización Mundial de la Salud; 2008.
104. 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.
105. 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.
106. Bai Z, Wang B, Yang K, Tian J, Ma B, Liu Y, et al. Azithromycin versus penicillin G benzathine for early syphilis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012(6):CD007270.
107. 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.
108. 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.
109. 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.
110. 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.
111. 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.
112. 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.
113. 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.
114. 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.

115. 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.
116. 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.
117. Greenblatt RB, Barfield WE, Dienst RB, West RM. Terramycin in treatment of granuloma inguinale. *J Vener Dis Inf.* 1951 May;32(5):113-5.
118. Robinson HM, Jr., Cohen MM. Treatment of granuloma inguinale with erythromycin. *J Invest Dermatol.* 1953 Jun;20(6):407-9.
119. 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.
120. 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.
121. 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.
122. Nilsen AE, Aasen T, Halsos AM, Kinge BR, Tjøtta 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.
123. 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.
124. 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. *Journal of the American Academy of Dermatology.* 2007 Aug;57(2):238-46.
125. French P. Syphilis. *BMJ.* 2007 Jan 20;334(7585):143-7.
126. Eccleston K, Collins L, Higgins SP. Primary syphilis. *Int J STD AIDS.* 2008 Mar;19(3):145-51.
127. Gupta R, Warren T, Wald A. Genital herpes. *Lancet.* 2007 Dec 22;370(9605):2127-37.
128. Lewis DA. Chancroid: clinical manifestations, diagnosis, and management. *Sex Transm Infect.* 2003 Feb;79(1):68-71.
129. Mabey D, Peeling RW. Lymphogranuloma venereum. *Sex Transm Infect.* 2002 Apr;78(2):90-2.
130. 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.
131. 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.
132. Walker GJ. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001(3):CD001143.
133. Wendel GD, Jr., Sheffield JS, Hollier LM, Hill JB, Ramsey PS, Sanchez PJ. Treatment of syphilis in pregnancy and prevention of congenital syphilis. *Clin Infect Dis.* 2002 Oct 15;35(Suppl 2):S200-9.
134. Walker GJ, Walker DG. Congenital syphilis: a continuing but neglected problem. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2007 Jun;12(3):198-206.
135. Brown ZA, Selke S, Zeh J, Kopelman J, Maslow A, Ashley RL, et al. The acquisition of herpes simplex virus during pregnancy. *N Engl J Med.* 1997 Aug 21;337(8):509-15.
136. Lowe NK, Neal JL, Ryan-Wenger NA. Accuracy of the clinical diagnosis of vaginitis compared with a DNA probe laboratory standard. *Obstet Gynecol.* 2009 Jan;113(1):89-95.
137. McLellan R, Spence MR, Brockman M, Raffel L, Smith JL. The clinical diagnosis of trichomoniasis. *Obstet Gynecol.* 1982 Jul;60(1):30-4.

138. Landers DV, Wiesenfeld HC, Heine RP, Krohn MA, Hillier SL. Predictive value of the clinical diagnosis of lower genital tract infection in women. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Apr;190(4):1004-10.
139. Wolner-Hanssen P, Krieger JN, Stevens CE, Kiviat NB, Koutsky L, Critchlow C, et al. Clinical manifestations of vaginal trichomoniasis. *JAMA.* 1989 Jan 27;261(4):571-6.
140. Linhares LM, Witkin SS, Miranda SD, Fonseca AM, Pinotti JA, Ledger WJ. Differentiation between women with vulvovaginal symptoms who are positive or negative for *Candida* species by culture. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2001;9(4):221-5.
141. Sonnex C, Lefort W. Microscopic features of vaginal candidiasis and their relation to symptomatology. *Sex Transm Infect.* 1999 Dec;75(6):417-9.
142. Lopes Consolaro ME, Aline Albertoni T, Shizue Yoshida C, Mazucheli J, Peralta RM, Estivalet Svidzinski TI. Correlation of *Candida* species and symptoms among patients with vulvovaginal candidiasis in Maringa, Parana, Brazil. *Rev Iberoam Micol.* 2004 Dec;21(4):202-5.
143. Eckert LO, Hawes SE, Stevens CE, Koutsky LA, Eschenbach DA, Holmes KK. Vulvovaginal candidiasis: clinical manifestations, risk factors, management algorithm. *Obstet Gynecol.* 1998 Nov;92(5):757-65.
144. Anderson MR, Klink K, Cohrssen A. Evaluation of vaginal complaints. *JAMA.* 2004 Mar 17;291(11):1368-79.
145. 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.
146. 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.
147. 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.
148. 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).
149. Schwebke J, Desmond R. Tinidazole vs metronidazole for the treatment of bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204(3):211.e1-6.
150. Forna F, Gulmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003(2):CD000218.
151. 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.
152. McDonald HM, Brocklehurst P, Gordon A. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(1):CD000262.
153. 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.
154. Gulmezoglu AM, Azhar M. Interventions for trichomoniasis in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(5):CD000220.
155. 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.
156. Young GL, Jewell D. Topical treatment for vaginal candidiasis (thrush) in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001(4):CD000225.
157. Cotch MF, Pastorek JG, 2nd, Nugent RP, Hillier SL, Gibbs RS, Martin DH, et al. *Trichomonas vaginalis* associated with low birth weight and preterm delivery. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group. *Sex Transm Dis.* 1997 Jul;24(6):353-60.
158. Smith LM, Wang M, Zangwill K, Yeh S. *Trichomonas vaginalis* infection in a premature newborn. *J Perinatol.* 2002 Sep;22(6):502-3.

159. Cotch MF, Hillier SL, Gibbs RS, Eschenbach DA. Epidemiology and outcomes associated with moderate to heavy *Candida* colonization during pregnancy. Vaginal Infections and Prematurity Study Group. *Am J Obstet Gynecol.* 1998 Feb;178(2):374-80.
160. Spence D. Candidiasis (vulvovaginal). *Clin Evid (Online).* 2010;2010.
161. 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.
162. Sobel JD, Ferris D, Schwabke 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.
163. Kanno M, Sobel JD. Late recurrence of resistant *Trichomonas vaginalis* vaginitis: relapse or re-infection? *Sex Transm Infect.* 2003 Jun;79(3):260-1.
164. Hager WD. Treatment of metronidazole-resistant *Trichomonas vaginalis* with tinidazole: case reports of three patients. *Sex Transm Dis.* 2004 Jun;31(6):343-5.
165. 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.
166. Trojian TH, Lishnak TS, Heiman D. Epididymitis and orchitis: an overview. *Am Fam Physician.* 2009 Apr 1;79(7):583-7.
167. Stewart A, Ubee SS, Davies H. Epididymo-orchitis. *BMJ.* 2011;342:d1543.
168. Ostaszewska I, Zdrodowska-Stefanow B, Darewicz B, Darewicz J, Badyda J, Pucilo K, et al. Role of *Chlamydia trachomatis* in epididymitis. Part II: Clinical diagnosis. *Med Sci Monit.* 2000 Nov-Dec;6(6):1119-21.
169. 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.
170. Baveja G, Saini S, Sangwan K, Arora DR. A study of bacterial pathogens in acute pelvic inflammatory disease. *J Commun Dis.* 2001 Jun;33(2):121-5.
171. Simms I, Eastick K, Mallinson H, Thomas K, Gokhale R, Hay P, et al. Associations between *Mycoplasma genitalium*, *Chlamydia trachomatis*, and pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Infect.* 2003 Apr;79(2):154-6.
172. Haggerty CL, Hillier SL, Bass DC, Ness RB. Bacterial vaginosis and anaerobic bacteria are associated with endometritis. *Clin Infect Dis.* 2004 Oct 1;39(7):990-5.
173. Simms I, Vickers MR, Stephenson J, Rogers PA, Nicoll A. National assessment of PID diagnosis, treatment and management in general practice: England and Wales. *Int J STD AIDS.* 2000 Jul;11(7):440-4.
174. 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.
175. 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.
176. Yeh JM, Hook EW, 3rd, Goldie SJ. A refined estimate of the average lifetime cost of pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Dis.* 2003 May;30(5):369-78.
177. 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.
178. 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.
179. 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.
180. Peipert JF, Ness RB, Blume J, Soper DE, Holley R, Randall H, et al. Clinical predictors of endometritis in women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol.* 2001 Apr;184(5):856-63; discussion 63-4.
181. Hakakha MM, Davis J, Korst LM, Silverman NS. Leukorrhea and bacterial vaginosis as in-office predictors of cervical infection in high-risk women. *Obstet Gynecol.* 2002 Oct;100(4):808-12.

182. Miettinen AK, Heinonen PK, Laippala P, Paavonen J. Test performance of erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein in assessing the severity of acute pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol.* 1993 Nov;169(5):1143-9.
183. Wiesenfeld HC, Hillier SL, Krohn MA, Amortegui AJ, Heine RP, Landers DV, et al. Lower genital tract infection and endometritis: insight into subclinical pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol.* 2002 Sep;100(3):456-63.
184. Ross JD. What is endometritis and does it require treatment? *Sex Transm Infect.* 2004 Aug;80(4):252-3.
185. 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.
186. Gaitan H, Ángel E. Uso de La Laparoscopia en el Diagnostico de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 1994(45: 143 – 148).
187. 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.
188. Taipale P, Tarjanne H, Ylostalo P. Transvaginal sonography in suspected pelvic inflammatory disease. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1995 Dec;6(6):430-4.
189. Tukeyva 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.
190. 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.
191. 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.
192. Soper DE. Diagnosis and laparoscopic grading of acute salpingitis. *Am J Obstet Gynecol.* 1991 May;164(5 Pt 2):1370-6.
193. Ness RB, Soper DE, Holley RL, Peipert J, Randall H, Sweet RL, et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 May;186(5):929-37.
194. Das S, Sabin C, Allan S. Higher vaginal pH is associated with Chlamydia trachomatis infection in women: a prospective case-controlled study. *Int J STD AIDS.* 2005 Apr;16(4):290-3.
195. 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.
196. 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.
197. 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.
198. 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.
199. 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.
200. 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.

201. 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.
202. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006 Morbidity and Mortality Weekly Report. 2006 55(RR-11):1-93.
203. CENTRO-COORDINADOR-GASP-LAC. Informe del encuentro: Taller para revitalizar el Programa de Vigilancia de la susceptibilidad de los Gonococos a los Agentes antimicrobianos en América Latina y el Caribe (GASP-LAC)- Noviembre 2-4 de 2010. Universidad de Saskatchewan, Saskatoon (Canadá). 2011.
204. Estrada S, Gallego M, Orozco B. Sensibilidad de cepas de *Neisseria gonorrhoeae* a diferentes antimicrobianos, detección de la enzima beta lactamasa y primera cepa resistente a ciprofloxacina. *Boletín Epidemiológico De Antioquia.* 1998;23:201-5.
205. Ross JD. Outpatient antibiotics for pelvic inflammatory disease. *BMJ.* 2001 Feb 3;322(7281):251-2.
206. Piyadigamage A, Wilson J. Improvement in the clinical cure rate of outpatient management of pelvic inflammatory disease following a change in therapy. *Sex Transm Infect.* 2005 Jun;81(3):233-5.
207. 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.
208. Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception.* 1981 Aug;24(2):137-43.
209. Reich H, McGlynn F. Laparoscopic treatment of tuboovarian and pelvic abscess. *J Reprod Med.* 1987 Oct;32(10):747-52.
210. 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.
211. 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.
212. Peter NG, Clark LR, Jaeger JR. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: a diagnosis to consider in women with right upper quadrant pain. *Cleve Clin J Med.* 2004 Mar;71(3):233-9.
213. Pavletic AJ, Wolner-Hanssen P, Paavonen J, Hawes SE, Eschenbach DA. Infertility following pelvic inflammatory disease. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 1999;7(3):145-52.
214. Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril.* 1996 Jun;65(6):1093-9.
215. Westrom LV. Sexually transmitted diseases and infertility. *Sex Transm Dis.* 1994 Mar-Apr;21(2 Suppl):S32-7.
216. Buchan H, Vessey M, Goldacre M, Fairweather J. Morbidity following pelvic inflammatory disease. *Br J Obstet Gynaecol.* 1993 Jun;100(6):558-62.
217. Heisterberg L. Factors influencing spontaneous abortion, dyspareunia, dysmenorrhea, and pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 1993 Apr;81(4):594-7.
218. Westrom L, Joesoef R, Reynolds G, Hagdu A, Thompson SE. Pelvic inflammatory disease and fertility. A cohort study of 1,844 women with laparoscopically verified disease and 657 control women with normal laparoscopic results. *Sex Transm Dis.* 1992 Jul-Aug;19(4):185-92.
219. Safrin S, Schachter J, Dahrouge D, Sweet RL. Long-term sequelae of acute pelvic inflammatory disease. A retrospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 1992 Apr;166(4):1300-5.
220. Joesoef MR, Westrom L, Reynolds G, Marchbanks P, Cates W. Recurrence of ectopic pregnancy: the role of salpingitis. *Am J Obstet Gynecol.* 1991 Jul;165(1):46-50.
221. Luttjeboer FY, Verhoeve HR, van Dessel HJ, van der Veen F, Mol BW, Coppus SF. The value of medical history taking as risk indicator for tuboperitoneal pathology: a systematic review. *BJOG.* 2009 Apr;116(5):612-25.
222. 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.

223. 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.
224. Ross J, McCarthy G. UK National Guideline for the management of Pelvic Inflammatory Disease. *British Association for Sexual Health and HIV*. 2011;BASSH PID(11):1-17.
225. Kemp M, Christensen JJ, Lautenschlager S, Vall-Mayans M, Moi H. European guideline for the management of chancroid, 2011. *Int J STD AIDS*. 2011 May;22(5):241-4.
226. Nieuwenhuis RF, Ossewaarde JM, Gotz HM, Dees J, Thio HB, Thomeer MG, et al. Resurgence of lymphogranuloma venereum in Western Europe: an outbreak of *Chlamydia trachomatis* serovar I2 proctitis in The Netherlands among men who have sex with men. *Clin Infect Dis*. 2004 Oct 1;39(7):996-1003.
227. Mistrangelo M, Conte ID, Gregori G, Castellano I, Famiglietti F, De Vries HJ. Rectal Lymphogranuloma Venereum. *Colorectal Dis*. 2012 Feb 20.
228. Bekler C, Kultursay N, Ozacar T, Sayiner A, Yalaz M, Akisu M. Chlamydial infections in term and preterm neonates. *Jpn J Infect Dis*. 2012;65(1):1-6.
229. Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA, Lavreys L, Chohan B, Martin HL, et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition : Results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.380-5.
230. Beigi RH, Meyn La, Moore DM, Krohn Ma, Hillier SL. Vaginal yeast colonization in nonpregnant women: a longitudinal study. *Obstetrics and gynecology*. 2004;104(5 Pt 1):926-30.
231. Ford CA, Pence BW, Miller WC, Resnick MD. Predicting Adolescents' Longitudinal Risk for Sexually Transmitted Infection. *Archives of Pediatrics*. 2005;159(July):657-64.
232. Helms DJ, Mosure DJ, Metcalf CA, Douglas Jr JM, Malotte CK, Paul SM, et al. Risk factors for prevalent and incident *Trichomonas vaginalis* among women attending three sexually transmitted disease clinics. *Sexually Transmitted Diseases*. 2008;35(5):484-8.
233. Moss NJ, Harper CC, Ahrens K, Scott K, Kao S, Padian N, et al. Predictors of incident herpes simplex virus type 2 infections in young women at risk for unintended pregnancy in San Francisco. *BMC infectious diseases*. 2007;7:113-.
234. Fleming DT, Levine WC, Trees DL, Tambe P, Toomey K, St Louis ME. Syphilis in Atlanta during an era of declining incidence. *Sex Transm Dis* 2000 Feb;27(2):68-73.
235. Li D, Jia Y, Ruan Y, Liu Y, Li Q, Liang H, et al. Correlates of incident infections for HIV, syphilis, and hepatitis B virus in a cohort of men who have sex with men in Beijing. *AIDS Patient Care STDS*. 2010 Sep;24(9):595-602.
236. Ko NY, Liu HY, Lee HC, Lai YY, Chang CM, Lee NY, et al. One-year follow-up of relapse to risky behaviors and incidence of syphilis among patients enrolled in the HIV case management program. *AIDS Behav*. 2011 Jul;15(5):1067-74.
237. Todd J, Munguti K, Grosskurth H, Mngara J, Changalucha J, Mayaud P, et al. Risk factors for active syphilis and TPHA seroconversion in a rural African population. *Sexually Transmitted Infections*. 2001;77(1):37-45.
238. Xu JJ, Zhang M, Brown K, Reilly K, Wang H, Hu Q, et al. Syphilis and HIV seroconversion among a 12-month prospective cohort of men who have sex with men in Shenyang, China. *Sex Transm Dis*. 2010 Jul;37(7):432-9.
239. Radcliffe KW, Ahmad, S., Gilleran, G., & Ross, J. D. . Demographic and behavioural profile of adults infected with chlamydia: a case-control study. *Sexually transmitted infections*. 2001(77(4), 265-70).
240. Alzate J, Sánchez N, Peralta-Pizza F, Amaya A, Eslava-Schmalbach J. Disparidades en Sífilis Congénita en Colombia para el Periodo 2006 a 2009. . No Publicado, en estado de manuscrito. 2012.
241. Eslava-Schmalbach JW, VJ; Tugwell, P; Amaya, AC; Gaitán, H; Mosquera, P; Molina, F; Peralta-Pizza, F; Romero-Vanegas, S; Pardo, R. Incorporating Equity Issues in the development of Clinical Practice Guidelines: Suggestions for the GRADE Approach. No publicado, en estado de manuscrito. 2012.

242. Guyatt GO, A.; Akl, E.A.; Kunz, R.; Vist, G.; Brozek, J. et al. GRADE guidelines: 1. Introduction - GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011;64:383-94.
243. Balshem HH, M.; Schünemann, H.J.; Oxman, A.; Kunz, R.; Brozek, J. et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011;64:401-6.
244. Pepin J, Sobela F, Khonde N, Agyarko-Poku T, Diakite S, Deslandes S, et al. The syndromic management of vaginal discharge using single-dose treatments: a randomized controlled trial in West Africa. *Bull World Health Organ*. 2006 Sep;84(9):729-38.

ANEXO 1

ANEXO 1. PREGUNTAS CLÍNICAS Y ECONÓMICAS SELECCIONADAS PARA LA GPC ABORDAJE SINDRÓMICO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y OTRAS INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL

1-GENERALIDADES

#	Pregunta Clínica	Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipo estudio
1	CUÁL ES LA PREVALENCIA DE LAS ITS/ITG EN LA POBLACIÓN COLOMBIANA Y LATINOAMERICANA?	Población Colombia y LA	ITS/ITG		Prevalencia de las diferentes ITS/ITG	GPC - Corte transversal
2	EN QUÉ CONSISTE EL ABORDAJE SINDRÓMICO DE LAS ITS/ITG?				Definición de abordaje sintromico	GPC - Estudios observacionales
3	CUÁL ES LA EFECTIVIDAD DEL ABORDAJE SINDRÓMICO EN EL TRATAMIENTO DE LAS ITS/ITG?	Población a riesgo de contraer ITS/ITG	Abordaje sindromico	Abordaje etiológico	Reconsulta a consulta primaria; Necesidad de cambio AB; Mejoría clínica reportada por el paciente	
4	CUÁLES SON LOS SINDROMES ASOCIADOS A LAS ITS/ITG?				Clasificación sintromica de ITS/ITG	GPC - Estudios observacionales

#	Pregunta Clínica	Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipo estudio
5	CUALES SON LAS ESTRATEGIAS POBLACIONALES MAS EFECTIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ITS/ITG?	Población a riesgo de contraer ITS/ITG	Consejería	No intervención, otras intervenciones	Incidencia de ITS/ITG	ECC, Cohortes
			Uso de condones			ECC, Cohortes
			Uso de microbicidas			ECC, Cohortes
			Uso de espermicidas			ECC, Cohortes
			reducción del número de parejas sexuales			ECC, Cohortes
6	CUÁLES SON LAS ITS/ITG MÁS FRECUENTES EN LA MUJER EMBARAZADA?				ITS/ITG más frecuentes en la gestante	GPC - Estudios observacionales
7	CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS ITS?	Mujeres y hombres con vida sexual activa	Presencia de factores de riesgo	Ausencia de factores de riesgo	Infecciones de Transmisión Sexual	GPC - Estudios observacionales

2-SÍNDROME DE INFECCIÓN CERVICAL

#	Pregunta Clínica	Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipo estudio
8	CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS ITS/ITG CARACTERIZADAS POR SÍNDROME DE INFECCIÓN CERVICAL?				Cuadro clínico de ITS/ITG caracterizadas por infección cervical	GPC - Estudios observacionales
9	2. ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS EFECTIVO Y SEGURO DEL SÍNDROME DE INFECCIÓN CERVICAL?	Infección por <i>N. gonorrhoeae</i>	Ciprofloxacina	Ceftriaxona	Mejoría clínica reportada por el paciente	RS-ECC
				Cefixima	Nueva consulta por persistencia de los síntomas	
				Levofloxacina	Reacciones adversas	
				Ofloxacina	Dolor pélvico bajo	
				Espectinomocina	Adherencia al tratamiento	
		Infección por <i>C. trachomatis</i>	Doxiciclina	Azitromicina		RS-ECC
				Amoxicilina		
				Ofloxacina		
				Eritromicina		
		Tetraciclina				
		Levofloxacina				
10	CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN EN EL SÍNDROME DE INFECCIÓN CERVICAL ?	Mujeres con síntomas y signos concordantes con el síndrome de infección cervical			Complicaciones	GPC - Estudios observacionales
11	CUÁL ES SEGUIMIENTO INDICADO PARA LOS (LAS) PACIENTES CON SÍNDROME DE INFECCIÓN CERVICAL?	Infección por <i>N. gonorrhoeae</i>	Tto		Complicaciones	GPC - Estudios observacionales
		Infección por <i>C. trachomatis</i>	Tto		Recurrencia	

#	Pregunta Clínica	Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipo estudio
12	CUÁL ES LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO PARA LA PAREJA DEL PACIENTE CON SINDROME DE INFECCIÓN CERVICAL?	Pareja del paciente tratado por Úlcera genital	Tratamiento AB	No tratamiento AB	Prevalencia/Incidencia de ITS/ITG	RS, ECC, estudios observacionales
					Reacciones adversas	
					Adherencia al tratamiento	
		Pareja del paciente tratado por Úlcera genital			Prostatitis, epididimitis (pareja hombre)	
					Violencia intrafamiliar, depresión	
13	CUÁL ES EL TRATAMIENTO MAS EFECTIVO Y SEGURO DE LA PACIENTE EMBARAZADA O LACTANTE CON SINDROME DE INFECCIÓN CERVICAL?	Infección por <i>N. gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona	Cefixima	Incidencia de ITS transmitidas perinatal o intrauterinamente	RS, ECC
		Infección por <i>C. trachomatis</i>	Azitromicina	Amoxicilina	RPM, parto pretermino, corioamnionítis	RS, ECC
				Eritromicina	Adherencia al tratamiento	
14	CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN EN LA MUJER EMBARAZADA CON SINDROME DE DE INFECCIÓN CERVICAL ?	Mujeres con síntomas y signos concordantes con el síndrome de infección cervical			Complicaciones	GPC - Estudios observacionales
15	CUÁL ES EL MANEJO DE INFECCIÓN CERVICAL PERSISTENTE O RECURRENTE?	Mujeres con reexposición a la ITS	Repetición del esquema AB	Cambio del esquema AB	Mejoría clínica reportada por el paciente	ECC
		Mujeres con persistencia de la infección	Referencia a G&O		Pruebas etiológicas negativas-Resistencia	

3-SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL

#	Pregunta Clínica	Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipo estudio
16	CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS ITS/ITG CARACTERIZADAS POR SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL?				Cuadro clínico de ITS/ITG caracterizadas por descarga uretral	GPC - Estudios observacionales
17	CUÁL ES EL TRATAMIENTO MAS EFECTIVO Y SEGURO DEL SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL?	Infección por <i>N. gonorrhoeae</i>	Ciprofloxacina	Ceftriaxona	Mejoría clínica reportada por el paciente	
				Cefixima	Persistencia de la descarga	
				Espectinomina	Reacciones adversas	
		Infección por <i>C. trachomatis</i>	Doxiciclina	Azitromicina	Recurrencia	RS, ECC
				Amoxicilina	Prostatitis	
				Ofloxacina	Dolor pélvico crónico	
				Eritromicina	Disfunción sexual	
				Levofloxacina	Inflamación escrotal	
	Tetraciclina	Adherencia al tratamiento				
18	CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN EN EL SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL?	Hombres con síntomas y signos concordantes con el síndrome de descarga uretral	Diferentes ttos disponibles	Otros ttos.	PROSTATITIS, ESTRECHEZ URETRAL	GPC - Estudios observacionales
19	CUÁL ES SEGUIMIENTO INDICADO PARA LOS (LAS) PACIENTES CON SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL?	Infección por <i>N. gonorrhoeae</i>	Seguimiento a los 8 días	No seguimiento o seguimiento mayor a las 30 días	Recurrencia	Estudios observacionales
		Infección por <i>C. trachomatis</i>			Recurrencia	Estudios observacionales
20	CUÁL ES LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO PARA LA PAREJA DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL?	Pareja del paciente tratado por Descarga uretral	Tratamiento AB	No tratamiento AB	Prevalencia/Incidencia de ITS/ITG	ECC, estudios observacionales
		Pareja del paciente tratado por Descarga uretral			Ansiedad, bienestar de pareja, depresión	
					Adherencia al tratamiento, dolor pélvico crónico, Reacciones adversas.	
					Violencia intrafamiliar	

4-SÍNDROME DE ÚLCERAS GENITALES

#	Pregunta Clínica	Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipo estudio
21	CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS ITS/ITG CARACTERIZADAS POR LA PRESENCIA DE ÚLCERAS GENITALES?				Cuadro clínico de ITS/ITG caracterizadas por úlceras	GPC - Estudios observacionales
22	CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS EFECTIVO Y SEGURO DEL SÍNDROME DE ÚLCERA EN MUJERES Y HOMBRES?	Infección primaria por <i>Treponema pallidum</i>	Bencilpenicilina benzatínica	Doxiciclina	Mejoría clínica reportada por el paciente	RS - ECC
					Persistencia de la úlcera	RS - ECC
				Tetraciclina	Reacciones adversas	RS - ECC
				Azitromicina	Recurrencia	RS - ECC
				Ceftriaxona		RS - ECC
		Infección primaria por <i>Treponema pallidum</i> y alergia a la penicilina	Doxiciclina	Tetraciclina		RS - ECC
		Infección genital por <i>Haemophilus ducreyi</i>	Ciprofloxacina	Eritromicina		RS - ECC
				Azitromicina		RS - ECC
				Ceftriaxona		RS - ECC
		Linfogranuloma venéreo	Doxiciclina	Eritromicina		RS - ECC
				Azitromicina		RS - ECC
		Infección genital por <i>Klebsiella granulomatis</i>	Doxiciclina	Azitromicina		RS - ECC
					Ciprofloxacina	RS - ECC
					Eritromicina	RS - ECC
					Trimetoprim/Sulfa	RS - ECC
Primer episodio genital por el virus del herpes simple tipo 2	Aciclovir	Valaciclovir		RS - ECC		
		Famciclovir		RS - ECC		
23	CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN CON EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ÚLCERA?	Pacientes con síntomas y signos concordantes con el síndrome de Úlcera genital			Complicaciones	GPC - Estudios observacionales

#	Pregunta Clínica	Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipo estudio
24	4. ¿CUÁL ES EL SEGUIMIENTO INDICADO PARA LOS (AS) PACIENTES CON SÍNDROME DE ÚLCERA?	Infección primaria por Treponema pallidum	segumiento a 8 dias	no seguimiento o seguimiento a los 30 dias	Recurrencia	GPC - Estudios observacionales RCT
		Infección genital por Haemophilus ducreyi	segumiento a 8 dias	no seguimiento o seguimiento a los 30 dias		
		Linfogranuloma venéreo	segumiento a 8 dias	no seguimiento o seguimiento a los 30 dias		
		Infección genital por Klebsiella granulomatis	segumiento a 8 dias	no seguimiento o seguimiento a los 30 dias		
		Primer episodio genital por el virus del herpes simple tipo 2	segumiento a 8 dias	no seguimiento o seguimiento a los 30 dias		
25	CUÁL ES LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO PARA LA PAREJA DEL PACIENTE CON SINDROME DE ÚLCERA?	Pareja del paciente tratado por Úlcera genital	Tratamiento AB	No tratamiento AB	Prevalencia/Incidencia de ITS/ITG	ECC, estudios observacionales
					Ansiedad, bienestar de pareja, depresión	
					Reacciones adversas	
	Pareja del paciente tratado por Úlcera genital		Violencia intrafamiliar			

#	Pregunta Clínica	Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipo estudio
26	6. ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS EFECTIVO Y SEGURO PARA LA PACIENTE EMBARAZADA O LACTANTE CON SÍNDROME DE ÚLCERA?	Infección primaria por <i>Treponema pallidum</i>	Bencilpenicilina benzatínica	Ceftriaxona	Incidencia de ITS transmitidas perinatal o intrauterinamente	RS - ECC
					Reacciones adversas	
		Infección primaria por <i>Treponema pallidum</i> y alergia a la penicilina	Bencilpenicilina benzatínica previa desensibilización	Azitromicina		RS - ECC
		Infección genital por <i>Haemophilus ducreyi</i>	Eritromicina	Azitromicina	RS - ECC	
				Ceftriaxona		
		Linfogranuloma venéreo	Eritromicina	Azitromicina	RS - ECC	
		Infección genital por <i>Klebsiella granulomatis</i>	Eritromicina	Azitromicina	RS - ECC	
				Eritromicina+gentamicina		
Primer episodio genital por el virus del herpes simple tipo 2	Aciclovir	Valaciclovir	RS - ECC			
		Famciclovir				
27	CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN EN LA MUJER EMBARAZADA CON SÍNDROME DE ÚLCERA?	Pacientes embarazadas con síntomas y signos concordantes con el síndrome de Úlcera genital			Complicaciones	GPC - Estudios observacionales
28	CUÁL ES EL SEGUIMIENTO INDICADO PARA LA MUJER EMBARAZADA CON SÍNDROME DE ÚLCERA?	Pacientes con síntomas y signos concordantes con el síndrome de Úlcera genital	segumiento a 8 dias	no segumiento o segumiento a los 30 dias	Evaluacion de desenlaces	GPC - Estudios observacionales RCT
		Infección primaria por <i>Treponema pallidum</i>	segumiento a 8 dias	no segumiento o segumiento a los 30 dias	Evaluacion de desenlaces	GPC - Estudios observacionales RCT
		Infección genital por <i>Haemophilus ducreyi</i>	segumiento a 8 dias	no segumiento o segumiento a los 30 dias	Evaluacion de desenlaces	GPC - Estudios observacionales RCT
		Linfogranuloma venéreo	segumiento a 8 dias	no segumiento o segumiento a los 30 dias	Evaluacion de desenlaces	GPC - Estudios observacionales RCT
		Infección genital por <i>Klebsiella granulomatis</i>	segumiento a 8 dias	no segumiento o segumiento a los 30 dias	Evaluacion de desenlaces	GPC - Estudios observacionales RCT
		Primer episodio genital por el virus del herpes simple tipo 2	segumiento a 8 dias	no segumiento o segumiento a los 30 dias	Evaluacion de desenlaces	GPC - Estudios observacionales RCT

5-SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL

#	Pregunta Clínica	Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipo estudio	
29	CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS ITS/ITG CARACTERIZADAS POR SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL?				Cuadro clínico de ITS/ITG caracterizadas por flujo vaginal	GPC - Estudios observacionales	
30	CUÁL ES EL TRATAMIENTO MAS EFECTIVO Y SEGURO DEL SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL?	Infección por vaginosis bacteriana	Metronidazol	Clindamicina	Mejoría clínica reportada por el paciente	RS, ECC	
					Persistencia del flujo vaginal		
				Clindamicina crema	Reacciones adversas		
				Clindamicina ovulos	Recurrencia		
				Secnidazol	Enfermedad pélvica inflamatoria		
				Tinidazol	Enfermedad pélvica inflamatoria		
			Infección por T. Vaginalis	Metronidazol	Tinidazol		RS, ECC
			Infección por <i>Candida</i>	Miconazol	Clotrimazol		RS, ECC
					Fluconazol		
					Nistatina		
		Butoconazol					
			Miconazol				
			Tioconazol				
			Terconazol				
31	CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN EN EL SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL ?	Mujeres con síntomas y signos concordantes con el síndrome de flujo vaginal			Complicaciones	GPC - Estudios observacionales	
32	CUÁL ES SEGUIMIENTO INDICADO PARA LOS (LAS) PACIENTES CON SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL?	Infección por vaginosis bacteriana	segumiento a 8 dias	no segumiento o segumiento a los 30 dias	Recurrencia de la ITS/ITG en la paciente.		
		Infección por T. Vaginalis	segumiento a 8 dias	no segumiento o segumiento a los 30 dias			
		Infección por <i>Candida</i>	segumiento a 8 dias	no segumiento o segumiento a los 30 dias			

#	Pregunta Clínica	Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipo estudio	
33	5. ¿CUÁL ES LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA PAREJA DEL (DE LA) PACIENTE CON SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL?	Pareja del paciente tratado por vaginosis bacteriana	Tratamiento AB	No tratamiento AB	Prevalencia/Incidencia de ITS/ITG	RS, ECC, estudios observacionales	
		Pareja del paciente tratado por T. Vaginalis			Ansiedad, bienestar de pareja, depresión		
		Pareja del paciente tratado por candida			Recurrencia de la ITS/ITG en la paciente.		
		Pareja del paciente tratado por Candida con Balanitis			Violencia intrafamiliar		
34	CUÁL ES EL MANEJO DE LA PACIENTE EMBARAZADA CON SINDROME DE FLUJO VAGINAL?	Infección por vaginosis bacteriana	Metronidazol	Clindamicina	Incidencia de ITS transmitidas perinatal o intrauterinamente		
				Metronidazol	RPM		
		Infección por T. Vaginalis	Metronidazol	Tinidazol	Parto pretermino		
				Miconazol	Clotrimazol	Corioamnionitis	
				Fluconazol	Reacciones adversas		
				Butoconazol			
				Miconazol			
				Tioconazol			
Terconazol							
35	CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN EN LA PACIENTE EMBARAZADA O LACTANTE CON SINDROME DE FLUJO VAGINAL ?	Mujeres con síntomas y signos concordantes con el síndrome de flujo vaginal			Complicaciones	GPC - Estudios observacionales	
36	CUÁL ES LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DEL FLUJO VAGINAL PERSISTENTE O RECURRENTE?	Mujeres con Infección por candidiasis vulvovaginal recurrente	Prolongación del AB iniciado		Mejoría clínica reportada por el paciente	RS,ECC, Cohortes	
		Mujeres con vaginosis bacteriana recurrente	Prolongación del AB iniciado		Reacciones adversas	RS,ECC, Cohortes	

6-SÍNDROME DE INFLAMACIÓN ESCROTAL

#	Pregunta Clínica	Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipo estudio
37	CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS ITS/ITG CARACTERIZADAS POR SÍNDROME DE INFLAMACIÓN ESCROTAL?				Cuadro clínico de ITS/ITG caracterizadas por dolor pélvico bajo	GPC - Estudios observacionales
38	CUÁL ES EL TRATAMIENTO MAS EFECTIVO Y SEGURO DEL SÍNDROME DE INFLAMACIÓN ESCROTAL?	Infección por N. gonorrhoeae	Ciprofloxacina	Ceftriaxona	Mejoría clínica reportada por el paciente	RS, ECC
				Espectinomicona	Persistencia de la inflamación	
				Levofloxacina	Reacciones adversas	
				Cefixime	Absceso escrotal	
		Infección por C. trachomatis	Doxiciclina	Azitromicina	Adherencia al tratamiento	
				Amoxicilina		
				Ofloxacina		
		Eritromicina				
		Tetraciclina				
39	CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN EN EL SÍNDROME DE INFLAMACIÓN ESCROTAL ?	Hombres con síntomas y signos concordantes con inflamación escrotal			Infertilidad , atrofia testicular, ABSCESO ESCROTAL	GPC - Estudios observacionales
40	CUÁL ES SEGUIMIENTO INDICADO PARA LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE INFLAMACIÓN ESCROTAL?	Infección por N. gonorrhoeae	segumiento a 8 dias	no seguimiento o seguimiento a los 30 dias	Tiempo de seguimiento para vigilancia de EA	Estudios observacionales
		Infección por C. trachomatis	segumiento a 8 dias	no seguimiento o seguimiento a los 30 dias		
41	CUÁL ES LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO PARA LA PAREJA DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE INFLAMACIÓN ESCROTAL?	Pareja del paciente tratado por inflamación escrotal	Tratamiento9 AB	No tratamiento AB	Prevalencia/Incidencia de ITS/ITG	RS, ECC, estudios observacionales
		Pareja del paciente tratado por inflamación escrotal			Ansiedad, bienestar de pareja, depresión	
					Adherencia al tratamiento Violencia intrafamiliar	

7-SÍNDROME DE DOLOR PÉLVICO BAJO

#	Pregunta Clínica	Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipo estudio
42	CUÁLES SON LOS AGENTES ETIOLÓGICOS ASOCIADOS AL SÍNDROME DE DOLOR PÉLVICO BAJO?				ITS/ITG caracterizadas por dolor pélvico bajo	GPC - Estudios observacionales
43	CUALES SON LOS DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES DEL SÍNDROME DE DOLOR PELVICO BAJO?				Dx diferenciales del dolor pélvico bajo	GPC - Estudios observacionales
44	CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE DOLOR PÉLVICO BAJO?				Cuadro clínico de ITS/ITG caracterizadas por dolor pélvico bajo	GPC - Estudios observacionales
45	CUÁL ES EL TRATAMIENTO AMBULATORIO MAS EFECTIVO Y SEGURO DEL SÍNDROME DE DOLOR PÉLVICO BAJO?	Mujeres con síntomas y signos concordantes con Dolor pélvico bajo	Ceftriaxona +	Azitromicina+	Mejoría clínica reportada por el paciente	RS, ECC
			Doxiciclina+	Metronidazol	Persistencia del dolor pélvico bajo	
			Metronidazol		Hospitalización	
					Reacciones adversas	
				Otra Cefalosporina de 3ª generación parenteral+		
				Doxiciclina+		
				Metronidazol		

#	Pregunta Clínica	Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipo estudio
46	CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN EN EL SINDROME DE DOLOR PÉLVICO BAJO ?	Mujeres con síntomas y signos concordantes con EPI			Cirugía, UCI	GPC - Estudios observacionales
47	CUÁL ES SEGUIMIENTO INDICADO PARA LOS (LAS) PACIENTES CON SINDROME DE DOLOR PÉLVICO BAJO?	Mujeres con síntomas y signos concordantes con EPI	Control a las 48 horas	Control a las 72 horas	Tiempo de seguimiento para vigilancia de EA, recurrencia	Estudios observacionales
48	CUÁLES SON LOS CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN PARA PACIENTES CON SINDROME DE DOLOR PÉLVICO BAJO?	Mujeres con síntomas y signos concordantes con EPI	Embarazo	Sin factor de riesgo	Emergencia obstetrica	Estudios observacionales
		Mujeres con síntomas y signos concordantes con EPI	No mejoría a 3 días	Sin factor de riesgo	Morbilidad materna	
		Mujeres con síntomas y signos concordantes con EPI	Sospecha apendicitis o abdomen agudo	Sin factor de riesgo	Emergencia quirúrgica	
		Mujeres con síntomas y signos concordantes con EPI	Nausea, vomito	Sin factor de riesgo		
		Mujeres con síntomas y signos concordantes con EPI	Fiebre	Sin factor de riesgo		
49	CUAL ES LA EFECTIVIDAD DE TRATAR A LA PAREJA DE LA PACIENTE Con SINDROME DE DOLOR PÉLVICO BAJO?	Pareja del paciente tratado por EPI (Con contacto sexual en previos 60 días)	Tratamiento AB	No tratamiento AB	Prevalencia/Incidencia de ITS/ITG	ECC, estudios observacionales
		Pareja del paciente tratado por EPI (Sin contacto sexual en previos 60 días)			Ansiedad, bienestar de pareja, depresión	
					Violencia intrafamiliar	

8-SÍNDROME DE BUBÓN INGUINAL

#	Pregunta Clínica	Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipo estudio
50	CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS ITS/ITG CARACTERIZADAS CON SÍNDROME DE BUBÓN INGUINAL?				Cuadro clínico de ITS/ITG caracterizadas por bubón inguinal	GPC - Estudios observacionales
51	CUÁL ES EL TRATAMIENTO MAS EFECTIVO Y SEGURO DEL SÍNDROME DE BUBÓN INGUINAL?	Hombres y mujeres con síntomas y signos correspondientes a bubón inguinal	Punción aspirativa ganglios fluctuantes+	NO Punción aspirativa ganglios fluctuantes+	Persistencia del bubón inguinal	RS-ECC
			Punción aspirativa ganglios fluctuantes+Ciprofloxacina+Doxiciclina	Punción aspirativa ganglios fluctuantes+Ciprofloxacina+Eritromicina	Mejoría clínica reportada por el paciente	
			Ciprofloxacina+Doxiciclina	Ciprofloxacina+Eritromicina	Reacciones adversas	
52	CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN EN EL SÍNDROME DE BUBÓN INGUINAL ?	Pacientes con síntomas y signos concordantes con el síndrome de bubón inguinal			Complicaciones	GPC - Estudios observacionales

#	Pregunta Clínica	Población	Intervención	Comparación	Desenlaces	Tipo estudio
53	CUÁL ES SEGUIMIENTO INDICADO PARA LOS (LAS) PACIENTES CON SINDROME DE BUBÓN INGUINAL?	Pacientes con síntomas y signos concordantes con el síndrome de bubón inguinal	segumineto a 8 días	No segumineto o segumineto a 30 días	Tiempo de seguimiento para vigilancia de EA	Estudios observacionales
54	CUÁL ES LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DAR TRATAMIENTO A LA PAREJA DEL PACIENTE CON SINDROME DE BUBÓN INGUINAL?	Pareja del paciente tratado por bubón inguinal	Tratamiento AB	No tratamiento AB	Prevalencia/Incidencia de ITS/ITG	RS, ECC, estudios observacionales
		Pareja del paciente tratado por bubón inguinal			Ansiedad, bienestar de pareja, depresión	
55	CUÁL ES EL TRATAMIENTO MAS EFECTIVO Y SEGURO DE LA PACIENTE EMBARAZADA O LACTANTE CON SINDROME DE BUBÓN INGUINAL?	Gestantes con síndrome de bubón inguinal	Eritromicina	Amoxicilina	Mejoría clínica reportada por la paciente	ECC
				Azitromicina	Nueva consulta por persistencia de los síntomas	
					Reacciones adversas	
56	CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN LA PACIENTE EMBARAZADA CON SINDROME DE BUBÓN INGUINAL ?	Pacientes embarazadas con síntomas y signos concordantes con el síndrome de bubón inguinal			Complicaciones	GPC - Estudios observacionales

9-PREGUNTAS ECONÓMICAS

1. ¿Cuál es la razón de costo efectividad del antibiótico oral versus local en pacientes con flujo vaginal fétido?

P: Mujeres sintomáticas no gestantes con síndrome de vaginosis bacteriana.

I: a) Metronidazol 500 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días, b) Metronidazol al 0,75% (gel) 5 gr por vía intravaginal dos veces al día durante 5 días, c) Clindamicina 300 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días, d) Clindamicina al 2% (crema) 5 gr por vía intravaginal antes de acostarse durante 7 días, e) Tinidazol 1 gramo por vía oral una vez al día durante 5 días y f) Clindamicina en óvulos de 100 mg vía Intravaginal una vez al día antes de acostarse durante 3 días.

C: Metronidazol 2 gr por vía oral en dosis única.

O: Costo Efectividad.

T: 1 mes.

R: tratamientos, manejo de los eventos adversos, manejo ambulatorio e intrahospitalario de las complicaciones, manejo de la recurrencia y la persistencia.

2. ¿Cuál es la razón de costo efectividad del tratamiento (Ciprofloxacina 500 mg vía oral dosis única y Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días) comparado con (Ceftriaxona 250 mg intramuscular dosis única y Azitromicina 1 g vía oral dosis única) en el manejo de la infección cervical ?

P: mujeres sintomáticas no gestantes con diagnóstico de infección cervical no complicada
I: Azitromicina, 1 g por vía oral, como dosis única y Ceftriaxona 250 mg IM dosis única.
C: Doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días y Ciprofloxacina 500 mg dosis única.
O: Costo Efectividad
T: 2 años.
R: tratamientos, manejo de los eventos adversos, manejo ambulatorio e intrahospitalario de las complicaciones, manejo de la reinfección, manejo de las secuelas.

ANEXO 2

ANEXO 2. CALIFICACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA CON EL INSTRUMENTO DELBI

EVALUACIÓN GUÍAS ITS CON DELBI																														
GUÍA	EVALUADOR	SCOPE AND PPURP			STAKEHOLDER IN.				METHODOLOGICAL RIGOUR						CLARITY AND PRESENTATION				APLICABILITY			INDEPENDENCE ED.		GERMAN HEALTHCARE SYSTEM						
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
ROYAL COLLEGE	E1	4	3	4	3	3	3	1	4	3	3	2	4	1	3	4	3	4	2	2	2	2	4	1	3	2	4	1	1	3
	E2	2	2	3	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	E3	3	2	3	1	1	3	1	3	1	1	3	4	2	2	4	3	4	1	1	1	4	1	1	3	1	2	2	1	1
	E4	2	3	3	2	3	2	1	3	1	2	2	4	3	2	4	3	4	1	1	1	3	4	1	3	1	2	3	1	1
	Puntaje total	34			28				63						44				20			14		41						
Puntaje estandarizado	0,61			0,25				0,42						0,58				0,22			0,25		0,24							
BASHH	E1	4	3	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	2	4	4	3	2	2	2	3	4	4	2	1	3	1	1	1
	E2	2	1	4	1	1	1	4	3	1	1	1	1	2	1	3	3	2	1	1	1	2	2	2	3	2	2	1	1	1
	E3	4	1	4	3	1	3	3	4	1	1	2	3	2	2	3	3	3	1	1	1	2	2	3	3	1	2	3	1	1
	E4	3	1	4	3	1	3	3	4	2	1	2	3	3	2	2	3	1	2	1	1	2	4	4	3	2	2	4	1	1
	Puntaje total	35			42				66						40				19			25		43						
Puntaje estandarizado	0,64			0,54				0,45						0,50				0,19			0,71		0,26							
412-COLOMBIA	E1	3	3	3	2	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	4	3	2	1	1	1	1	2	1	2	1	3	2	1	1
	E2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
	E3	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1
	E4	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	3	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	4	1	1
	Puntaje total	26			19				32						30				12			9		35						
Puntaje estandarizado	0,39			0,06				0,05						0,29				0,00			0,04		0,15							
ARGENTINA	E1	3	2	3	3	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	3	3	2	2	1	1	1	3	1	2	1	3	1	1	1
	E2	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1
	E3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	3	2	1	1
	E4	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1
	Puntaje total	25			20				30						29				12			10		37						
Puntaje estandarizado	0,36			0,08				0,02						0,27				0,00			0,08		0,18							
CANADIAN 2008	E1	4	3	3	4	1	3	4	2	1	3	3	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	3	1	4	4	4	3	3	1
	E2	4	3	3	3	1	3	1	3	1	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	1	4	1	1	4	4	4	3	4	2
	E3	3	3	3	3	1	3	1	3	1	4	3	4	2	4	4	3	4	4	4	1	4	1	1	3	4	4	3	4	2
	E4	2	1	2	4	1	2	1	1	1	1	3	2	3	1	4	4	4	3	1	1	1	1	1	3	1	4	1	1	1
	Puntaje total	34			36				76						62				27			10		71						
Puntaje estandarizado	0,61			0,42				0,57						0,96				0,42			0,08		0,65							
COSTA RICA	E1	4	3	3	2	1	4	3	3	2	4	3	2	3	4	4	4	3	3	2	4	3	4	4	4	4	4	3	3	1
	E2	2	1	1	1	1	1	1	4	1	3	1	3	1	1	2	2	2	4	2	1	2	4	4	1	2	2	1	1	1
	E3	2	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	2	1	1	2	2	2	4	2	1	2	4	4	1	2	3	1	1	1
	E4	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	3	3	2	2	1	1	2	2	3	1	2	3	1	2
	Puntaje total	12			23				36						30				14			21		29						
Puntaje estandarizado	0,00			0,15				0,10						0,29				0,06			0,54		0,07							

NACER	E1	4	3	4	2	2	4	1	3	3	4	4	4	1	1	4	4	3	2	1	2	1	2	1	4	4	4	2	2	1
	E2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	E3	3	2	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	E4	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	3	1
	Puntaje total	32		22				47						41				13		9		41								
Puntaje estandarizado	0,56		0,13				0,23						0,52				0,03		0,04		0,24									
BOLIVIANA	E1	3	3	3	2	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	4	2	4	3	1	1	1	2	1	3	1	3	3	1	
	E2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	E3	3	1	3	2	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	
	E4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	
	Puntaje total	22		22				30						34				12		9		36								
Puntaje estandarizado	0,28		0,13				0,02						0,38				0,00		0,04		0,17									
OMS 2005 (ROSADA)	E1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	4	4	4	3	1	1	1	2	1	3	2	3	3	1	
	E2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	4	4	4	1	2	1	1	1	1	1	2	4	4	1	
	E3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	4	4	4	1	2	1	1	1	1	1	2	4	4	1	
	E4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	4	4	4	1	2	1	1	1	1	1	2	4	4	1	
	Puntaje total	14		21				35						54				15		9		52								
Puntaje estandarizado	0,06		0,10				0,08						0,79				0,08		0,04		0,39									
OMS 2005 (VERDE)	E1	4	3	3	2	1	4	3	1	1	1	2	1	3	2	4	4	3	4	2	3	3	3	2	4	4	4	3	3	
	E2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	3	2	4	2	1	1	3	1	2	1	2	1	2	
	E3	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	3	2	1	2	1	1	3	1	2	1	2	1	1	2	
	E4	3	1	3	2	1	2	1	1	1	1	3	1	1	1	3	3	3	3	3	1	1	2	1	4	4	4	4	1	
	Puntaje total	31		24				36						48				21		16		55								
Puntaje estandarizado	0,53		0,17				0,10						0,67				0,25		0,33		0,43									
PARAGUAY	E1	3	2	3	3	1	3	1	1	1	1	3	1	2	1	4	3	4	3	1	2	1	3	1	4	4	4	1	1	
	E2	3	3	3	3	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	3	1	1	1	2	1	1	2	2	3	3	3	
	E3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	1	
	E4	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	
	Puntaje total	26		26				32						40				14		10		46								
Puntaje estandarizado	0,39		0,21				0,05						0,50				0,06		0,08		0,31									
PERÚ	E1	3	2	4	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	4	1	4	3	2	3	1	3	1	2	1	1	1	1	1	
	E2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	E3	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	
	E4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	
	Puntaje total	21		19				29						32				15		10		30								
Puntaje estandarizado	0,25		0,06				0,01						0,33				0,08		0,08		0,08									

ANEXO 3

ANEXO 3. EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTABILIDAD DE LAS RECOMENDACIONES

Doce GPC fueron seleccionadas para evaluación de calidad. Gracias a la búsqueda de literatura gris en Ministerios de Latinoamérica se obtuvo un gran número de guías pertenecientes a la región. Es de destacar que la mayor parte de ellas no contaba con claros criterios de rigor en su desarrollo, lo cual dificulta los procesos de adaptación e implementación.

Luego de la selección de guías, se procedió a la evaluación de calidad de las mismas con el Instrumento DELBI y posteriormente determinar si las diferentes guías evaluadas realizaban abordaje sindrómico de los tópicos de interés. Solo una GPC (Royal College of Obstetrician and Gynaecologist - RCOG 2008) obtuvo puntuaciones que le permitían pasar a la evaluación de implementación sugerida por la Guía Metodológica en su paso 10 (Instrumento GLIA). Esta GPC está centrada en recomendaciones referentes al manejo de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria, uno de los síndromes objeto de nuestra GPC (síndrome de dolor pélvico bajo).

Posteriormente, el GDG seleccionó dos de las recomendaciones presentadas en la GPC del RCOG para ser evaluadas por el instrumento GLIA, teniendo en cuenta su importancia en el tratamiento del síndrome y su impacto en la implementación. Éstas fueron:

- Primera RECOMENDACIÓN.

“Outpatient antibiotic treatment should be based on one of the following regimens:

- ✓ *oral ofloxacin 400 mg twice daily plus oral metronidazole 400 mg twice daily for 14 days*
- ✓ *intramuscular ceftriaxone 250 mg single dose, * followed by oral doxycycline 100 mg twice daily plus metronidazole 400 mg twice daily for 14 days.”*

- Segunda RECOMENDACIÓN.

“When a sexually transmitted infection is either proven or likely to be the cause of PID, the current sexual partner(s) should be contacted and offered health advice and screening for gonorrhoea and chlamydia.”

Previa estandarización del proceso de evaluación con el instrumento GLIA, 2 evaluadores procedieron a aplicarlo en las dos recomendaciones previamente nombradas.

Para la primera recomendación, básicamente se encontró que la guía no sugiere posibles estrategias de implementación y diseminación, no cuenta con herramientas adicionales (material para pacientes, etc.) y

tampoco refleja que algunas recomendaciones sean más importantes que otras (ítems 3, 4 y 5 del apartado “consideraciones globales” del GLIA) Estas falencias si bien son importantes no reflejan imposibilidad de implementar la guía o presencia de barreras insalvables para la implementación.

Para la segunda recomendación, se detectaron las mismas falencias encontradas para la primera recomendación y adicionalmente, se encontró que la recomendación podría requerir aumento de recursos para ser aplicada, mejora de habilidades o conocimientos por parte de los usuarios de la guía, posible no compatibilidad con algunas creencias y/o actitudes de los usuarios de la guía y la no consideración de comorbilidades correspondientes a los ítems 13 (apartado de “Efecto sobre el proceso de cuidado”), 21, 22 (apartado de “Novedad/Innovación”) y 25 (apartado “Flexibilidad). Dichas falencias aunque no se consideran barreras insalvables para la implementación, serán tenidas en cuenta en el diseño del plan de implementación de la guía (Ver tabla 1).

Tabla 1. Evaluación de las recomendaciones con el Instrumento GLIA

PREGUNTA O TÓPICO A DE LA GUÍA A ADAPTAR	RECOMENDACIÓN	EVALUADOR	CONSIDERACIONES GLOBALES							DECIDIBILIDAD			EJECUTABILIDAD		EFECTO SOBRE EL PROCESO DE CUIDADO		PRESENTACIÓN Y FORMATO		DESENLACES MEDIBLES		VALIDEZ DE APARIENCIA		NOVEDAD / INNOVACIÓN			FLEXIBILIDAD			COMPUTABILIDAD**													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31									
How should PID be managed in the outpatient setting?	<p>Outpatient antibiotic treatment should be based on one of the following regimens:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oral ofloxacin 400 mg twice daily plus oral metronidazole 400 mg twice daily for 14 days • intramuscular ceftriaxone 250 mg single dose,* followed by oral doxycycline 100 mg twice daily plus metronidazole 400 mg twice daily for 14 days <p>* Cefoxitin has a better evidence base for the treatment of PID than ceftriaxone but is not easily available in the UK. Ceftriaxone is therefore recommended.</p>	E1	S	S	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	NA	NA	NA	NA
		E2	S	S	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	NA	NA
Management of sexual partner(s) of women with PID	<p>When a sexually transmitted infection is either proven or likely to be the cause of PID, the current sexual partner(s) should be contacted and offered health advice and screening for gonorrhoea and chlamydia.</p>	E1	S	S	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	NA	N	S	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		
		E2	S	S	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	?	S	S	S	S	S	S	S	S	N	?	S	NA	NA	S	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	

CLAVE	
S	LA RECOMENDACIÓN RESPONDE A ESTE CRITERIO
N	LA RECOMENDACIÓN NO SE AJUSTA A ESTE CRITERIO
?	EL EVALUADOR NO ESTÁ EN CONDICIONES D ABORDAR ESTA PREGUNTA DEBIDO A FALTA DE CONOCIMIENTO O EXPERTICIA EN EL TEMA
NA	EL CRITERIO NO SE APLICA A ESTA RECOMENDACIÓN

ANEXO 4

ANEXO 4. VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS RECOMENDACIONES

TÓPICO	RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN REPORTADA-SIGN	NIVEL DE EVIDENCIA REPORTADO-SIGN	RECOMENDACIÓN CORRECTA?	NIVEL DE EVIDENCIA CORRECTO?	CALIFICACIÓN EVIDENCIA	OBSERVACIONES
Starting treatment - How should PID be managed in the outpatient setting?	Information on current and recent medication should be obtained.	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	NA	S	NA	Punto de Buena Práctica clínica	NA
	Interactions between antibiotic therapy and hormonal contraception and other patient medications should be assessed and appropriate action taken.	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	NA	S	NA	Punto de Buena Práctica clínica	NA
	Outpatient antibiotic treatment should be commenced as soon as the diagnosis is suspected.	B	1+	S	S	37-(1+), 7-(2+), 8-(2+)	SEGÚN VERIFICACIÓN DE CALIDAD DE LA EVIDENCIA, LA CLASIFICACIÓN CORRECTA SERÍA B(1+)
	Outpatient antibiotic treatment should be based on one of the following regimens: ☒ oral ofloxacin 400 mg twice daily plus oral metronidazole 400 mg twice daily for 14 days ☒ intramuscular ceftriaxone 250 mg single dose,* followed by oral doxycycline 100 mg twice daily plus metronidazole 400 mg twice daily for 14 days. * Cefoxitin has a better evidence base for the treatment of PID than ceftriaxone but is not easily available in the UK. Ceftriaxone is therefore recommended.	B	1-	S	N	1-NA (LIBRO), 2-(3), 10-NA (CARTA AL EDITOR), 11-(GPC), 38-(1-), 39-(1-), 40-(3), 41-(3), 42-(1+), 43(1+), 44-(1-), 45-(1+), 46-(1-), 47-(3), 48-(GPC)	SEGÚN VERIFICACIÓN DE CALIDAD DE LA EVIDENCIA, LA CLASIFICACIÓN CORRECTA SERÍA B(1+)
	A detailed explanation of their condition should be provided to women, with particular emphasis on the long-term implications for their health and the health of their partner(s). This should be reinforced with clear and accurate written information.	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	NA	S	NA	Punto de Buena Práctica clínica	NA
Starting treatment - What hospital treatment should be given and when should it be recommended?	Inpatient antibiotic treatment should be based on intravenous therapy which should be continued until 24 hours after clinical improvement and followed by oral therapy. Recommended regimens are: ☒ ceftriaxone 2 g by intravenous infusion daily plus intravenous doxycycline 100 mg twice daily,* followed by oral doxycycline 100 mg twice daily plus oral metronidazole 400 mg twice daily for a total of 14 days. * Oral doxycycline may be used if tolerated. ☒ intravenous dindamycin 900 mg three times daily plus intravenous gentamicin,* followed by either ☒ oral dindamycin 450 mg four times daily to complete 14 days OR ☒ oral doxycycline 100 mg twice daily plus oral metronidazole 400 mg twice daily to complete 14 days. * Gentamicin should be given as a 2 mg/kg loading dose followed by 1.5 mg/kg three times daily [or a single daily dose of 7 mg/kg may be substituted]. ☒ intravenous ofloxacin 400 mg twice daily plus intravenous metronidazole 500 mg three times daily for 14 days.	B	NO REPORTADO	S	NO REPORTADO	11-(GPC), 38-(1-), 39-(1-), 43(1+), 44-(1-), 49-(1-),	SEGÚN VERIFICACIÓN DE CALIDAD DE LA EVIDENCIA, LA CLASIFICACIÓN CORRECTA SERÍA B(1+)
Treatment in a woman with an intrauterine contraceptive device	Consideration should be given to removing an intrauterine contraceptive device (IUD) in women presenting with PID, especially if symptoms have not resolved within 72 hours.	B	1+	S	N	50-(1-), 51-(1-)	SEGÚN VERIFICACIÓN DE CALIDAD DE LA EVIDENCIA, LA CLASIFICACIÓN CORRECTA SERÍA B(1-)
Management of sexual partner(s) of women with PID	When a sexually transmitted infection is either proven or likely to be the cause of PID, the current sexual partner(s) should be contacted and offered health advice and screening for gonorrhoea and chlamydia.	B	3	N	S	2-(3), 55-(3), 56-(3)	SEGÚN VERIFICACIÓN DE CALIDAD DE LA EVIDENCIA, LA CLASIFICACIÓN CORRECTA SERÍA D(3)
	Referral of the index woman and her partner to a genitourinary medicine/sexual health clinic is recommended to facilitate contact tracing and infection screening.	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	NA	S	NA	Punto de Buena Práctica clínica	NA
Review of women with PID	In the outpatient setting, review at 72 hours is recommended, particularly for those with a moderate or severe clinical presentation.	C	4	N	S	Opiniones de externos (Evidencia 4)	SEGÚN VERIFICACIÓN DE CALIDAD DE LA EVIDENCIA, LA CLASIFICACIÓN CORRECTA SERÍA D(4)

ANEXO 5

ANEXO 5. TABLAS DE EVIDENCIA ADAPTACIÓN GUÍA EPI – RCOG 2008

Pregunta No. 45
Guía: ITS/ITG Grupo temático: DOLOR PÉLVICO BAJO:EPI
CUÁL ES EL TRATAMIENTO AMBULATORIO/HOSPITALARIO MAS EFECTIVO Y SEGURO DEL SINDROME DE DOLOR PÉLVICO BAJO?

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces
Mujeres con síntomas y signos concordantes con Dolor pélvico bajo	Ceftriaxona +	Azitromicina+	Mejoría clínica reportada por el paciente
	Doxiciclina+	Metronidazol	Persistencia del dolor pélvico bajo
	Metronidazol		Hospitalización
			Reacciones adversas
		Otra Cefalosporina de 3ª generacion parenteral+	
		Doxiciclina+	
		Metronidazol	

1-TRATAMIENTO AMBULATORIO

Author(s): Rodríguez A.E.

Date: 2011-11-15

Question: Should Manejo Hospitalario vs Manejo Ambulatorio be used for Pacientes con EPI leve a moderada?

Settings: Atención primaria

Bibliography: Ness RB, Soper DE, Holley RL, Peipert J, Randall H, Sweet RL, et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial. Am J Obstet Gynecol 2002;186:929–37.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Manejo Hospitalario	Manejo Ambulatorio	Relative (95% CI)	Absolute		
Infertilidad (follow-up mean 35 months; assessed with: Proporción de embarazos)												
1	randomised trials	no serious risk of bias ¹	serious ²	no serious indirectness	no serious imprecision	none	172/410 (42%)	166/398 (41.7%)	OR 1 (0.71 to 1.39)	0 fewer per 1000 (from 80 fewer to 82 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								30%		0 fewer per 1000 (from 67 fewer to 73 more)		
								50%		0 fewer per 1000 (from 85 fewer to 82 more)		
Embarazo Ectópico (follow-up mean 35 months; assessed with: Proporción de embarazos ectópicos)												
1	randomised trials	no serious risk of bias ³	serious ^{1,2}	no serious indirectness	no serious imprecision	none	4/410 (0.98%)	1/398 (0.25%)	OR 3.66 (0.4 to 33.12)	7 more per 1000 (from 2 fewer to 74 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								0%		-		
								1%		26 more per 1000 (from 6 fewer to 241 more)		
Dolor pélvico crónico (follow-up mean 35 months; assessed with: Proporción de pacientes con dolor pélvico)												
1	randomised trials	no serious risk of bias ³	serious ^{1,2}	no serious indirectness	no serious imprecision	none	128/380 (33.7%)	110/369 (29.8%)	OR 1.24 (0.87 to 1.77)	47 more per 1000 (from 28 fewer to 131 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								25%		42 more per 1000 (from 25 fewer to 121 more)		
								40%		53 more per 1000		

										(from 33 fewer to 141 more)		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------------	--	--

¹ Dado que es un estudio multicéntrico deberían reportarse las características de las pacientes por centro para saber si son comparables.

² No se reportan características de las pacientes estratificadas por institución

³ La intervención (hospitalización vs tratamiento ambulatorio) no permite ser cegada.

Author(s): Rodríguez AE

Date: 2011-11-15

Question: Should Severidad de la EPI be used for pronóstico de infertilidad?

Settings: Atención primaria

Bibliography: Lepine LA, Hillis SD, Marchbanks PA, Joesoef MR, Peterson HB, Westrom L. Am J Obstet Gynecol 1998;178:977-81. Severity of pelvic inflammatory disease as a predictor of the probability of live birth

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Severidad de la EPI	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Infertilidad (follow-up mean 12 years; assessed with: Proporción de pacientes con imposibilidad de lograr un nacimiento vivo - EPI Leve vs. EPI Moderada en ptes sin EPI's posteriores)												
1	observational studies	serious ^{1,2}	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	strong association dose response gradient ³	47/471 (10%)	27/305 (8.9%)	OR 1.3 (1 to 1.7)	24 more per 1000 (from 0 more to 53 more)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								10%		26 more per 1000 (from 0 more to 59 more)		
								20%		45 more per 1000 (from 0 more to 98 more)		
Infertilidad (follow-up mean 12 years; assessed with: Proporción de pacientes con imposibilidad de lograr un nacimiento vivo - EPI leve vs. EPI severa en ptes sin EPI's posteriores)												
1	observational studies	serious ^{1,2,4}	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	strong association dose response gradient ³	102/255 (40%)	27/305 (8.9%)	OR 1.7 (1.3 to 2.4)	53 more per 1000 (from 24 more to 101 more)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								8%		49 more per 1000 (from 22 more to 93 more)		
								45%		132 more per 1000 (from 65 more to 213 more)		
Infertilidad (follow-up mean 12 years; assessed with: Proporción de pacientes con imposibilidad de lograr un nacimiento vivo - EPI leve vs. EPI moderada en ptes con EPI's posteriores)												
1	observational studies	serious ^{1,2,4}	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	strong association dose response gradient ³	39/105 (37.1%)	7/63 (11.1%)	OR 1.8 (1.1 to 2.9)	73 more per 1000 (from 10 more to 155 more)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								10%		67 more per 1000 (from 9 more to 144 more)		
								40%		145 more per 1000 (from 23 more to 259 more)		
Infertilidad (follow-up mean 12 years; assessed with: Proporción de pacientes con imposibilidad de lograr un nacimiento vivo - EPI leve vs. EPI severa en ptes con EPI's posteriores)												
1	observational studies	serious ^{1,2,4}	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	strong association dose response gradient ⁵	56/75 (74.7%)	7/63 (11.1%)	OR 8.1 (3 to 22.2)	392 more per 1000 (from 162 more to 624 more)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								10%		374 more per 1000 (from		

										150 more to 612 more)		
								80%		170 more per 1000 (from 123 more to 189 more)		

¹ No se reporta medición del desenlace al comienzo del estudio

² No se comparan las pacientes participantes y las pacientes que se perdieron durante el seguimiento, con respeto al status de exposición.

³ Muestra relación entre severidad de EPI y Proporción de nacidos vivos

⁴ No se reporta si la evaluación del desenlace se hizo de forma ciega con respecto al status de exposición.

⁵ No explanation was provided

Author(s): Rodríguez AE

Date: 2011-11-16

Question: Should Tratamiento tardío de la EPI be used for factor de riesgo de infertilidad?

Settings: Atención primaria

Bibliography: Hillis et al. American Journal of Obstetrics and Gynecology Volume 168(5), May 1993, pp 1503-1509. Delayed Care of Pelvic Inflammatory Disease as a Risk Factor for Impaired Fertility

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Tratamiento tardío de la EPI	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Infertilidad (timing of exposure 24 years; assessed with: No. de embarazos ectópicos o infertilidad)												
1	observational studies ¹	serious ^{2,3}	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	strong association dose response gradient ⁴	76 cases	367 controls	OR 2.8 (1.3 to 6.1)	-	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								19%		206 more per 1000 (from 44 more to 399 more)		
								80%		118 more per 1000 (from 39 more to 161 more)		

¹ case-control

² No se reporta si se verificó que los controles fueran no casos

³ No se reporta si se tomaron medidas para evitar que el conocimiento previo de la exposición influenciara en la selección de los casos

⁴ Se reporta gradiente dosis-respuesta para número de días para la atención desde el inicio de la sintomatología y aumento del riesgo de infertilidad

Author(s): RODRÍGUEZ AE

Date: 2011-11-22

Question: Should Ofloxacin vs Cefoxitin + Doxiciclina be used for Tratamiento ambulatorio de EPI?

Settings: Atención primaria

Bibliography: Martens et al. South Med J. 1993 Jun;86(6):604-10. Multicenter randomized trial of ofloxacin versus cefoxitin y doxycycline in outpatient treatment in pelvic inflammatory disease

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Ofloxacin	Cefoxitin + Doxiciclina	Relative (95% CI)	Absolute		
Mejoría Clínica (follow-up mean 30 days; assessed with: Cura o mejoría^{1,2})												
1	randomised trials	serious ³	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision ⁴	none	122/128 (95.3%) ⁵	112/121 (92.6%) ⁶	RR 1.0297 (0.9664 to 1.0972) ⁷	27 more per 1000 (from 31 fewer to 90 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								90%		27 more per 1000 (from 30 fewer to 87 more)		
								98%		29 more per 1000 (from 33 fewer to 95 more)		
Seguridad (follow-up mean 30 days; assessed with: Eventos adversos presentados)												
1	randomised trials	serious ³	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	9/138 (6.5%)	20/134 (14.9%)	RR 0.437 (0.2064 to 0.925)	84 fewer per 1000 (from 11 fewer to 118 fewer)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								5%		28 fewer per 1000 (from 4 fewer to 40 fewer)		
								20%		113 fewer per 1000 (from 15 fewer to 159 fewer)		

¹ En el estudio se definió cura como la resolución total de la sensibilidad (dolor abdominal bajo, dolor aneal, dolor a la movilización del cérvix), mejoría como la resolución parcial de la sensibilidad que no requirió tratamiento antibiótico adicional y falla como la mejoría mínima o ausente de la sensibilidad que requirió tratamiento antibiótico adicional.

² No se utiliza cura microbiológica como desenlace pues el cultivo solo fue positivo en 68 de las 249 mujeres.

³ Aunque hubo aleatorización no se hace referencia al ocultamiento ni al cegamiento. Se reportan pérdidas o exclusiones del 16%. No se reporta comparación entre pacientes de las diferentes instituciones participantes (estudio multicéntrico en el que participaron 16 instituciones de EE.UU)

⁴ No se reportan medidas de riesgo ni intervalos de confianza.

⁵ Intervención: Ofloxacin

⁶ Comparación: Cefoxitin+Doxiciclina

⁷ RR e IC no reportados en el artículo. Se calcularon con base en la información brindada.

Author(s): RODRÍGUEZ AE

Date: 2011-12-04

Question: Should Ofloxacin vs Cefoxitin-Doxycycline-Probenecid be used for Manejo ambulatorio de pacientes con EPI?

Settings: Atención primaria

Bibliography: Walker CK, Kahn JG, Washington AE, Peterson HB, Sweet RL. Pelvic inflammatory disease: metaanalysis of antimicrobial regimen efficacy. J Infect Dis 1993;168:969–78.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Ofloxacin	Cefoxitin-Doxycycline-Probenecid	Relative (95% CI)	Absolute		
Mejoría Clínica (follow-up mean 1 months; assessed with: Resolución de signos y síntomas y/o anomalías en paraclínicos¹)												
1	randomised trials	very serious ²	very serious ³	no serious indirectness	serious ⁴	reporting bias ⁵	35/37 (94.6%)	34/35 (97.1%)	RR 0.97 (0.88 to 1.07) ⁶	29 fewer per 1000 (from 117 fewer to 68 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								90%		27 fewer per 1000 (from 108 fewer to 63 more)		
								99%		30 fewer per 1000 (from 119 fewer to 69 more)		

¹ Algunos estudios midieron el desenlace de forma clínica, otros por medio de laboratorio y otros por ambos métodos.

² No se hace claridad sobre cómo se extrajeron los datos, no se menciona si se verificaron duplicados, sólo se hizo búsqueda en PUBMED, no se reportan indicadores de heterogeneidad, no se evaluó sesgo de publicación, no declaración de conflictos de interés.

³ No se reportan indicadores de heterogeneidad como I2 o chi.

⁴ No explanation was provided

⁵ No se reporta evaluación del sesgo de publicación

⁶ No se reportan medidas de riesgo ni intervalos de confianza de las mismas en el estudio.

Author(s): RODRÍGUEZ AE

Date: 2011-12-05

Question: Should Clindamicina-Ciprofloxacina vs Ceftriaxona-Doxiciclina be used for Epi leve-moderada?

Settings: Atención primaria

Bibliography: 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;24:170-8.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Clindamicina-Ciprofloxacina	Ceftriaxona-Doxiciclina	Relative (95% CI)	Absolute		
Mejoría Clínica (follow-up mean 3 weeks; assessed with: Cura o mejoría¹)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	65/67 (97%)	61/64 (95.3%)	RR 1.02 (0.95 to 1.09)	19 more per 1000 (from 48 fewer to 86 more)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								90%		18 more per 1000 (from 45 fewer to 81 more)		
								99%		20 more per 1000 (from 50 fewer to 89 more)		
Seguridad (follow-up mean 3 weeks; assessed with: Efectos secundarios gastrointestinales (Náuseas, vómito, diarrea))												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	32/67 (47.8%)	46/64 (71.9%)	RR 0.66 (0.495 to 0.891) ³	244 fewer per 1000 (from 78 fewer to 363 fewer)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								20%		68 fewer per 1000 (from 22 fewer to 101 fewer)		
								80%		272 fewer per 1000 (from 87 fewer to 404 fewer)		

¹ Cura definida como ausencia o mínima sensibilidad pélvica, temperatura < 37.5°C y conteo de glóbulos blancos menor o igual a 10.000/mm³. Mejoría definida como la resolución de dos de los tres ítes anteriores.

² Tamaño de muestra con bajo poder

³ Intervalos de confianza no reportados en el estudio

Author(s): RODRÍGUEZ AE

Date: 2011-12-05

Question: Should Cefotetan-Doxiciclina vs Cefoxitin-Doxiciclina be used for Pacientes con EPI aguda hospitalizadas?

Settings: Atención Primaria-Secundaria

Bibliography: 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;19:720-7.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Cefotetan-Doxiciclina	Cefoxitin-Doxiciclina	Relative (95% CI)	Absolute		
Disminución de la severidad (follow-up mean 2 weeks; measured with: Disminución del puntaje en la escala de severidad de los síntomas¹; range of scores: 0-24; Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness ²	serious ³	none	88	89	-	mean 2.2 higher (1.34 to 3.06 higher) ⁴	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
Mejoría Paraclínica (follow-up mean 2 weeks; measured with: Reducción en conteo de Leucitos en sangre; Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	88	89	-	mean 7.8 higher (7.15 to 8.45 higher) ⁵	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
Cura Clínica (follow-up mean 2 weeks; assessed with: Disminución de la severidad, temperatua y recuento leucocitario normales⁶)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	84/88 (95.5%)	75/89 (84.3%)	RR 1.13 (1.02 to 1.25)	110 more per 1000 (from 17 more to 211 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								80%		104 more per 1000 (from 16 more to 200 more)		
								99%		129 more per 1000 (from 20 more to 248 more)		
Seguridad-EA gastrointestinales (follow-up mean 2 weeks; assessed with: Presencia de diarrea, náuseas o vómito)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	30/114 (26.3%)	26/114 (22.8%)	RR 1.15 (0.73 to 1.82)	34 more per 1000 (from 62 fewer to 187 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								0%		-		
								0%		-		
Seguridad-EA Tracto genital (follow-up median 2 weeks; assessed with: Presencia de síntomas vaginales y vulvares)												

1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	3/114 (2.6%)	9/114 (7.9%)	RR 0.33 (0.09 to 1.2)	53 fewer per 1000 (from 72 fewer to 16 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								1%		7 fewer per 1000 (from 9 fewer to 2 more)		
								10%		67 fewer per 1000 (from 91 fewer to 20 more)		

¹ Se valoró severidad de la enfermedad durante examen pélvico y abdominal, de acuerdo a modificaciones a los sistemas descritos por McCormack et al y Thompson et al. El máximo puntaje posible era 24, que indicaba la mayor severidad.

² Los tratamientos a los que hace referencia el estudio están dirigidos en principio a pacientes hospitalizadas, con EPI aguda. Dicho tratamiento hospitalario se administra en promedio por 4 días y luego se continúa con tratamiento ambulatorio.

³ Tamaño de muestra con bajo poder.

⁴ Media de puntajes de la escala de severidad de enfermedad en el grupo de intervención, medida 2 semanas después del inicio del tratamiento. La media inicial fue de 11.6 puntos, DS: 4.5.

⁵ Media de conteo leucocitario luego de 2 semanas de instaurado el tratamiento antibiótico. Media inicial 11.2/mm³, DS:5.9.

⁶ Cura clínica medida como disminución en la escala de severidad de 70% o más, normalidad en recuento leucocitario sanguíneo y temperatura normal.

Author(s): RODRÍGUEZ AE

Date: 2011-12-07

Question: Should Cefotetan-Doxiciclina vs Clindamicina-Gentamicina be used for Pacientes con EPI aguda hospitalizadas?

Settings: Atención primaria-secundaria

Bibliography: 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;19:720-7.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Cefotetan-Doxiciclina	Clindamicina-Gentamicina	Relative (95% CI)	Absolute		
Disminución de la severidad (follow-up mean 2 weeks; measured with: Disminución del puntaje en la escala de severidad de los síntomas¹; range of scores: 0-24; Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness ²	serious ³	none	88	98	-	mean 2.2 higher (1.34 to 3.06 higher)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
Mejoría Paraclínica (follow-up mean 2 weeks; measured with: Reducción en conteo de Leucitos en sangre; range of scores: 0-24; Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	88	98	-	mean 7.8 higher (7.15 to 8.45 higher) ⁴	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
Cura Clínica (follow-up mean 2 weeks; assessed with: Disminución de la severidad, temperatura y recuento leucocitario normales⁵)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	84/88 (95.5%)	87/98 (88.8%)	RR 1.08 (0.99 to 1.17)	71 more per 1000 (from 9 fewer to 151 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								80%		64 more per 1000 (from 8 fewer to 136 more)		
								99%		79 more per 1000 (from 10 fewer to 168 more)		
Seguridad-EA gastrointestinales (follow-up mean 2 weeks; assessed with: Presencia de diarrea, náuseas o vómito)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ⁶	none	30/114 (26.3%)	26/116 (22.4%)	RR 1.17 (0.74 to 1.85)	38 more per 1000 (from 58 fewer to 191 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								10%		17 more per 1000 (from 26 fewer to 85 more)		
								350%		595 more per 1000		

										(from 910 fewer to 1000 more)		
Seguridad-EA Tracto genital (follow-up mean 2 weeks; assessed with: Presencia de síntomas vaginales y vulvares)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	3/114 (2.6%)	6/116 (5.2%)	RR 0.51 (0.13 to 1.99)	25 fewer per 1000 (from 45 fewer to 51 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								0%		-		

¹ Se valoró severidad de la enfermedad durante examen pélvico y abdominal, de acuerdo a modificaciones a los sistemas descritos por McCormack et al y Thompson et al. El máximo puntaje posible era 24, que indicaba la mayor severidad.

² Los tratamientos a los que hace referencia el estudio están dirigidos en principio a pacientes hospitalizadas, con EPI aguda. Dicho tratamiento hospitalario se administra en promedio por 4 días y luego se continúa con tratamiento ambulatorio

³ Tamaño de muestra con bajo poder.

⁴ Media de conteo leucocitario luego de 2 semanas de instaurado el tratamiento antibiótico. Media inicial 11.2/mm³, DS:5.9.

⁵ Cura clínica medida como disminución en la escala de severidad de 70% o más, normalidad en recuento leucocitario sanguíneo y temperatura normal.

⁶ No explanation was provided

Author(s): RODRIGUEZ AE

Date: 2011-12-09

Question: Should Clindamicina-Gentamicina vs Cefoxitin-doxiciclina be used for Pacientes hospitalizadas con EPI?

Settings: Atención primaria y secundaria

Bibliography: The European Study Group. Comparative evaluation of clindamycin/gentamicin and cefoxitin/doxycycline for treatment of pelvic inflammatory disease: a multi-center trial. Acta Obstet Gynecol Scand 1992;71:129-34.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Clindamicina-Gentamicina	Cefoxitin-doxiciclina	Relative (95% CI)	Absolute		
Mejoría Clínica (follow-up 28-35 days; assessed with: Resolución de signos y síntomas)												
1	randomised trials	serious ^{1,2,3}	serious ⁴	no serious indirectness	serious ⁵	none	52/60 (86.7%)	46/55 (83.6%)	RR 1.04 (0.89 to 1.21)	33 more per 1000 (from 92 fewer to 176 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								80%		32 more per 1000 (from 88 fewer to 168 more)		
								95%		38 more per 1000 (from 105 fewer to 200 more)		
Seguridad-EA gastrointestinales (follow-up 28-35 days; assessed with: Presencia de glositis, náuseas, vómito, diarrea o disconfort anal)												
1	randomised trials	serious ^{1,2,3}	serious ⁴	no serious indirectness	serious ⁶	none	15/88 (17%)	10/82 (12.2%)	RR 1.4 (0.67 to 2.93)	49 more per 1000 (from 40 fewer to 235 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								5%		20 more per 1000 (from 16 fewer to 97 more)		
								25%		100 more per 1000 (from 82 fewer to 483 more)		

¹ En el título, abstract y resultados se menciona que fue un estudio aleatorizado pero no describen método de aleatorización.

² No hubo cegamiento pues se trataba de un ensayo abierto.

³ No se realizó ocultamiento.

⁴ Se trata de un ensayo clínico multicéntrico, no se reportan características de las pacientes estratificadas por centro.

⁵ Tamaño de muestra de bajo poder

⁶ No explanation was provided

Author(s): RODRÍGUEZ AE

Date: 2011-12-09

Question: Should Ceftriaxona-Azitromicina vs Ceftriaxona-Doxiciclina be used for Manejo ambulatorio de EPI?

Settings: Atención primaria

Bibliography: 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;110:53–60.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Ceftriaxona-Azitromicina	Ceftriaxona-Doxiciclina	Relative (95% CI)	Absolute		
Cura Clínica según Escala Visual Análoga para dolor (follow-up mean 30 days; assessed with: Disminución del 70% o más en el puntaje de la Escala Visual Análoga para el dolor¹)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	35/56 (62.5%) ²	23/42 (54.8%) ³	RR 1.14 (0.81 to 1.61) ⁴	77 more per 1000 (from 104 fewer to 334 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL
								40%		56 more per 1000 (from 76 fewer to 244 more)		
								0%		-		
Cura Clínica según Escala de McCormack para el dolor (follow-up mean 30 days; assessed with: Disminución del 70% o más en el puntaje de la Escala Visual Análoga para el dolor³)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	21/56 (37.5%) ²	13/42 (31%) ³	RR 1.21 (0.69 to 2.13) ⁶	65 more per 1000 (from 96 fewer to 350 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL
								25%		53 more per 1000 (from 78 fewer to 283 more)		
								45%		95 more per 1000 (from 139 fewer to 509 more)		
Cura Clínica (Por protocolo) (follow-up median 30 days; assessed with: Criterios clínicos y de laboratorio⁷)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	56/57 (98.2%) ²	42/49 (85.7%) ³	RR 1.15 (1.02 to 1.29) ⁸	129 more per 1000 (from 17 more to 249 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL
								80%		120 more per 1000 (from 16 more to 232 more)		
								99%		148 more per 1000 (from 20 more to 287 more)		

Cura clínica (Intención de tratar) (follow-up mean 30 days; assessed with: Criterios clínicos y de laboratorio ¹)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	56/62 (90.3%) ²	42/58 (72.4%) ³	RR 1.25 (1.04 to 1.5) ^{8,9}	181 more per 1000 (from 29 more to 362 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL
							80%	200 more per 1000 (from 32 more to 400 more)				
							99%	248 more per 1000 (from 40 more to 495 more)				

¹ Disminución en el puntaje de la EVA con respecto a la medición basal, en el día 14 de seguimiento.

² Ceftriaxona-Azitromicina

³ Ceftriaxona-Doxiciclina

⁴ En el estudio, los autores no reportan intervalos de confianza sino una prueba de Fisher con valor p=0.53

⁵ Disminución en el puntaje de la Escala para el dolor de McCormack con respecto a la medición basal, en el día 14 de seguimiento.

⁶ En el estudio, los autores no reportan intervalos de confianza sino una prueba de Fisher con valor p=0.52.

⁷ Ausencia o mínima sensibilidad pélvica, temperatura axilar de 37.7 °C o menor, recuento leucocitario de 10.000/mm³, con un mínimo de 4 días de tratamiento.

⁸ En el estudio, los autores no reportan intervalos de confianza sino una prueba de Fisher con valor p=0.02

⁹ En el estudio, los autores no reportan intervalos de confianza sino una prueba de Fisher con valor p=0.01

2-TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Author(s): RODRÍGUEZ AE

Date: 2011-11-22

Question: Should Ofloxacin vs Cefoxitin + Doxycycline be used for Tratamiento EPI no complicada?

Settings: Atención primaria-secundaria

Bibliography: Martens et al. South Med J. 1993 Jun;86(6):604-10. Multicenter randomized trial of ofloxacin versus cefoxitin y doxycycline in outpatient treatment in pelvic inflammatory disease

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Ofloxacin	Cefoxitin + Doxycycline	Relative (95% CI)	Absolute		
Mejoría Clínica (follow-up mean 30 days; assessed with: Cura o mejoría^{1,2})												
1	randomised trials	serious ³	no serious inconsistency	no serious indirectness ⁴	no serious imprecision ⁵	none	122/128 (95.3%) ⁶	112/121 (92.6%) ⁷	RR 1.0297 (0.9664 to 1.0972) ⁸	27 more per 1000 (from 31 fewer to 90 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								90%		27 more per 1000 (from 30 fewer to 87 more)		
								98%		29 more per 1000 (from 33 fewer to 95 more)		
Seguridad (follow-up mean 30 days; assessed with: Eventos adversos presentados)												
1	randomised trials	serious ³	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	9/138 (6.5%)	20/134 (14.9%)	RR 0.437 (0.2064 to 0.925)	84 fewer per 1000 (from 11 fewer to 118 fewer)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								5%		28 fewer per 1000 (from 4 fewer to 40 fewer)		
								20%		113 fewer per 1000 (from 15 fewer to 159 fewer)		

¹ En el estudio se definió cura como la resolución total de la sensibilidad (dolor abdominal bajo, dolor anaxial, dolor a la movilización del cérvix), mejoría como la resolución parcial de la sensibilidad que no requirió tratamiento antibiótico adicional y falla como la mejoría mínima o ausente de la sensibilidad que requirió tratamiento antibiótico adicional.

² No se utiliza cura microbiológica como desenlace pues el cultivo solo fue positivo en 68 de las 249 mujeres.

³ Aunque hubo aleatorización no se hace referencia al ocultamiento ni al cegamiento. Se reportan pérdidas o exclusiones del 16%. No se reporta comparación entre pacientes de las diferentes instituciones participantes (estudio multicéntrico en el que participaron 16 instituciones de EE.UU)

⁴ El artículo aporta evidencia para pacientes ambulatorias.

⁵ No se reportan medidas de riesgo ni intervalos de confianza.

⁶ Intervención: Ofloxacin

⁷ Comparación: Cefoxitin+Doxiciclina

⁸ RR e IC no reportados en el artículo. Se calcularon con base en la información brindada.

Author(s): RODRÍGUEZ AE

Date: 2011-12-04

Question: Should esquemas antibióticos be used for Pacientes con EPI hospitalizadas?¹

Settings: Atención primaria

Bibliography: Walker CK, Kahn JG, Washington AE, Peterson HB, Sweet RL. Pelvic inflammatory disease: metaanalysis of antimicrobial regimen efficacy. J Infect Dis 1993;168:969–78.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	esquemas antibióticos	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Curación Clínica (follow-up 0.5 - 7 months; assessed with: Criterios clínicos/laboratorio²)												
1	randomised trials	very serious ^{3,4,5}	very serious ^{6,7}	no serious indirectness	serious ⁸	reporting bias ^{9,10}	-	-	- ¹¹	- ¹²	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								0%		-		

¹ La pregunta de los autores de la RS es: Con el fin de maximizar la respuesta clínica y reducir morbilidad y costos, cómo debería ser tratada la EPI?

² Algunos estudios midieron el desenlace de forma clínica, otros por medio de laboratorio y otros por ambos métodos.

³ No se hace claridad sobre cómo se extrajeron los datos, no se menciona si se verificaron duplicados, sólo se hizo búsqueda en PUBMED, no se reportan indicadores de heterogeneidad, no se evaluó sesgo de publicación, no declaración de conflictos de interés.

⁴ Al aplicar Lista de chequeo AMSTAR solo se cumplieron 4 de los 11 ítems.

⁵ De los 25 ECA's incluidos 24 fueron aleatorizado pero 23 no fueron ciegos. Diferencias marcadas en la descripción de los diseños y características de la población entre los diferentes estudios, Solo se reportó periodo de seguimiento en 13 estudios.

⁶ No se reportan indicadores de heterogeneidad como I2 o chi.

⁷ Se trata de un meta-análisis pero no reportan medidas de heterogeneidad. Sin embargo, en varios apartados los autores reconocen que hubo una gran variabilidad en los criterios de inclusión de los diferentes estudios incluidos, lo cual indicaría que posiblemente haya una gran variabilidad entre los artículos incluidos.

⁸ Para algunos esquemas de tratamiento, hay estudios con muy pocos pacientes lo que le restaría poder a los mismos.

⁹ No se reporta evaluación del sesgo de publicación

¹⁰ Solo se realizó la búsqueda en PUBMED.

¹¹ No se reportan medidas de riesgo ni intervalos de confianza de las mismas en el estudio.

¹² SE CONSIDERA QUE DADA LA BAJA CALIDAD METODOLÓGICA DEL META-ANÁLISIS Y EL PRESUNTO ALTO GRADO DE HETEROGENEIDAD DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS, NO SE PUEDEN ELABORAR TABLAS DE EVIDENCIA CON LA INFORMACIÓN PROVEÍDA POR EL ARTÍCULO.

Author(s): RODRÍGUEZ AE

Date: 2011-12-05

Question: Should Cefotetan-Doxiciclina vs Cefoxitin-Doxiciclina be used for Pacientes con EPI aguda hospitalizadas?

Settings: Atención Primaria-Secundaria

Bibliography: 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;19:720-7.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Cefotetan-Doxiciclina	Cefoxitin-Doxiciclina	Relative (95% CI)	Absolute		
Disminución de la severidad (follow-up mean 2 weeks; measured with: Disminución del puntaje en la escala de severidad de los síntomas¹; range of scores: 0-24; Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness ²	serious ³	none	88	89	-	mean 2.2 higher (1.34 to 3.06 higher) ⁴	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
Mejoría Paraclínica (follow-up mean 2 weeks; measured with: Reducción en conteo de Leucitos en sangre; Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	88	89	-	mean 7.8 higher (7.15 to 8.45 higher) ⁵	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
Curación Clínica (follow-up mean 2 weeks; assessed with: Disminución de la severidad, temperatura y recuento leucocitario normales⁶)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	84/88 (95.5%)	75/89 (84.3%)	RR 1.13 (1.02 to 1.25)	110 more per 1000 (from 17 more to 211 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								80%		104 more per 1000 (from 16 more to 200 more)		
								99%		129 more per 1000 (from 20 more to 248 more)		
Seguridad-EA gastrointestinales (follow-up mean 2 weeks; assessed with: Presencia de diarrea, náuseas o vómito)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	30/114 (26.3%)	26/114 (22.8%)	RR 1.15 (0.73 to 1.82)	34 more per 1000 (from 62 fewer to 187 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								0%		-		
								0%		-		
Seguridad-EA Tracto genital (follow-up median 2 weeks; assessed with: Presencia de síntomas vaginales y vulvares)												

1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	3/114 (2.6%)	9/114 (7.9%)	RR 0.33 (0.09 to 1.2)	53 fewer per 1000 (from 72 fewer to 16 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								1%		7 fewer per 1000 (from 9 fewer to 2 more)		
								10%		67 fewer per 1000 (from 91 fewer to 20 more)		

¹ Se valoró severidad de la enfermedad durante examen pélvico y abdominal, de acuerdo a modificaciones a los sistemas descritos por McCormack et al y Thompson et al. El máximo puntaje posible era 24, que indicaba la mayor severidad.

² Los tratamientos a los que hace referencia el estudio están dirigidos en principio a pacientes hospitalizadas, con EPI aguda. Dicho tratamiento hospitalario se administra en promedio por 4 días y luego se continúa con tratamiento ambulatorio.

³ Tamaño de muestra con bajo poder.

⁴ Media de puntajes de la escala de severidad de enfermedad en el grupo de intervención, medida 2 semanas después del inicio del tratamiento. La media inicial fue de 11.6 puntos, DS: 4.5.

⁵ Media de conteo leucocitario luego de 2 semanas de instaurado el tratamiento antibiótico. Media inicial 11.2/mm³, DS:5.9.

⁶ Cura clínica medida como disminución en la escala de severidad de 70% o más, normalidad en recuento leucocitario sanguíneo y temperatura normal.

Author(s): RODRÍGUEZ AE

Date: 2011-12-07

Question: Should Cefotetan-Doxiciclina vs Clindamicina-Gentamicina be used for Pacientes con EPI aguda hospitalizadas?

Settings: Atención primaria-secundaria

Bibliography: 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;19:720-7.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Cefotetan-Doxiciclina	Clindamicina-Gentamicina	Relative (95% CI)	Absolute		
Disminución de la severidad (follow-up mean 2 weeks; measured with: Disminución del puntaje en la escala de severidad de los síntomas¹; range of scores: 0-24; Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness ²	serious ³	none	88	98	-	mean 2.2 higher (1.34 to 3.06 higher)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
Mejoría Paraclínica (follow-up mean 2 weeks; measured with: Reducción en conteo de Leucitos en sangre; range of scores: 0-24; Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	88	98	-	mean 7.8 higher (7.15 to 8.45 higher) ⁴	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
Curación Clínica (follow-up mean 2 weeks; assessed with: Disminución de la severidad, temperatura y recuento leucocitario normales⁵)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	84/88 (95.5%)	87/98 (88.8%)	RR 1.08 (0.99 to 1.17)	71 more per 1000 (from 9 fewer to 151 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								80%		64 more per 1000 (from 8 fewer to 136 more)		
								99%		79 more per 1000 (from 10 fewer to 168 more)		
Seguridad-EA gastrointestinales (follow-up mean 2 weeks; assessed with: Presencia de diarrea, náuseas o vómito)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ⁶	none	30/114 (26.3%)	26/116 (22.4%)	RR 1.17 (0.74 to 1.85)	38 more per 1000 (from 58 fewer to 191 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								10%		17 more per 1000 (from 26 fewer to 85 more)		
								350%		595 more per 1000		

										(from 910 fewer to 1000 more)		
Seguridad-EA Tracto genital (follow-up mean 2 weeks; assessed with: Presencia de síntomas vaginales y vulvares)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	3/114 (2.6%)	6/116 (5.2%)	RR 0.51 (0.13 to 1.99)	25 fewer per 1000 (from 45 fewer to 51 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								0%		-		

¹ Se valoró severidad de la enfermedad durante examen pélvico y abdominal, de acuerdo a modificaciones a los sistemas descritos por McCormack et al y Thompson et al. El máximo puntaje posible era 24, que indicaba la mayor severidad.

² Los tratamientos a los que hace referencia el estudio están dirigidos en principio a pacientes hospitalizadas, con EPI aguda. Dicho tratamiento hospitalario se administra en promedio por 4 días y luego se continúa con tratamiento ambulatorio

³ Tamaño de muestra con bajo poder.

⁴ Media de conteo leucocitario luego de 2 semanas de instaurado el tratamiento antibiótico. Media inicial 11.2/mm³, DS:5.9.

⁵ Cura clínica medida como disminución en la escala de severidad de 70% o más, normalidad en recuento leucocitario sanguíneo y temperatura normal.

⁶ No explanation was provided

Author(s): RODRÍGUEZ AE

Date: 2012-01-18

Question: Should Pefloxacin-Metronidazol vs Doxiciclina-Metronidazol be used in Mujeres con EPI hospitalizadas?

Settings: Atención primaria-secundaria

Bibliography: Witte et al. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1993;50:153-8. A comparison of pefloxacin/metronidazole and doxycycline/metronidazole in the treatment of laparoscopically confirmed acute pelvic inflammatory disease

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Pefloxacina-Metronidazol	Doxiciclina-Metronidazol	Relative (95% CI)	Absolute		
Cura o mejoría Clínica (follow-up median 15 days; assessed with: Cura o mejoría de los signos y síntomas al finalizar tto¹)												
1	randomised trials	very serious ²	serious ³	no serious indirectness	serious ⁴	none	19/20 (95%)	17/20 (85%)	RR 1.18 (0.9 to 1.38) ⁵	153 more per 1000 (from 85 fewer to 323 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								80%		144 more per 1000 (from 80 fewer to 304 more)		
								95%		171 more per 1000 (from 95 fewer to 361 more)		
Efectos adversos (follow-up mean 15 days; assessed with: Presencia de algún efecto adverso relacionado a la ingesta del medicamento)												
1	randomised trials	very serious ²	serious ³	no serious indirectness	serious ⁴	none	1/20 (5%) ⁶	2/20 (10%) ⁷	RR 0.5 (0.05 to 5.08) ⁵	50 fewer per 1000 (from 95 fewer to 408 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								5%		25 fewer per 1000 (from 47 fewer to 204 more)		
								20%		100 fewer per 1000 (from 190 fewer to 816 more)		

¹ Criterios de cura definidos así: 1-Cura: Apirexia durable y resolución de todos los síntomas, 2-Mejoría: Resolución de los síntomas y signos sin cura completa, 3-Falla: Ausencia de respuesta clínica favorable o deterioro de condición clínica y 4-Recaída: Recurrencia de síntomas clicos luego del cese del tratamiento.

² Ocultamiento y cegamiento no reportados, no es claro que los dosgrupos sean similares al comienzo, pues no se reportan características demográficas y de factores de riesgo de la población estudiada, El desenlace "cura clinica" es medido de forma muy subjetiva.

³ No se reportan características demográficas de las pacientes incluidas en cada grupo ni por institución (participaron 2 instituciones en le estudio)

⁴ Tamaño de muestra de bajo poder

⁵ Riesgo Relativo calculado pro Epi-info 7. En el estudio no se reportan medidas de riesgo.

⁶ Presencia de náuseas que NO requirieron suspensión del tratamiento.

⁷ Vómito y rash que obligaron a descontinuar tratamiento.

Author(s): RODRIGUEZ AE

Date: 2011-12-09

Question: Should Clindamicina-Gentamicina vs Cefoxitin-doxiciclina be used for Pacientes hospitalizadas con EPI?

Settings: Atención primaria y secundaria

Bibliography: The European Study Group. Comparative evaluation of clindamycin/gentamicin and cefoxitin/doxycycline for treatment of pelvic inflammatory disease: a multi-center trial. Acta Obstet Gynecol Scand 1992;71:129-34.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Clindamicina-Gentamicina	Cefoxitin-doxiciclina	Relative (95% CI)	Absolute		
Mejoría Clínica (follow-up 28-35 days; assessed with: Resolución de signos y síntomas)												
1	randomised trials	serious ^{1,2,3}	serious ⁴	no serious indirectness	serious ⁵	none	52/60 (86.7%)	46/55 (83.6%)	RR 1.04 (0.89 to 1.21)	33 more per 1000 (from 92 fewer to 176 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								80%		32 more per 1000 (from 88 fewer to 168 more)		
								95%		38 more per 1000 (from 105 fewer to 200 more)		
Seguridad-EA gastrointestinales (follow-up 28-35 days; assessed with: Presencia de glositis, náuseas, vómito, diarrea o disconfort anal)												
1	randomised trials	serious ^{1,2,3}	serious ⁴	no serious indirectness	serious ⁶	none	15/88 (17%)	10/82 (12.2%)	RR 1.4 (0.67 to 2.93)	49 more per 1000 (from 40 fewer to 235 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								5%		20 more per 1000 (from 16 fewer to 97 more)		
								25%		100 more per 1000 (from 82 fewer to 483 more)		

¹ En el título, abstract y resultados se menciona que fue un estudio aleatorizado pero no describen método de aleatorización.

² No hubo cegamiento pues se trataba de un ensayo abierto.

³ No se realizó ocultamiento.

⁴ Se trata de un ensayo clínico multicéntrico, no se reportan características de las pacientes estratificadas por centro.

⁵ Tamaño de muestra de bajo poder

⁶ No explanation was provided

3-RETIRO O NO RETIRO DEL DIU EN PACIENTES CON EPI

Author(s): RODRÍGUEZ AE

Date: 2012-01-20

Question: Should No extracción del DIU vs Extacción del DIU be used for Pacientes con EPI?

Settings: Atención primaria-secundaria

Bibliography: Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. Contraception 1981; 24:137-143.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No extracción del DIU	Extacción del DIU	Relative (95% CI)	Absolute		
Mejoría (follow-up median 8 days; measured with: Tiempo de disminución del pico de VSG a la mitad¹; range of scores: >40-10; Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	very serious ²	very serious ³	no serious indirectness	very serious ⁴	none	23 ⁵	23 ⁶	-	mean 8.2 higher (6.69 to 9.71 higher) ⁷	⊖○○○ VERY LOW	CRITICAL

¹ La VSG fu medida el primer día de hospitalización, el segundo día y luego cada tercer día. De esta manera se estudiaba el curso de la enfermedad.

² No se reporta método de aleatorización, no se reporta cegamiento, no se reporta ocultamiento, no se reportan las características demográficas de los grupos por lo tanto no se puede determinar si son grupos similares al inicio del estudio, la forma de medir el desenlace de mejoría (valores de VSG) no es la medida más adecuada pues es un poco inespecífica par la enfermedad.

³ No se reportan las características demográficas de la población a estudiar por lo tanto no se puede establecer el grado de heterogeneidad de los grupos a comparar.

⁴ Tamaño de muestra con bajo poder. Las desviaciones standar reportadas para para meidas de tiempo son altas.

⁵ No extracción del DIU

⁶ Extracción del DIU

⁷ Calculado con base en el promedio y desviación standr reportados en el artículo. Se utilizó distribución t.

Author(s): RODRÍGUEZ AE

Date: 2012-02-06

Question: Should No extracción del DIU vs Extracción del DIU previa al tto de la EPI be used for Pacientes con EPI que utilizan DIU?

Settings: Atención primaria-secundaria

Bibliography: 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;107:81-4.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No extracción del DIU	Extracción del DIU previa al tto de la EPI	Relative (95% CI)	Absolute		
Mejoría clínica (follow-up mean 15 days; assessed with: Presencia de dolor pélvico¹)												
1	randomised trials	serious ²	serious ³	no serious indirectness	very serious ⁴	none	34/66 (51.5%) ⁵	9/51 (17.6%) ⁶	RR 3.4 (1.8 to 6.6) ⁷	424 more per 1000 (from 141 more to 988 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								10%		240 more per 1000 (from 80 more to 560 more)		
								60%		1000 more per 1000 (from 480 more to 1000 more)		
Mejoría clínica (follow-up mean 15 days; assessed with: Dolor a la movilización cervical⁸)												
1	randomised trials	serious ²	serious ³	no serious indirectness	serious ⁴	none	37/66 (56.1%) ⁵	6/60 (10%) ⁶	RR 5.6 (2.5 to 12.3) ⁷	460 more per 1000 (from 150 more to 1000 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								10%		460 more per 1000 (from 150 more to 1000 more)		
								60%		1000 more per 1000 (from 900 more to 1000 more)		
Mejoría Clínica (follow-up mean 15 days; measured with: Recuento leucocitario; range of scores: 5000-11000; Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	serious ²	serious ³	no serious indirectness	serious ⁴	none	66 ⁵	60 ⁶	-	mean 10000 higher (9445 to 10555 higher) ⁹	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL

¹ Síntoma referido por la paciente a los 15 días de seguimiento

² Método de aleatorización inadecuado (número del formato de recolección de datos: se removió DIU en números pares), no se reporta ocultamiento, no se reportan características demográficas de los grupos comparados ni de la institución en donde fueron atendidas las pacientes.

³ Solo se reporta la comparación de las características basales de signos y síntomas. No se reportan características socio-demográficas que pudieran indicar variabilidad de la muestra estudiada.

⁴ No se describen parámetros para calcular tamaño de muestra.

⁵ Mantener DIU

⁶ Retiro DIU

⁷ Calculado por Epilnfo 7

⁸ Signo evaluado por el clínico al examen físico.

⁹ Calculado por excel 2010

CONSENSO FORMAL DE EXPERTOS - MARZO 12 DE 2012
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: ABORDAJE SINDRÓMICO PARA EL DIAGNÓSTICO
Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y OTRAS INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL

SÍNDROME DE DOLOR PÉLVICO BAJO-EPI

1-¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO AMBULATORIO MÁS EFECTIVO Y SEGURO DE LA ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORÍA?

Durante el consenso informal del pasado 10 de febrero se acordó el siguiente tratamiento ambulatorio para la EPI:

☑ Ceftriaxona intramuscular de 500 mg dosis única más azitromicina 1g vía oral por semana durante dos semanas más metronidazol 500 mg dos veces al día durante 14 días.

Sin embargo, no hubo acuerdo sobre el tratamiento alternativo. Se han propuesto las siguientes tres alternativas que serán sometidas a consenso formal:

- **ESQUEMA 1: Ofloxacina 400m vía oral cada 12 horas por 14 días más Metronidazol 500mg vía oral cada 12 horas por 14 días.**
- **ESQUEMA 2: Monoterapia con moxifloxacina 400mg al día vía oral por 14 días.**
- **ESQUEMA 3: Espectinomicina 2gr intramuscular dosis única más azitromicina 1g vía oral por semana durante dos semanas más metronidazol 500 mg dos veces al día durante 14 días.**

A continuación se presentan las tablas de evidencia y síntesis de evidencia para cada uno de estos esquemas.

1.1 ESQUEMA 1: OFLOXACINA 400M VÍA ORAL CADA 12 HORAS POR 14 DÍAS MÁS METRONIDAZOL 500MG VÍA ORAL CADA 12 HORAS POR 14 DÍAS.

Author(s): RODRÍGUEZ AE

Date: 2012-03-04

Question: Should Moxicloxacina vs Ofloxacina más Metronidazol be used for Pacientes con EPI de manejo ambulatorio?

Settings: Cuidado primario

Bibliography: J D C Ross, H S Cronje, T Paszkowski, I Rakoczi, D Vildaite, A Kureishi, M Alefelder, P Arvis, P Reimnitz, on behalf of the MAIDEN Study Group. Moxifloxacin versus ofloxacin plus metronidazole in uncomplicated pelvic inflammatory disease: results of a multicentre, double blind, randomised trial. Sex Transm Infect 2006;82:446–451

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Moxicloxacina	Ofloxacina más Metronidazol	Relative (95% CI)	Absolute		
Resolución Clínica de la sintomatología (follow-up 28-42 days; assessed with: Test de McCormack¹)												
1	randomised trials	serious ²	no serious inconsistency ³	no serious indirectness	no serious imprecision	none	286/378 (75.7%) ⁴	300/363 (82.6%) ⁵	RR 0.92 (0.85 to 0.99) ⁶	66 fewer per 1000 (from 8 fewer to 124 fewer)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								70%		56 fewer per 1000 (from 7 fewer to 105 fewer)		
								95%		76 fewer per 1000 (from 9 fewer to 142 fewer)		
Efectos adversos GI (follow-up 28-42 days; assessed with: Presencia de algun efecto GI¹)												
1	randomised trials	serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	54/378 (14.3%)	71/363 (19.6%)	RR 0.73 (0.53 to 1)	53 fewer per 1000 (from 92 fewer to 0 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								5%		13 fewer per 1000 (from 24 fewer to 0 more)		
								25%		67 fewer per 1000 (from 118 fewer to 0 more)		

¹ Reducción de puntaje del dolor pélvico mayor al 70%, apirexia y recuento de glóbulos blancos menor a 10.500/mm³.

² No se reporta el mecanismo de aleatorización utilizado en el estudio. Aunque fue un estudio multicéntrico, no se reportan características de las pacientes de cada institución para ver si son comparables.

³ No explanation was provided

⁴ Moxifloxacin

⁵ Ofloxacin-Metronidazol

⁶ Calculado a partir de Epi-info 7

⁷ Náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea.

1.2 ESQUEMA 2: MONOTERAPIA CON MOXIFLOXACINA 400MG AL DÍA VÍA ORAL POR 14 DÍAS.

Author(s): RODRÍGUEZ AE

Date: 2012-03-04

Question: Should Moxicloxacina vs Ofloxacina más Metronidazol be used for Pacientes con EPI de manejo ambulatorio?

Settings: Cuidado primario

Bibliography: J D C Ross, H S Cronje⁶, T Paszkowski, I Rakoczi, D Vildaite, A Kureishi, M Alefelder, P Arvis, P Reimnitz, on behalf of the MAIDEN Study Group. Moxifloxacin versus ofloxacin plus metronidazole in uncomplicated pelvic inflammatory disease: results of a multicentre, double blind, randomised trial. *Sex Transm Infect* 2006;82:446–451

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Moxicloxacina	Ofloxacina más Metronidazol	Relative (95% CI)	Absolute		
Resolución Clínica de la sintomatología (follow-up 28-42 days; assessed with: Test de McCormack¹)												
1	randomised trials	serious ²	no serious inconsistency ³	no serious indirectness	no serious imprecision	none	286/378 (75.7%) ⁴	300/363 (82.6%) ⁵	RR 0.92 (0.85 to 0.99) ⁵	66 fewer per 1000 (from 8 fewer to 124 fewer)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								70%		56 fewer per 1000 (from 7 fewer to 105 fewer)		
								95%		76 fewer per 1000 (from 9 fewer to 142 fewer)		
Efectos adversos GI (follow-up 28-42 days; assessed with: Presencia de algun efecto GI⁷)												
1	randomised trials	serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	54/378 (14.3%)	71/363 (19.6%)	RR 0.73 (0.53 to 1)	53 fewer per 1000 (from 92 fewer to 0 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								5%		13 fewer per 1000 (from 24 fewer to 0 more)		
								25%		67 fewer per 1000 (from 118 fewer to 0 more)		

¹ Reducción de puntaje del dolor pélvico mayor al 70%, apirexia y recuento de glóbulos blancos menor a 10.500/mm³.

² No se reporta el mecanismo de aleatorización utilizado en el estudio. Aunque fue un estudio multicéntrico, no se reportan características de las pacientes de cada institución para ver si son comparables.

³ No explanation was provided

⁴ Moxifloxacin

⁵ Ofloxacin-Metronidazole

⁶ Calculado a partir de Epi-info 7

⁷ Náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea.

Author(s): RODRÍGUEZ AE

Date: 2012-03-04

Question: Should Moxifloxacin vs Levofloxacin más metronidazol be used for Paciente con EPI de tto ambulatorio?

Settings: Cuidado primario

Bibliography: Judlin P, Liao Q, Liu Z, Reimnitz P, Hampel B, Arvis P. Efficacy and safety of moxifloxacin in uncomplicated pelvic inflammatory disease: the MONALISA study. BJOG. 2010 Nov;117(12):1475-84.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Moxifloxacin	Levofloxacin más metronidazol	Relative (95% CI)	Absolute		
Mejoría durante la terapia AB (follow-up mean 2 weeks; assessed with: Test McCormack, temperatura y WBC¹)												
1	randomised trials	serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	198/228 (86.8%) ³	212/232 (91.4%) ⁴	RR 0.95 (0.9 to 1)	46 fewer per 1000 (from 91 fewer to 0 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								80%		40 fewer per 1000 (from 80 fewer to 0 more)		
								98%		49 fewer per 1000 (from 98 fewer to 0 more)		
Mejoría durante el seguimiento (follow-up 28-42 days; assessed with: Cura continuada⁵)												
1	randomised trials	serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	166/228 (72.8%) ³	169/232 (72.8%) ⁴	RR 1 (0.89 to 1.11)	0 fewer per 1000 (from 80 fewer to 80 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								65%		0 fewer per 1000 (from 72 fewer to 72 more)		
								85%		0 fewer per 1000 (from 94 fewer to 94 more)		
Efectos Adversos GI (follow-up 28-42 days; assessed with: Presencia de Náuseas)												

1	randomised trials	serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	42/228 (18.4%) ³	53/232 (22.8%) ⁴	RR 0.8 (0.6 to 1.2)	46 fewer per 1000 (from 91 fewer to 46 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								5%		10 fewer per 1000 (from 20 fewer to 10 more)		
								35%		70 fewer per 1000 (from 140 fewer to 70 more)		

¹ Reducción en el puntaje de sensibilidad de McCormack de 30 a 70%, apirexia (oral, rectal <38°C), WBC < 10.500/mm³.

² Si bien se estableció que el grupo de intervención recibía moxifloxacina y el de comparación levofloxacina-MTZ, se reporta que a las pacientes que tuvieron prueba positiva de Neisseria por PCR en los dos grupos se les agregó ceftriaxona.

³ Moxifloxacina

⁴ Levofloxacina más Metronidazol

⁵ Reducción de >70% en el puntaje de sensibilidad de McCormack en comparación con el puntaje inicial y apirexia.

Author(s): RODRÍGUEZ AE

Date: 2012-03-04

Question: Should Moxifloxacin vs Doxiciclina más Metronidazol más Ciprofloxacina be used for EPI no complicada?

Settings: Cuidado Primario

Bibliography: M Heystek and J D C Ross. randomized double-blind comparison of moxifloxacin and doxycycline/metronidazole/ciprofloxacin in the treatment of acute, uncomplicated pelvic inflammatory disease. International Journal of STD & AIDS 2009; 20: 690–695.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Moxifloxacina	Doxiciclina más Metronidazol más Ciprofloxacina	Relative (95% CI)	Absolute		
Éxito Clínico (follow-up 3-5 weeks; assessed with: Cura o Mejoría Clínica¹)												
1	randomised trials	very serious ²	serious ²	no serious indirectness	no serious imprecision	none	264/343 (77%) ³	250/326 (76.7%) ⁴	RR 1 (0.9 to 1.1)	0 fewer per 1000 (from 77 fewer to 77 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								70%		0 fewer per 1000 (from 70 fewer to 70 more)		
								95%		0 fewer per 1000 (from 95 fewer to 95 more)		
Efectos Adversos GI (follow-up 3-5 weeks; assessed with: Presencia de algún evento gastrointestinal⁵)												
1	randomised trials	very serious ²	serious ²	no serious indirectness	no serious imprecision	none	100/343 (29.2%) ³	149/326 (45.7%) ⁴	RR 0.6 (0.5 to 0.8)	183 fewer per 1000 (from 91 fewer to 229 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								15%		60 fewer per 1000 (from 30 fewer to 75 fewer)		
								50%		200 fewer per 1000 (from 100 fewer to 250 fewer)		

¹ Respuesta al tratamiento fue clasificada según Thompson et al. en donde cura es definida como disminución del puntaje de severidad > o igual al 70% más temperatura y conteo de leucitos normales, y mejoría clínica definida como disminución del puntaje de severidad <70% pero >30% más temperatura y conteo de leucitos normales.

² No se reporta mecanismo de aleatorización, ni mecanismo de ocultamiento. Aunque el título menciona que fue doble ciego no se reporta la estrategia bajo la cual se pudo mantener el cegamiento, en algunas características de la línea de base no parece haber homogeneidad, no se reportan valores p en la tabla 1 de características demográficas de los grupos a comparar. No se reportan las pérdidas. Se trata de un estudio multicéntrico pero no se reportan las características de las pacientes de las diferentes instituciones lo que no permite saber si son comparables.

³ Moxifloxacina

⁴ Doxi-MTZ-Cipro

⁵ Diarrea, náusea, vómito o náusea y vómito.

Author(s): RODRÍGUEZ AE

Date: 2012-03-04

Question: Should Moxifloxacin be used in Patients with EPI not complicated?

Settings: Atención primaria

Bibliography: Moxifloxacin: new indication. Do not use in gynaecological infections or other conditions. Prescrire Int. 2009 Oct;18(103):207.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Moxifloxacin	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Mejoría clínica												
0	No evidence available					none	-	-	-	-		CRITICAL
								0%		-		

En este reporte¹⁶ en el que se hace hincapié en que las fluoroquinolonas, entre ellas la moxifloxacin, no son antibióticos de primera línea en el manejo de enfermedad pélvica inflamatoria.

Finalmente, la guía de práctica clínica de EPI de la British Association for Sexual Health and HIV (BASHH)¹⁷, indica que "...la ofloxacin y la moxifloxacin deben ser evitados en pacientes con alto riesgo de EPI gonocócica debido al incremento de la resistencia a las quinolonas en el Reino Unido. Las quinolonas también serían evitadas como primera línea de tratamiento para EPI en áreas donde >5% de las EPI's son causadas por *Neisseria* resistente a quinolonas".

1.3 ESQUEMA 3: ESPECTINOMICINA 2GR INTRAMUSCULAR DOSIS ÚNICA MÁS AZITROMICINA 1G VÍA ORAL POR SEMANA DURANTE DOS SEMANAS MÁS METRONIDAZOL 500 MG DOS VECES AL DÍA DURANTE 14 DÍAS.

- Al realizar la búsqueda de literatura no se encontraron revisiones sistemáticas ni ensayos clínicos que evaluaran la efectividad/seguridad de la espectinomicina para el manejo de EPI.

¹⁶ Moxifloxacin: new indication. Do not use in gynaecological infections or other conditions. Prescrire Int. 2009 Oct;18(103):207.

¹⁷ British Association for Sexual Health and HIV. United Kingdom national guideline for the management of pelvic inflammatory disease. June 2011. <http://www.bashh.org/guidelines> (Acceso el 4 de marzo de 2012).

- Al orientar la búsqueda utilizando los términos relacionados con el agente infeccioso y el tratamiento antibiótico, tampoco se obtienen revisiones sistemáticas o ensayos clínicos. Solo se obtienen dos artículos (una revisión y una carta al editor) que hacen referencia a la susceptibilidad antimicrobiana gonocócica. La revisión encontrada¹⁸ reporta la siguiente tabla sobre resistencia y susceptibilidad intermedia de Neisseria:

TABLE 1
Proportion of *Neisseria gonorrhoeae* isolates in Russia displaying resistance and intermediate susceptibility to the four antimicrobials used in the recommended gonorrhoea treatment, Russia, 2007 (n=660) and 2008 (n=900)

	Proportion of isolates (%)			
	Intermediate susceptible		Resistant	
	2007	2008	2007	2008
Ciprofloxacin (S≤0.06 mg/l; R≥1 mg/l)	5.5	7.5	49.6	49.1
Spectinomycin (S≤32; R≥128)	3.6	1.1	0.9	7.2
Ceftriaxone (S≤0.25)	0	0	0	0
Azithromycin (S≤0.25; R≥1)	7.4	4.8	2.3	0.4

R: resistant; S: susceptible

Los autores concluyen que debido a la alta resistencia de la Neisseria en Rusia, la ceftriaxona debe ser la primera línea de tratamiento para infecciones gonocócicas. Se consideraría el uso de Espectinomicina ante la no disponibilidad de la Ceftriaxona o en casos donde se documente alergia severa a beta lactámicos.

A su vez, la carta al editor¹⁹ encontrada en la búsqueda los autores llaman la atención sobre la poca efectividad de la espectinomicina en el tratamiento de infecciones gonocócicas faríngeas por su excreción pobre en la saliva. Refieren adicionalmente, que la espectinomicina es efectiva en infecciones gonocócicas de cérvix, uretra y recto no complicadas.

¹⁸ Kubanova A, Frigo N, Kubanov A, Sidorenko S, Lesnaya I, Polevshikova S. et al. The Russian gonococcal antimicrobial susceptibility programme (RU-GASP)--national resistance prevalence in 2007 and 2008, and trends during 2005-2008. Euro Surveill. 2010 Apr 8;15(14).

¹⁹ Gil-Setas A, Navascues-Ortega A, Beristain X. Spectinomycin in the treatment of gonorrhoea. Euro Surveill. 2010 May 13;15(19)

1.4 SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA

SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA

Al realizar la búsqueda de revisiones sistemáticas para los últimos 5 años no se obtuvieron resultados relacionados con el tópico de interés.

Al realizar la búsqueda para ensayos clínicos para los últimos 5 años, se obtuvieron 3 ensayos que incluían el uso de moxifloxacina o de ofloxacina-metronidazol para manejo de EPI no complicada (los dos primeros esquemas sugeridos por el consenso de expertos del 10 de febrero).

En el primero de ellos se realiza un ensayo en donde se compara la moxifloxacina con Ofloxacina-metronidazol para el manejo de EPI no complicada. Si bien, para el desenlace de mejoría clínica no hay diferencias significativas entre los dos tratamientos, pareciera favorecerse un poco más y brindar mejores resultados el esquema Ofloxacina-Metronidazol (75.7% y 82.6% respectivamente). Para el desenlace de eventos adversos, tampoco se encontraron diferencias significativas aunque fue mayor la frecuencia en el grupo de ofloxacina-metronidazol (19.6% versus 14.3% en el grupo de moxifloxacina).

En el segundo estudio se compara la monoterapia de moxifloxacina con el esquema levofloxacina-metronidazol para el tratamiento de EPI no complicada en 460 mujeres asiáticas. La tasa de cura clínica fue de 78.4% y 81.6% respectivamente (IC95%: -10.7-4.9). La tasa de cura microbiológica fue de 90% y 84.6% respectivamente (IC95%: -12.7-20.3). En el grupo de pacientes sometidas a moxifloxacina, fueron adicionados 250mg de ceftriaxona intramuscular para aquellas en las que se detectó *Neisseria* por PCR. Solo se identificaron agentes microbiológicos causantes de la EPI, en el 18% de las pacientes expuestas a moxifloxacina y 15% de las pacientes con el régimen de levofloxacina-metronidazol. Los efectos adversos fueron similares en los dos grupos.

En el tercer estudio se compara la monoterapia con moxifloxacina y la terapia triconjugada doxiciclina-metronidazol-ciprofloxacina. La tasa de cura clínica con los dos regímenes fue de 96.6% y 98% a las dos semanas de tratamiento respectivamente. La cura microbiológica fue de 92.5% y 88.2% a las dos semanas respectivamente. Los efectos adversos presentaron diferencias estadísticamente significativas con un RR de 0.6 (IC95%: 0.5-0.8) favoreciendo el uso de Moxifloxacina para disminuir la frecuencia de eventos adversos gastrointestinales.

En un reporte se hace hincapié en que las fluoroquinolonas, entre ellas la moxifloxacina, no son antibióticos de primera línea en el manejo de enfermedad pélvica inflamatoria.

	<p>Finalmente, la guía de práctica clínica de EPI de la British Association for Sexual Health and HIV (BASHH)²⁰, indica que <i>“...la ofloxacina y la moxifloxacina deben ser evitados en pacientes con alto riesgo de EPI gonocócica debido al incremento de la resistencia a las quinolonas en el Reino Unido. Las quinolonas también serían evitadas como primera línea de tratamiento para EPI en áreas donde >5% de las EPI’s son causadas por Neisseria resistente a quinolonas”</i>.</p> <p>Sobre el uso de espectinomicina no se encontraron ensayos o revisiones sistemáticas. Solo se encuentran documentos de revisión y cartas al editor en los os autores concluyen que debido a la alta resistencia de la Neisseria en Rusia, la ceftriaxona debe ser la primera línea de tratamiento para infecciones gonocócicas. Se consideraría el uso de Espectinomicina ante la no disponibilidad de la Ceftriaxona o en casos donde se documente alergia severa a beta lactámicos. Adicionalmente se llama la atención de la baja efectividad de la espectinomicina para infecciones gonocócicas faríngeas.</p>
--	--

SEGUIMIENTO PARA LA PACIENTE CON EPI

RECOMEDACIÓN GUÍA EPI ROYAL COLLEGE	<p>En la paciente con tratamiento ambulatorio de EPI, se recomienda hacer seguimiento a las 72 horas, particularmente para aquellas pacientes que cursan con una presentación clínica moderada o severa.</p>
SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA GUÍA EPI ROYAL COLLEGE	<p>La no mejoría clínica sugiere la necesidad de mayor investigación para excluir diagnósticos compatibles y puede requerir hospitalización para tratamiento parenteral y/o intervención quirúrgica.</p> <p>El seguimiento a las 4-6 semanas puede ser útil para asegurar:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Adecuada respuesta clínica al tratamiento •Cumplimiento con los antibióticos orales •Diagnóstico y tratamiento de parejas sexuales •Sensibilización sobre el significado de la EPI y sus secuelas •Que una segunda prueba de embarazo es negativa, si clínicamente está indicado.

²⁰ British Association for Sexual Health and HIV. United Kingdom national guideline for the management of pelvic inflammatory disease. June 2011. <http://www.bashh.org/guidelines> (Acceso el 4 de marzo de 2012).

	<p>Repetir la prueba para gonorrea después del tratamiento, es recomendado en quienes se encontraban inicialmente infectadas por dicho agente a menos que las pruebas de sensibilidad del aislamiento confirmen la sensibilidad al antibiótico prescrito.</p> <p>Es apropiado repetir las pruebas para gonorrhoea y chlamydia en las pacientes en quienes persistan los síntomas y en aquellas en las que el cumplimiento o el seguimiento a la pareja indiquen la posibilidad de recurrencia o persistencia de la infección.</p>
<p>ACTUALIZACIÓN DE LA EVIDENCIA</p>	<p>No se encontraron RS, MA o ECA's que abordaran el ítem en cuestión para los últimos 5 años.</p> <p><u>Recomendaciones de GPC existentes:</u></p> <p>1- BASHH 2011: <i>“El seguimiento a las 72 horas es recomendado, particularmente para aquellas pacientes que cursan con una presentación clínica moderada o severa.”</i></p> <p>2- CDC 2010: <i>“Las pacientes deben mostrar una mejoría sustancial a los tres días de iniciada la terapia. Las pacientes que no mejoran en este periodo requieren hospitalización, pruebas diagnósticas adicionales y tratamiento quirúrgico”.</i></p> <p>3-OMS-2005: <i>“Las pacientes ambulatorias con EPI deben controlarse durante 72 horas y es necesario hospitalizarlas cuando no mejoren” (pág. 29)</i></p>
<p>CALIDAD DE LA EVIDENCIA</p>	<p>Muy baja (Recomendaciones de expertos).</p>

ANEXO 6

ANEXO 6. BÚSQUEDA COMPLICACIONES DE LA EPI

1. BÚSQUEDA PUBMED (AGOSTO 31 DE 2011)

1.1 BÚSQUEDA DE RS, MA Y ECA's

Search	Most Recent Queries	Result
#9	Select 4 document(s)	4
#8	Search ((#1) AND #2) AND #3 Limits: Humans, published in the last 10 years	55
#7	Select 2 document(s)	2
#6	Search ((#1) AND #2) AND #5 Limits: Humans, published in the last 10 years	25
#5	Search "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "systematic review"[tiab]	59321
#4	Search prognos*[Title/Abstract] OR (first[Title/Abstract] AND episode[Title/Abstract]) OR cohort[Title/Abstract]	473655
#3	Search randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract])	323313
#2	Search Pelvic Inflammatory Disease OR Endometritis OR Oophoritis OR Parametritis OR Salpingitis OR Disease, Pelvic Inflammatory OR Diseases, Pelvic Inflammatory OR Inflammatory Diseases, Pelvic OR Pelvic Inflammatory Diseases OR Pelvic Disease, Inflammatory OR Inflammatory Disease, Pelvic OR Inflammatory Pelvic Disease OR Disease, Inflammatory Pelvic OR Diseases, Inflammatory Pelvic OR Inflammatory Pelvic Diseases OR Pelvic Diseases, Inflammatory OR Adnexitis OR Endomyometritis OR Oophoritides OR Parametritides OR Cellulitis, Pelvic OR Cellulitides, Pelvic OR Pelvic Cellulitides OR Pelvic Cellulitis OR Salpingitides	13504
#1	Search Complications OR associated disease OR coexistent conditions OR sequels OR concomitant conditions OR concomitant disease OR sequelae OR associated conditions OR coexistent disease OR complication	

DETALLES BÚSQUEDA TÉRMINO "COMPLICACIONES"

("complications"[Subheading] OR "complications"[All Fields]) OR ("complications"[Subheading] OR "complications"[All Fields] OR ("associated"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR "associated disease"[All Fields]) OR ("complications"[Subheading] OR "complications"[All Fields] OR ("coexistent"[All Fields] AND "conditions"[All Fields]) OR "coexistent conditions"[All Fields]) OR ("complications"[Subheading] OR "complications"[All Fields] OR "sequels"[All Fields]) OR ("complications"[Subheading] OR "complications"[All Fields] OR ("concomitant"[All Fields] AND "conditions"[All Fields]) OR "concomitant conditions"[All Fields]) OR ("complications"[Subheading] OR "complications"[All Fields] OR ("concomitant"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR "concomitant disease"[All Fields]) OR ("complications"[Subheading] OR "complications"[All Fields] OR "sequelae"[All Fields]) OR ("complications"[Subheading] OR "complications"[All Fields] OR ("associated"[All Fields] AND "conditions"[All Fields]) OR "associated conditions"[All Fields]) OR ("complications"[Subheading] OR "complications"[All Fields] OR ("coexistent"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR "coexistent disease"[All Fields]) OR complication[All Fields]

SE REVISARON LOS 25 TÍTULOS OBTENIDOS EN LA BÚSQUEDA PERO NINGUNO SE RELACIONABA CON COMPLICACIONES DE EPI.

SELECCIÓN DE ECA'S:

SE REVISARON LOS 55 TÍTULOS OBTENIDOS EN LA BÚSQUEDA Y SE ENCONTRARON 4 ARTÍCULOS QUE TRATAN EL TÓPICO DE COMPLICACIONES DE LA EPI. SON LOS SIGUIENTES:

Results: 4

[Impact of intensified testing for urogenital Chlamydia trachomatis infections: a randomised study with 9-year follow-up.](#)

Andersen B, van Valkengoed I, Sokolowski I, Møller JK, Østergaard L, Olesen F. Sex Transm Infect. 2011 Mar;87(2):156-61. Epub 2010 Nov 20.

[Failure of cefoxitin and doxycycline to eradicate endometrial Mycoplasma genitalium and the consequence for clinical cure of pelvic inflammatory disease.](#)

Haggerty CL, Totten PA, Astete SG, Lee S, Hoferka SL, Kelsey SF, Ness RB. Sex Transm Infect. 2008 Oct;84(5):338-42. Epub 2008 Apr 29.

[Do short-term markers of treatment efficacy predict long-term sequelae of pelvic inflammatory disease?](#)

Trautmann GM, Kip KE, Richter HE, Soper DE, Peipert JF, Nelson DB, Trout W, Schubeck D, Bass DC, Ness RB. Am J Obstet Gynecol. 2008 Jan;198(1):30.e1-7.

[Endometritis does not predict reproductive morbidity after pelvic inflammatory disease.](#)

Haggerty CL, Ness RB, Amortegui A, Hendrix SL, Hillier SL, Holley RL, Peipert J, Randall H, Sondheimer SJ, Soper DE, Sweet RL, Trucco G. Am J Obstet Gynecol. 2003 Jan;188(1):141-8.

1.2 BÚSQUEDA DE ESTUDIOS PRONÓSTICO

Search	Most Recent Queries	Result
#4	Search (((Complications OR associated disease OR coexistent conditions OR sequels OR concomitant conditions OR concomitant disease OR sequelae OR associated conditions OR coexistent disease OR complication)) AND (Pelvic Inflammatory Disease OR Endometritis OR Oophoritis OR Parametritis OR Salpingitis OR Disease, Pelvic Inflammatory OR Diseases, Pelvic Inflammatory OR Inflammatory Diseases, Pelvic OR Pelvic Inflammatory Diseases OR Pelvic Disease, Inflammatory OR Inflammatory Disease, Pelvic OR Inflammatory Pelvic Disease OR Disease, Inflammatory Pelvic OR Diseases, Inflammatory Pelvic OR Inflammatory Pelvic Diseases OR Pelvic Diseases, Inflammatory OR Adnexitis OR Endomyometritis OR Oophoritides OR Parametritides OR Cellulitis, Pelvic OR Cellulitides, Pelvic OR Pelvic Cellulitides OR Pelvic Cellulitis OR Salpingitides)) AND (prognos*[Title/Abstract] OR (first[Title/Abstract] AND episode[Title/Abstract]) OR cohort[Title/Abstract]) Limits: Humans Search ((#3) AND #2) AND #1 Limits: Humans	252
#3	Search Complications OR associated disease OR coexistent conditions OR sequels OR concomitant conditions OR concomitant disease OR sequelae OR associated conditions OR coexistent disease OR complication	2665420

#2	Search Pelvic Inflammatory Disease OR Endometritis OR Oophoritis OR Parametritis OR Salpingitis OR Disease, Pelvic Inflammatory OR Diseases, Pelvic Inflammatory OR Inflammatory Diseases, Pelvic OR Pelvic Inflammatory Diseases OR Pelvic Disease, Inflammatory OR Inflammatory Disease, Pelvic OR Inflammatory Pelvic Disease OR Disease, Inflammatory Pelvic OR Diseases, Inflammatory Pelvic OR Inflammatory Pelvic Diseases OR Pelvic Diseases, Inflammatory OR Adnexitis OR Endomyometritis OR Oophoritides OR Parametritides OR Cellulitis, Pelvic OR Cellulitides, Pelvic OR Pelvic Cellulitides OR Pelvic Cellulitis OR Salpingitides	13522
#1	Search prognos*[Title/Abstract] OR (first[Title/Abstract] AND episode[Title/Abstract]) OR cohort[Title/Abstract]	476688

SELECCIÓN DE COHORTES - PRONÓSTICO:

SE REVISARON LOS 252 TÍTULOS OBTENIDOS EN LA BÚSQUEDA Y SE ENCONTRARON 11 ARTÍCULOS QUE TRATAN EL TÓPICO DE COMPLICACIONES DE LA EPI. SON LOS SIGUIENTES:

[The value of medical history taking as risk indicator for tuboperitoneal pathology: a systematic review.](#)

Luttjeboer FY, Verhoeve HR, van Dessel HJ, van der Veen F, Mol BW, Coppus SF. BJOG. 2009 Apr;116(5):612-25. Epub 2009 Feb 10. Review.

[Infertility following pelvic inflammatory disease.](#)

Pavletic AJ, Wölner-Hanssen P, Paavonen J, Hawes SE, Eschenbach DA. Infect Dis Obstet Gynecol. 1999;7(3):145-52.

[Severity of pelvic inflammatory disease as a predictor of the probability of live birth.](#)

Lepine LA, Hillis SD, Marchbanks PA, Joesoef MR, Peterson HB, Westrom L. Am J Obstet Gynecol. 1998 May;178(5):977-81.

[Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis.](#)

Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM. Fertil Steril. 1996 Jun;65(6):1093-9.

[Sexually transmitted diseases and infertility.](#)

Weström LV. Sex Transm Dis. 1994 Mar-Apr;21(2 Suppl):S32-7. Review.

[Morbidity following pelvic inflammatory disease.](#)

Buchan H, Vessey M, Goldacre M, Fairweather J. Br J Obstet Gynaecol. 1993 Jun;100(6):558-62.

[Delayed care of pelvic inflammatory disease as a risk factor for impaired fertility.](#)

Hillis SD, Joesoef R, Marchbanks PA, Wasserheit JN, Cates W Jr, Westrom L. Am J Obstet Gynecol. 1993 May;168(5):1503-9.

[Factors influencing spontaneous abortion, dyspareunia, dysmenorrhea, and pelvic pain.](#)

Heisterberg L. Obstet Gynecol. 1993 Apr;81(4):594-7.

[Pelvic inflammatory disease and fertility. A cohort study of 1,844 women with laparoscopically verified disease and 657 control women with normal laparoscopic results.](#)

Weström L, Joesoef R, Reynolds G, Hagdu A, Thompson SE. Sex Transm Dis. 1992 Jul-Aug;19(4):185-92.

[Long-term sequelae of acute pelvic inflammatory disease. A retrospective cohort study.](#)

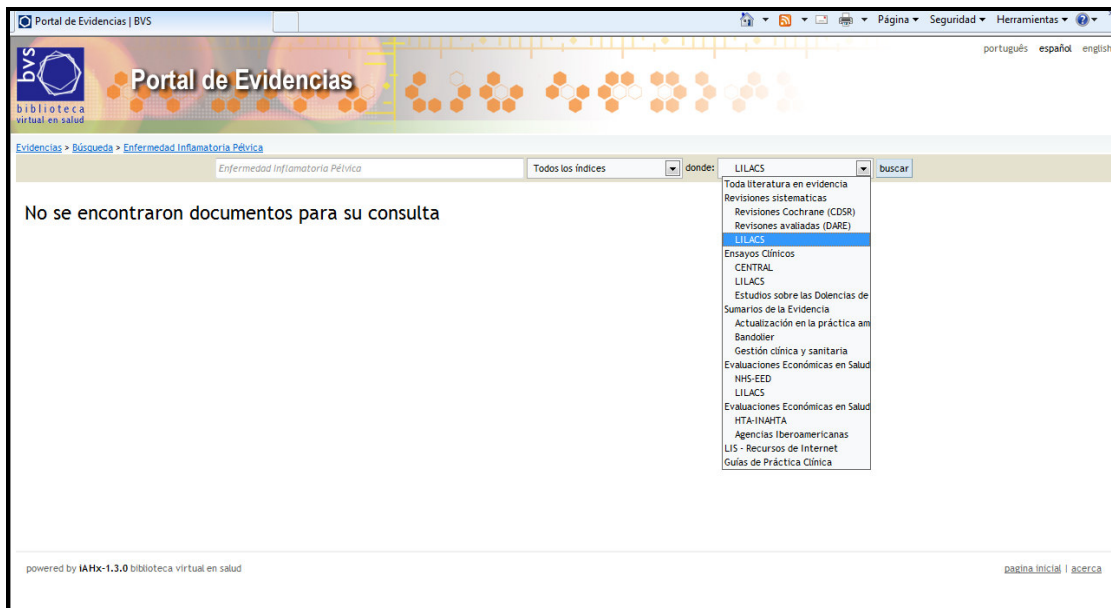
Safrin S, Schachter J, Dahrouge D, Sweet RL.
Am J Obstet Gynecol. 1992 Apr;166(4):1300-5.

[Recurrence of ectopic pregnancy: the role of salpingitis.](#)

Joesoef MR, Westrom L, Reynolds G, Marchbanks P, Cates W.
Am J Obstet Gynecol. 1991 Jul;165(1):46-50.

2. BÚSQUEDA PREGUNTA COMPLICACIONES EPI EN LILACS

2.1 BÚSQUEDA EN LILACS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS – OCTUBRE 11 DE 2011



Con el término Decs *Enfermedad Inflamatoria Pélvica* y el término Decs *complicaciones* no se encontraron registros.
Con el término Decs *Enfermedad Inflamatoria Pélvica* no se encontraron registros.

2.2 BÚSQUEDA EN LILACS DE ECA'S – OCTUBRE 11 DE 2011

The screenshot shows the BVS Portal de Evidencias search results for the term 'Enfermedad Inflamatoria Pélvica'. The search was performed in the LILACS database. Three results are displayed:

- Positive correlation between serum and peritoneal fluid CA-125 levels entre os níveis séricos e no fluido peritoneal de CA-125 em mulheres com endometriosis/ Correlação positiva**
 Autor(es): Amaral, Vivian Ferreira do; Ferriani, Rui Alberto; Sá, Marcos Felipe Silva de; Nogueira, Ana Rosa e; Moura, Marcos Dias de
 [LILACS ID: BI-437232] Idioma(s): Inglés; Português
 Texto en inglés | portugués | Imprimir
- Síndrome de congestión pélvica: Evaluación del dolor después del tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica: evaluación del dolor después del tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica**
 Autor(es): Navarro, Hernando; Vinueza, Beatriz; Martínez, Diana
 [LILACS ID: BI-422867] Idioma(s): Español
 Resumen | Texto en español | Imprimir
- Impipenem/cilastatina no tratamento de infecções pélvicas/ Impipenem/cilastatina no tratamento de infecções pélvicas**
 Autor(es): Silva, João Luiz Pinto e; Credidio, Regina Maria V.; Gabiatti, José Roberto E.; Polli, Carlos Henrique; Bedone, Aloisio José; Silva, José Carlos Gama da; Souza, Gustavo Antonio de
 [LILACS ID: BI-91154] Idioma(s): Português
 Resumen | Texto en español | Imprimir

Con el término Decs *Enfermedad Inflamatoria Pélvica* y el término Decs *complicaciones* no se encontraron tres registros. Se revisaron los 3 registros pero ninguno estaba relacionado con el tópico de interés.

2.3 BÚSQUEDA EN LILACS DE ESTUDIOS PRONÓSTICO – OCTUBRE 11 DE 2011

The screenshot shows the BVS Portal de Evidencias search results for the term 'Enfermedad Inflamatoria Pélvica complicaciones'. The search was performed in the LILACS database. Three results are displayed:

- Enfermedad inflamatoria pélvica/ Pelvic inflammatory disease**
 Autor(es): Hernández Durán, Daisy; Díaz Mitjans, Orlando
 Rev. cuba. obstet. ginecol.; 36(4): 613-631, oct.-dic. 2010. .
 Artículo [LILACS ID: BI-584667] Idioma(s): Español
 Cada año miles de mujeres experimentan un episodio de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) aguda y es inferior, embarazo ectópico, dolores por adherencias, infertilidad tubárica, dispareunia, e piosalpinx, lo complicaciones y secuelas de la EPI son penosamente graves para la enferma, la familia y la sociedad. Apr simple episodio, casi un 25 por ciento después de dos episodios y casi un 50 por ciento después de tres episodios. Se (mas)
 Resumen en español | Inglés | Texto en español | Imprimir | Fotocópia
- Epidemiología, resultados clínicos y costos del tratamiento del absceso tuboovárico/ Epidemiology, clinical results and costs of treatment of the tuboovarian abscess**
 Autor(es): Ovalle S., Alfredo; Casanova B, Andrés; Kakarieka W., Elena; Jourdan H., Fran
 Rev Chil Obstet Ginecol; 73(6): 374-380, 2008. ilus
 Artículo [LILACS ID: BI-550002] Idioma(s): Español
 Objetivos: Conocer frecuencia y factores de riesgo del absceso tuboovárico (ATO), complicaciones y costos diagnóstico de ATO. Los pacientes se manejaron con criterio médico-quirúrgico: uso de antibióticos y cirugía. Se evaluaron en fertilidad futura y en complicaciones: infección y dehiscencia vesical y complicaciones médicas. Resultados: El ATO representó el 73,6 por ciento de los casos hospitalizados por ciento (mas)
 Asunto(s): Humanos Adolescente Adulto Femenino Mediana Edad Enfermedades de las Trompas Uterinas/etiología Enfermedades de las Trompas Uterinas/terapia Enfermedades del Ovario/economía Enfermedades de las Trompas Uterinas/etiología Enfermedades del Ovario/etiología Absceso/complicaciones Dispositivos Intrauterinos Estudios Retrospectivos Factores de Riesgo Actinomicosis/complicaciones Hospitales Públicos Chile/epidemiología
 Resumen en español | Inglés | Texto en español | Imprimir | Fotocópia
- Morbimortalidad por infección Intraabdominal de origen ginecológico/ Morbimortality from intraabdominal infection of gynecological origin**
 Autor(es): Rodríguez Núñez, Ana Caridad; Molina Pérez, Carmen Rosa; Pérez Pérez, Belkis Caridad
 Rev. cuba. obstet. ginecol.; 32(2)mayo-ago. 2006. tab

Con el término Decs *Enfermedad Inflamatoria Pélvica* y el término Decs *complicaciones* se encontraron 30 registros.

Se revisaron los 30 registros pero no se encontraron artículos de calidad que abordaran el tópico. Solo habían 2 revisiones narrativas relacionadas.

3. BÚSQUEDA PREGUNTA COMPLICACIONES EPI – EMBASE

3.1 BÚSQUEDA DE RS Y MA

Embase Session Results – octubre 18



Embase Session Results

No.	Query	Results
#11	#1 AND #5 AND ((cochrane review)/lim OR [meta analysis]/lim OR [systematic review]/lim) AND [embase]/lim	59
#9	#1 AND #5 AND ((controlled clinical trial)/lim OR [randomized controlled trial]/lim) AND [embase]/lim	154
#6	#1 AND #5	2,610
#5	#2 OR #4	1,209,772
#4	sequel AND [embase]/lim	2,437
#3	sequel	3,322
#2	'complication'/syn AND [embase]/lim	1,207,955
#1	'pelvic inflammatory disease'/syn AND [embase]/lim	8,930

No.	Query	Results
#11	#1 AND #5 AND ((cochrane review)/lim OR [meta analysis]/lim OR [systematic review]/lim) AND [embase]/lim	59
#9	#1 AND #5 AND ((controlled clinical trial)/lim OR [randomized controlled trial]/lim) AND [embase]/lim	154
#6	#1 AND #5	2,610
#5	#2 OR #4	1,209,772
#4	sequel AND [embase]/lim	2,437
#3	sequel	3,322
#2	'complication'/syn AND [embase]/lim	1,207,955
#1	'pelvic inflammatory disease'/syn AND [embase]/lim	8,930

RS Y MA:

Se revisaron las 59 RS y MA obtenidos y solo se encontró uno que abordaba el tópico de interés. Dicha referencia ya había sido localizada por PUBMED.

Referencia Seleccionada:

[Fertil Steril](#). 1996 Jun;65(6):1093-9.

[Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis.](#)

[Ankum WM](#), [Mol BW](#), [Van der Veen F](#), [Bossuyt PM](#).

Source

Department of Obstetrics and Gynecology, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, The Netherlands.

3.2 BÚSQUEDA ECA'S PREGUNTA COMPLICACIONES EPI

ECA'S

Se revisaron los 154 registros obtenidos y solo se encontró uno que abordaba el tópico de interés. Dicha referencia ya había sido localizada por PUBMED y había sido encontrada en la búsqueda de RS-MA en esta misma base de datos.

Referencia Seleccionada:

[Fertil Steril](#). 1996 Jun;65(6):1093-9.

[Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis.](#)

[Ankum WM](#), [Mol BW](#), [Van der Veen F](#), [Bossuyt PM](#).

Source

Department of Obstetrics and Gynecology, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, The Netherlands.

4. BÚSQUEDA PREGUNTA COMPLICACIONES DE LA EPI - COCHRANE

4.1 BÚSQUEDA OVID-COCHRANE – REVISIONES SISTEMÁTICAS (OCTUBRE 7 DE 2011)

Búsquedas	Resultados	Tipo de búsqueda
1 (Complications or associated disease or coexistent conditions or sequels or concomitant conditions or concomitant disease or sequelae or associated conditions or coexistent disease or complication).af.	3710	Avanzada
2 (Pelvic Inflammatory Disease or Endometritis or Oophoritis or Parametritis or Salpingitis or Disease, Pelvic Inflammatory or Diseases, Pelvic Inflammatory or Inflammatory Diseases, Pelvic or Pelvic Inflammatory Diseases or Pelvic Disease, Inflammatory or Inflammatory Disease, Pelvic or Inflammatory Pelvic Disease or Disease, Inflammatory Pelvic or Diseases, Inflammatory Pelvic or Inflammatory Pelvic Diseases or Pelvic Diseases, Inflammatory or Adnexitis or Endomyometritis or Oophoritides or Parametritides or Cellulitis, Pelvic or Cellulitides, Pelvic or Pelvic Cellulitides or Pelvic Cellulitis or Salpingitides).af.	122	Avanzada
3 1 and 2	96	Avanzada

Se revisaron los 96 registros obtenidos pero ninguna de estas revisiones sistemáticas incluye el tópico de interés.

4.2 BÚSQUEDA OVID-COCHRANE – ENSAYOS CLÍNICOS (OCTUBRE 7 DE 2011)

Búsquedas	Resultados	Tipo de búsqueda	Acciones
1 (Complications or associated disease or coexistent conditions or sequels or concomitant conditions or concomitant disease or sequelae or associated conditions or coexistent disease or complication).af.	40646	Avanzada	
2 (Pelvic Inflammatory Disease or Endometritis or Oophoritis or Parametritis or Salpingitis or Disease, Pelvic Inflammatory or Diseases, Pelvic Inflammatory or Inflammatory Diseases, Pelvic or Pelvic Inflammatory Diseases or Pelvic Disease, Inflammatory or Inflammatory Disease, Pelvic or Inflammatory Pelvic Disease or Disease, Inflammatory Pelvic or Diseases, Inflammatory	718	Avanzada	

Pelvic or Inflammatory Pelvic Diseases or Pelvic Diseases, Inflammatory or Adnexitis or Endomyometritis or Oophoritides or Parametritides or Cellulitis, Pelvic or Cellulitides, Pelvic or Pelvic Cellulitides or Pelvic Cellulitis or Salpingitides).af.

3 1 and 2

205

Avanzada

No se encontraron resultados diferentes a los ya encontrados en otras ba

ANEXO 7

ANEXO 7. TABLAS DE EVIDENCIA PARA LOS DIFERENTES TÓPICOS DE LA GPC-ITS

Pregunta No. 22			
Guía: ITS/ITG			
Grupo temático: ULCERAS GENITALES			
CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS EFECTIVO Y SEGURO DEL SÍNDROME DE ÚLCERA EN MUJERES Y HOMBRES?			
Población	Intervención	comparación	Desenlaces en orden de importancia
Infección primaria por <i>Treponema pallidum</i>	Bencilpenicilina benzatínica/	Doxiciclina, Tetraciclina, Azitromicina, Ceftriaxona	Mejoría clínica reportada por el paciente
Infección primaria por <i>Treponema pallidum</i> y alergia a la penicilina	Doxiciclina	Tetraciclina	Persistencia de la úlcera
Infección genital por <i>Haemophilus ducreyi</i>	Ciprofloxacina	Eritromicina, Azitromicina, Ceftriaxona	Reacciones adversas
Linfogranuloma venéreo	Doxiciclina	Eritromicina, Azitromicina	Recurrencia
Infección genital por <i>Klebsiella granulomatis</i>	Doxiciclina	Azitromicina, Ciprofloxacina, Eritromicina, Trimetoprim/Sulfa	
Primer episodio genital por el virus del herpes simple tipo 2	Aciclovir	Valaciclovir, Famciclovir	

1. Infección primaria por Treponema pallidum

Date: 2011-09-05

Question: Should Penicillin G be used in patients with suspect of Syphilis infection?¹

Settings: primary care

Bibliography: 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. New England Journal of Medicine. 1997;337(5):307-14.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Penicillin G	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Serologic Treatment failure at six months² (follow-up 6 months; assessed with: RPR titer did not decrease by two or more dilutions or the test result did not become nonreactive after treatment³)												
1	Randomised trials	Serious ⁴	No serious inconsistency	Serious ⁵	No serious imprecision	None	28/157 (17.8%) ⁶	29/169 (17.2%) ¹	OR 1.11 (0.6 to 2.2)	15 more per 1000 (from 61 fewer to 141 more)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								0%		-		
Resolution of clinical lesions - not reported⁷												
1	-	- ⁴	-	- ⁵	-	None	-	-	-	-	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL

¹ Penicillin G Benzathine 2.4 million units

² OR adjusted by logistic regression analysis: age, sex, stage of syphilis, history of syphilis, HIV status, treatment assignment, initial rapid plasma reagin titer, study site, degree of compliance with medication and incidental use of AB

³ The value used to comparison was that obtained at the initial visit or the two week visit, whichever was higher.

⁴ Bias related to rates of follow-up, adherence to treatment and cointerventions (antitreponemal AB).

⁵ The study include primary, secondary and latent syphilis patients without subgroup analysis of outcomes, as well as HIV patients.

⁶ 2.4 million units of intramuscular penicilin G benzathine + 2 g of amoxicilin + 500 mg of probenecid orally three times a day for 10 days.

⁷ The study only show data related to HIV status and mentioned: "The treatment assignment did not affect the time to chancre healing"

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>Se revisa un ECA multisite a 12 meses que compara dos tratamientos para el manejo de sífilis primaria y secundaria, incluyendo pacientes con VIH. Las opciones de tratamiento fueron: 2.4 upm de Penicilina G benzatina intramuscular, y un segundo tratamiento al cual se le adicionaba a la Penicilina 2 gm de amoxicilina +500 mg de probenecid oral 3 veces al día por 10 días. El estudio realiza sus análisis sobre todo en relación a la condición de VIH positivo.</p> <p>Se reclutan 541 pacientes, 139 de los cuales tenían sífilis primaria. La tasa de seguimiento a los 2, 6 y 12 meses fue de 84, 61 y 52%, respectivamente.</p> <p>Respecto a la resolución de las lesiones clínicas, se menciona que los chancros estuvieron presentes en 177 pacientes, y se anota que en el análisis multivariado que incluía la condición de VIH y el tratamiento asignado, este último no afectó la resolución de éstas lesiones (Datos no mostrados). Respecto a la falla terapéutica por serología (definida como ausencia en la disminución de los títulos en plasma por dos o más diluciones o cambio a una prueba no-reactiva) no fue diferente en los grupos de tratamiento evaluados, registrándose porcentajes de 17.8 y 17.2% para los grupos con Penicilina sola y Penicilina+Amox+Prob, respectivamente. El OR ajustado por edad, género, estadio de la sífilis, historial de sífilis, VIH y otros fue de 1.1 (IC 95%: 0.6-2.2).</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se evalúan eventos adversos adicionales en el estudio.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 subraya que la efectividad de la penicilina, en sus diferentes presentaciones, se estableció por medio de la experiencia clínica más que por la disponibilidad de ECAS que apoyaran su utilidad. La dosis recomendada por esta GPC es una dosis única IM de Penicilina G Benzatinica 2.4 UI

INTERVENCION	PENICILINA G- 2.4 UNIDADES POR MILLON
<p>Falla al tratamiento por serología a los 6 meses.</p> <p>Los pacientes con diagnóstico de sífilis primaria tratados con Penicilina G Benzatínica no presentan un riesgo mayor de falla terapéutica por serología, en comparación con pacientes que reciben un tratamiento adicional con Amoxicilina y Probenecid (Incidencias de 17.8 y 17.2%, respectivamente; OR: 1.11)</p> <p><i>Calidad de evidencia baja</i></p>	
<p>Tiempo de resolución de las lesiones clínicas</p> <p>Los pacientes con diagnóstico de sífilis primaria tratados con Penicilina G Benzatínica no presentan diferencias en el tiempo de resolución de las lesiones clínicas, en comparación con pacientes que reciben un tratamiento adicional con Amoxicilina y Probenecid (Datos no mostrados).</p> <p><i>Calidad de evidencia baja</i></p>	

RECOMENDACIÓN. Se recomienda el uso de Penicilina G Benzatínica 2'400.00 UI en pacientes con sospecha de infección por Treponema Pallidum en cuidado primario.

Date: 2011-09-05

Question: Should Azithromycin be used in patients with suspect of Syphilis infection?

Settings: primary care

Bibliography: 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.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Azithromycin	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Serology cure (follow-up 3-9 months; assessed with: Rapid plasma reagin (RPR) remaining negative in serological examination after treatment)												
4	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	514/694 (74.1%) ¹	467/673 (69.4%) ²	RR 1.37 (1.05 to 1.77)	257 more per 1000 (from 35 more to 534 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL
								0%		-		
Serology cure (primary syphilis) (follow-up 3-9 months; assessed with: Rapid plasma reagin (RPR) remaining negative in serological examination after treatment)												
3	Randomised trials ³	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁴	None	30/53 (56.6%) ¹	37/56 (66.1%) ²	RR 0.68 (0.29 to 1.61)	211 fewer per 1000 (from 469 fewer to 403 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								0%		-		

¹ Azithromycin

² Penicillin G Benzathine

³ Only primary syphilis

⁴ Wide confidence interval

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	Se revisa un metaanálisis de 4 ECAS que comparan azitromicina (0.5, 2 y 4 gm) con Penicilina G benzatínica (2.4 upm) en un total de 476 pacientes con sífilis temprana. La cura por serología (RPR remaining negative in serological examination after treatment) se presentó en 95% de los pacientes tratados con azitromicina y en 84% de los tratados con Penicilina. El OR pooled fue de 1.37 (IC 95%: 1.05-1.77) con un I ² de 0%. El OR pooled para sífilis primaria se estimó en 0.69 (IC 95%: 0.29-1.61) sin indicios de heterogeneidad.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	El estudio reporta que solo 3 estudios realizan un reporte de eventos adversos, entre los cuales se incluyeron la reacción de Jarich-Kerxheiner y problemas gastrointestinales. Un análisis de los datos muestra que el OR de EA comparando Azitromicina con Penicilina asciende a 4.75 (IC 95%: 0.67-33.9), siendo esta estimación no estadísticamente significativa.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 subraya la existencia de cepas de TP resistentes a azitromicina en EEUU; por tanto, recomienda el uso con precaución de este AB sólo en los casos en que la penicilina o la Doxiciclina (AB recomendado en alergia a la penicilina) no estén disponibles.

INTERVENCION	AZITROMICINA (2 gm oral dosis única)
<p>Cura por serología para sífilis de cualquier clase. Los pacientes con diagnóstico de sífilis tratados con Azitromicina muestran mayores frecuencias de cura por serología en comparación con pacientes tratados con Penicilina G benzatínica (OR: 1.37; IC 95%:1.05-1.77)</p> <p><i>Calidad de evidencia alta</i></p>	
<p>Cura por serología para sífilis primaria. Los pacientes con diagnóstico de sífilis primaria tratados con Azitromicina muestran similares frecuencias de cura por serología en comparación con pacientes tratados con Penicilina G benzatínica (OR: 0.68; IC 95%:0.29-1.61)</p> <p><i>Calidad de evidencia moderada</i></p>	

RECOMENDACIÓN. No se sugiere el uso de Azitromicina (2 gm oral dosis única) para tratamiento de sífilis primaria, dados los reportes de resistencia bacteriana

Author(s): Moorthy TT, Lee CT, Lim KB, Tan T.

Date: 2011-10-18

Question: Should Ceftriaxone be used in patients with suspect of syphilis infection?

Settings: Primary care

Bibliography: Moorthy TT, Lee CT, Lim KB, Tan T. Ceftriaxone for treatment of primary syphilis in men: a preliminary study. Sexually transmitted diseases. 1987(2):116-8

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Ceftriaxone	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Patient cure¹ (follow-up 0-12 months; assessed with: All clinical signs had cleared and the VDRL test was nonreactive²)												
1	Randomised trials	Serious ³	No serious inconsistency	Serious ⁴	No serious imprecision	None	3/5 (60%) ⁵	3/4 (75%) ⁶	RR 0.8 (0.32 to 1.99)	150 fewer per 1000 (from 510 fewer to 743 more)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								0%		-		

¹ Four groups: A: Single 3 g IM dose of ceftriaxone; B: 2 g IM dose of ceftriaxone daily for two days; c: 2 g IM dose of ceftriaxone daily for five days; D: single IM injection of 2.4 million units of benzathine penicilin

² Patients were considered failures when the clinical signs failed to clear, when clinical features consistent with early syphilis reappeared and/or when there was a fourfold rise in VDRL titer. Sustained responders: All clinical signs had cleared of lesions and a decrease in VDRL titers of fourfold (two dilutions) or more within three months and a sustained or lowered level at the end of 12 months

³ Insufficient sample size, follow-up lost.

⁴ The clinical trial only involves men patients.

⁵ Group A

⁶ Group D

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	Se identificó un ECA de baja calidad con 18 pacientes hombres y 4 grupos de intervención (A: 3 g IM dosis única de ceftriaxona; B: 2 g IM dosis diaria de ceftriaxona por dos días; C: 2 g IM dosis diaria de ceftriaxona por cinco días; D: IM inyección de 2.4 mu de Penicilina Benzatínica). En el seguimiento a 12 meses los pacientes con cura clínica y serológica ascienden a 6 de 13 en los grupos de Ceftriaxona, mientras que en el grupo de Penicilina asciende a 3 de 5. La proporción de pacientes curados con el régimen A es de 60%, el cual no presenta diferencias significativas en cuanto al riesgo comparado con el grupo de Penicilina (75%; RR= 0.8, IC 95%: 0.32-1.99).
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se presenta una discusión del riesgo de eventos adversos en el estudio
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 indica que aunque la efectividad clínica de la ceftriaxona se ha sugerido en algunos estudios de diversa calidad, no se ha establecido la dosis óptima y la duración de la misma para el tratamiento de la sífilis primaria.

INTERVENCION	CEFTRIAXONA (3 g IM dosis única; 2 g IM dosis diaria por dos días; 2 g IM dosis diaria por cinco días)
<p>Cura clínica y serológica</p> <p>Los pacientes con diagnóstico de sífilis tratados con ceftriaxona no muestran frecuencias diferenciales de cura clínica y serológica en comparación con pacientes tratados con Penicilina G benzatinica (RR= 0.8, IC 95%: 0.32-1.99)</p> <p><i>Calidad de evidencia baja</i></p>	

RECOMENDACIÓN. No se sugiere el uso de Ceftriaxona (3 g IM dosis única; 2 g IM dosis diaria por dos días; 2 g IM dosis diaria por cinco días) para el tratamiento de sífilis primaria.

2. Infección primaria por Treponema pallidum y alergia a penicilina

Author(s): Wong T, Singh AE, De P.

Date: 2011-09-05

Question: Should Doxycycline be used in patients with suspect of Syphilis infection and penicillin allergy?

Settings: primary care

Bibliography: 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.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Doxycycline	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Serological treatment success (follow-up 0-24 months; assessed with: A decrease in the baseline rapid plasma reagin test titer since treatment initiation of at least: 4-fold by 6 months, 8-fold within 12 months or 16-fold within 24 months.¹)												
1	Observational studies ²	Serious ³	No serious inconsistency	Serious ⁴	No serious imprecision	None	25/25 (100%) ⁵	409/420 (97.4%) ⁶	RR 1.00 (0.953 to 1.067)	0 fewer per 1000 (from 46 fewer to 65 more)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
								0%		-		
Time to serological treatment success (measured with: Period between the treatment initiation date and the earliest period recorded date post-treatment when the serological treatment success was reached; Better indicated by lower values)												
1	Observational studies	Serious ³	No serious inconsistency	Serious ⁴	No serious imprecision	None	25	420	-	Median 43 higher (0 to 0 higher)	⊕000 VERY LOW	IMPORTANT

¹ If rapid plasma reagin test titer was 1:4, 1:2 or 1:1 at baseline, serofast stable serology between 6 months and 12 months after treatment initiation also was considered treatment success.

² Canada-Population retrospective cohort that include all patients with a first time diagnosis of primary syphilis who had at least 2 serological titers within 12 months.

³ Only 445 cases were included of 863 primary syphilis cases during the period. Confounding and adherence were not considered. The reasons to prescribe doxycycline are unclear.

⁴ It is not clear if patients with history allergy were included.

⁵ Doxycycline 100 mg orally, twice daily for 14 days.

⁶ Penicillin 2.4 million units in a single dose intramuscularly.

BENEFICIOS	<p>Se revisa una cohorte retrospectiva que incluye 445 casos de sífilis primaria de un registro regional de Alberta, Canada. Se incluyeron pacientes con al menos dos mediciones serológicas previas y posteriores a la administración de Penicilina (2.400.000 UI dosis única, Doxiciclina (100 mg oral 2 veces al día por 14 días) o tetraciclina (500 mg oral, 4 veces al día por 14 días). No son claras las razones para la asignación de uno u otro AB. Los análisis agrupan los hallazgos de doxiciclina y tetraciclina en los diferentes seguimientos. No es claro si se incluyen pacientes con alergia a la penicilina en la cohorte.</p> <p>Los resultados muestran que 94.4% de los pacientes recibieron Penicilina y 5.6% recibieron Doxiciclina o Tetraciclina. La proporción de cura serológica en ambos grupos fue de 97.4 y 100% para los grupos de Penicilina y T-D, respectivamente. El RR calculado para estas proporciones es de 1.0 (IC 95%: 0.953-1.067).</p> <p>En referencia al tiempo de respuesta al tratamiento para ambos regímenes, la mediana estimada para el grupo de Penicilina fue de 72 días (media; 101.7; rango: 10-603), mientras que para el grupo de T-D fue de 43 días (media: 78.6; rango: 15-334). Los autores indican que la diferencia tiene una p de 0.16, no significativa.</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se realiza un análisis de eventos adversos en este estudio.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 indica que la Doxiciclina (100 gm oral dos veces al día por 14 días) puede ser preferible a la tetraciclina teniendo en cuenta la frecuencia de la dosis y la presencia de eventos adversos gastrointestinales.

INTERVENCION	DOXICICLINA (100 gm oral dos veces al día por 14 días)
<p>Cura por serología</p> <p>Los pacientes con diagnóstico de sífilis y alergia a la penicilina tratados con Doxiciclina/Tetraciclina no muestran frecuencias diferenciales de cura serológica a 12-24 meses, en comparación con pacientes tratados con Penicilina G benzatinica (RR= 1.0; IC 95%: 0.953-1.067).</p> <p><i>Calidad de evidencia baja</i></p>	
<p>Tiempo hasta la cura serológica</p> <p>Los pacientes con diagnóstico de sífilis primaria alergia a la penicilina tratados con Doxiciclina/Tetraciclina no muestran tiempos diferenciales hasta la cura por serología, en comparación con pacientes tratados con Penicilina G benzatinica (Mediana 43 y 72, respectivamente; p=0.16)</p> <p><i>Calidad de evidencia baja</i></p>	

RECOMENDACIÓN. Se recomienda el uso de doxiciclina (100 gm oral dos veces al día por 14 días) para el tratamiento de sífilis primaria en pacientes con alergia documentada a la penicilina.

Author(s): Bai ZG, Yang KH, Liu YL, Tian JH, Ma B, Mi DH, et al.

Date: 2011-09-25

Question: Should Azithromycin be used in patients with diagnosis of early syphilis and penicillin allergy?

Settings: primary care

Bibliography: 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.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Azithromycin	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Serology cure (follow-up 3-9 months; assessed with: Rapid plasma reagin (RPR) remaining negative in serological examination after treatment)												
4	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	Serious ¹	No serious imprecision	None	514/694 (74.1%) ²	467/673 (69.4%) ³	RR 1.37 (1.05 to 1.77)	257 more per 1000 (from 35 more to 534 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								0%		-		
Serology cure (primary syphilis) (follow-up 3-9 months; assessed with: Rapid plasma reagin (RPR) remaining negative in serological examination after treatment)												
3	Randomised trials ⁴	No serious risk of bias	No serious inconsistency	Serious ¹	Serious ⁵	None	30/53 (56.6%) ²	37/56 (66.1%) ³	RR 0.68 (0.29 to 1.61)	211 fewer per 1000 (from 469 fewer to 403 more)	⊕⊕○○ LOW	CRITICAL
								0%		-		

¹ Penicillin allergy patients not consider into RCT

² Azithromycin

³ Penicillin G Benzathine

⁴ Only primary syphilis

⁵ Wide confidence interval

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	Se revisa un metaanálisis de 4 ECAS que comparan azitromicina (0.5, 2 y 4 gm) con Penicilina G benzatínica (2.4 upm) en un total de 476 pacientes con sífilis temprana. La cura por serología (RPR remaining negative in serological examination after treatment) se presentó en 95% de los pacientes tratados con azitromicina y en 84% de los tratados con Penicilina. El OR pooled fue de 1.37 (IC 95%: 1.05-1.77) con un I ² de 0%. El OR pooled para sífilis primaria se estimó en 0.69 (IC 95%: 0.29-1.61) sin indicios de heterogeneidad. Se desconoce si los estudios incluyen pacientes con alergia a la penicilina.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	El estudio reporta que solo 3 estudios realizan un reporte de eventos adversos, entre los cuales se incluyeron la reacción de Jarich-Kerxheimer y problemas gastrointestinales. Un análisis de los datos muestra que el OR de EA comparando Azitromicina con Penicilina asciende a 4.75 (IC 95%: 0.67-33.9), siendo esta estimación no estadísticamente significativa.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 subraya la existencia de cepas de TP resistentes a azitromicina en EEUU; por tanto, recomienda el uso con precaución de este AB sólo en los casos en que la penicilina o la Doxiciclina (AB recomendado en alergia a la penicilina) no estén disponibles.

INTERVENCION	AZITROMICINA (2 gm oral dosis única)
<p>Cura por serología para sífilis de cualquier clase.</p> <p>Los pacientes con diagnóstico de sífilis y alergia a la penicilina tratados con Azitromicina muestran mayores frecuencias de cura por serología en comparación con pacientes tratados con Penicilina G benzatínica (OR: 1.37; IC 95%:1.05-1.77)</p> <p><i>Calidad de evidencia moderada</i></p>	
<p>Cura por serología para sífilis primaria.</p> <p>Los pacientes con diagnóstico de sífilis primaria alergia a la penicilina tratados con Azitromicina muestran similares frecuencias de cura por serología en comparación con pacientes tratados con Penicilina G benzatínica (OR: 0.68; IC 95%:0.29-1.61)</p> <p><i>Calidad de evidencia baja</i></p>	

RECOMENDACIÓN: Se sugiere el uso de azitromicina (2 gm oral dosis única) como segunda línea de tratamiento en pacientes con sífilis primaria y alergia a la penicilina, cuando no se disponga de la doxiciclina.

3. Infección genital por Haemophilus ducreyi

Author(s): Tyndall MW, Agoki E, Plummer FA, Malisa W, Ndinya-Achola JO, Ronald AR.

Date: 2011-10-20

Question: Should Azithromycin vs Erythromycin be used for patients with suspect of chancroide?

Settings: Primary care

Bibliography: 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. Sexually transmitted diseases. [Clinical Trial. Comparative Study. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1994 Jul-Aug;21(4):231-4.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Azithromycin	Erythromycin	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical cure (follow-up 7-21 days; assessed with: Epithelialization of the ulcer was complete on or before day 21¹)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	Serious ²	No serious imprecision	None	73/82 (89%) ³	41/45 (91.1%) ⁴	RR 0.977 (0.868 to 1.1) ⁵	21 fewer per 1000 (from 120 fewer to 91 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								0%		-		

¹ Men were considered to have failed therapy if the ulcer worsened or remained unchanged during any follow-up visit, or if the ulcer were not epithelialized by day 21.

² Women patients are not included.

³ Azithromycin 1 g single dose.

⁴ Erythromycin 500 mg four times daily for 7 days

⁵ Analysis on 43 culture negative patients: 29/30 with azithromycin responded to treatment vs. 11/13 with erythromycin.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	Se evalúa un ECC de 204 hombres con diagnóstico sospechoso de chancroide, de los cuales se analizan 127 con aislamientos positivos de H. Ducreyi. Los participantes son asignados aleatoriamente a tratamiento con Azitromicina (1 gm oral dosis única) o con Eritromicina (500 mg 4 veces al día por 7 días). El seguimiento para cura clínica se realizó hasta el día 21 para todos los pacientes. Se presentó resolución de las lesiones en 73 de 82 pacientes con Azitromicina (89%) y en 41 de 45 pacientes con Eritromicina (91.1%). Con estos porcentajes se calcula un RR de 0.977 (IC 95 %: 0.868 to 1.1)
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se presentaron eventos adversos serios en el estudio. 5 hombres en el grupo de eritromicina experimentaron náusea leve, lo cual no causó la suspensión de la medicación.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 advierte sobre reportes de resistencia a Ciprofloxacina y Eritromicina que deben ser revisados con datos locales.

INTERVENCION	AZITROMICINA (1 gm oral dosis única) vs ERITROMICINA (500 mg 4 veces al día por 7 días).
<p>Cura clínica Los pacientes con sospecha de infección por chancroide tratados con Azitromicina no muestran frecuencias diferenciales de cura clínica, en comparación con pacientes tratados con Eritromicina (OR: 0.977; IC 95%:0.86-1.1)</p> <p><i>Calidad de evidencia moderada</i></p>	

RECOMENDACIÓN. Se sugiere el uso de azitromicina en el tratamiento de pacientes con sospecha de infección por *Haemophilus ducreyi*, teniendo en cuenta que se administraría en dosis única. La administración de eritromicina (500 mg oral 3 veces al día por 7 días) es igualmente efectiva, pero no es dosis única.

Author(s): Martin DH, Sargent SJ, Wendel GD, McCormack WM, Spier NA, Johnson RB.

Date: 2011-09-05

Question: Should Azithromycin vs Ceftriaxone be used in patients with diagnostic of Chancroid?

Settings: primary care

Bibliography: Martin DH, Sargent SJ, Wendel GD, McCormack WM, Spier NA, Johnson RB. Comparison of azithromycin and ceftriaxone for the treatment of chancroid. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America. [Clinical Trial. Comparative Study. Multicenter Study. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1995 Aug;21(2):409-14.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Azithromycin	Cetrixone	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical response: Healing¹ (follow-up 5-greater/equal than 18 days²; assessed with: Clinical cure³)												
1	Randomised trials ⁴	Serious ⁵	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	32/32 (100%)	29/33 (87.9%) ⁶	RR 1.135 (0.989 to 1.303) ⁷	119 more per 1000 (from 10 fewer to 266 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								0%		-		
Adverse events (follow-up 5 to equal or greater than 18 days; assessed with: Several events⁸)												
1	Randomised trials	Serious ⁵	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	17/86 (19.8%) ⁹	8/82 (9.8%) ⁶	RR 2.02 (0.925 to 4.438)	100 more per 1000 (from 7 fewer to 335 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								0%		-		

¹ Clinical response until 18 days or greater among patients with culture-proven chancroide

² For the purpose of the analysis , follow-up visits were divided into the following intervals: 5-10 days, 11-17 days and greater or equal than 18 days.

³ Response to treatment was graded as healed, improved or not improved. To be considering improved, lesions had to decrease in size, with or without decreased tenderness.

⁴ Comparison of 250 mg of certriaxone IM vs 1 g fo azithromycin orally, both given as a single dosis.

⁵ No blinding of intervention, no allocation concealment

⁶ Ceftriaxone 250 mg Im dose.

⁷ Clinical response among patients with negative cultures: 34/38 (azithromycin); 27/30 (ceftriaxone) at 18 or greater days of follow-up.

⁸ Include: pain, skin rash, gastrointestinal complaints, loose stools.

⁹ Azithromycin 1 g oral dose.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	Se evalúa un ECC de 133 pacientes con cultivos positivos para <i>H ducreyi</i> en 4 ciudades de EEUU y con un seguimeto de hasta 23 días. Los pacientes fueron aleatorizados a recibir 1 gm oral de azitromicina o 250 mg IM de Ceftriaxona. En los pacientes que tuvieron al menos una visita de seguimiento, 21/32 tratados con azitromicina tuvieron una curación completa de las lesiones, comparados con 15/29 en el grupo de ceftriaxona. Al final de la tercera visita de seguimiento, 100% de los pacientes tratados con azitromicina estaban curados, comparado con 88% de los tratados con ceftriaxona. El RR calculado para la cura clínica es de 1.135 (IC 95%: 0.989-1.303)
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	El porcentaje de pacientes con eventos adversos fue de 20% para los tratados con azitromicina versus 10% de los tratados con ceftriaxona; los eventos encontrados incluyen dolor en el sitio de inyección, rash, problemas gastrointestinales, entre otros. El RR calculado para estos eventos es de 2.02 (IC 95%: 0.925-4.438)
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 resalta las ventajas de la dosis única de ambos medicamentos.

INTERVENCION	AZITROMICINA (1 gm oral dosis única) vs CEFTRIAXONA (250 mg IM dosis única).
<p>Cura clínica</p> <p>Los pacientes con sospecha de infección por chancroide tratados con Azitromicina no muestran frecuencias diferenciales de cura clínica, en comparación con pacientes tratados con Ceftriaxona (RR: 1.135; IC 95%: 0.989-1.303)</p> <p><i>Calidad de evidencia moderada</i></p>	
<p>Eventos adversos</p> <p>Los pacientes con sospecha de infección por chancroide tratados con Azitromicina no muestran frecuencias diferenciales de eventos adversos, en comparación con pacientes tratados con Ceftriaxona (RR: 2.02; IC 95%: 0.925-4.438)</p> <p><i>Calidad de evidencia moderada</i></p>	

RECOMENDACIÓN. Se recomienda el uso de azitromicina (1 gm oral dosis única) o de ceftriaxona (250 mg IM dosis única) para el manejo de pacientes con sospecha de infección por *Haemophilus ducreyi*.

Author(s):

Date: 2011-09-05

Question: Should Ciprofloxacin vs Erythromycin be used in patients with diagnostic of chancroid?

Settings: primary care

Bibliography: 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. The Journal of infectious diseases. [Clinical Trial. Comparative Study. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1999 Dec;180(6):1886-93.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Ciprofloxacin	Erythromycin	Relative (95% CI)	Absolute		
Ulcers clinically cured^{1,2} (follow-up 7-21 days; assessed with: Objective assessment grid based on number of ulcers, size of largest ulcer and tenderness)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	32/60 (53.3%) ³	28/51 (54.9%) ⁴	RR 0.971 (0.689 to 1.369)	16 fewer per 1000 (from 171 fewer to 203 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL

¹ 500 mg of ciprofloxacin as a single dose compared to 500 mg of erythromycin every 8 hours for 7 days.

² Clinical response to treatment among patients with cultures or PCR positive to HD, including those with mixed infections.

³ 13 (22%) patients improved their clinical condition.

⁴ 11 (21%) of patients improved their clinical condition.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	Se evalúa un ECA de alta calidad de 208 hombres y 37 mujeres con clínica y cultivos concordantes con infección por H Ducreyi. El estudio es realizado en una clínica de referencia de ITS con pacientes mayores de 18 años a un seguimiento de hasta 21 días. Los pacientes fueron aleatorizados a tratamiento con 500 mg de Ciprofloxacina dosis única + placebo por 7 días, comparado con 500 mg de Eritromicina 3 veces al día/ 7 días + placebo. Las fallas al tratamiento generales fueron de 19% para el grupo de Ciprofloxacina y de 12% para el grupo de eritromicina. Cuando se revisa la cura de las úlceras por positividad en los cultivos, se encuentra que en el grupo con cultivos positivos para HD (60 y 51 pacientes, respectivamente) se presenta completa cura en 53 y 55% de los pacientes de los grupos de ciprofloxacina y eritromicina. El RR calculado para este desenlace es de 0.971 (IC 95%: 0.689-1.369)
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	6 pacientes tuvieron discomfort abdominal leve, 5 de los cuales tratados con ciprofloxacina. Ninguno de estos eventos generó la suspensión de la medicación.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 advierte sobre reportes de resistencia a ciprofloxacina y eritromicina que deben ser revisados con datos locales.

INTERVENCION	CIPROFLOXACINA (500 mg dosis única) vs ERITROMICINA (500 mg 3 veces al día por 7 días).
<p data-bbox="90 215 430 245">Cura clínica de las úlceras</p> <p data-bbox="90 280 1976 345">Los pacientes con sospecha de infección por chancroide tratados con ciprofloxacina no muestran frecuencias diferenciales de cura clínica, en comparación con pacientes tratados con eritromicina (RR: 0.971; IC 95%: 0.689-1.369)</p> <p data-bbox="90 375 394 407"><i>Calidad de evidencia alta</i></p>	

RECOMENDACIÓN. No se sugiere el uso de ciprofloxacina (500 mg dosis única) en el manejo de pacientes con sospecha de infección de *Haemophilus ducreyi* debido a los reportes de resistencia bacteriana.

4. Infección genital por Linfogranuloma venéreo

Author(s):

Date: 2011-12-01

Question: Should Doxycycline be used in patients with suspect of LGV?

Settings: Primary care

Bibliography: 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; 16:277–89.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Doxycycline	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Duration of the bulbo after treatment (follow-up mean 69 days¹; measured with: Not stated; Better indicated by lower values)												
1	Randomised trials	Serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	26 ⁴	17 ⁵	-	mean 31 higher (0 to 0 higher)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
Serological evaluation (follow-up 1 years; assessed with: Fourfold or greater decrease in titre at the end of year)												
1	Randomised trials	Serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	25/26 (96.2%)	7/17 (41.2%)	RR 2.33 (1.3 to 4.1)	548 more per 1000 (from 124 more to 1000 more)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								0%		-		

¹ 69 days for control group; 31 days for treatment group (all therapies)

² ECA published in 1957; several aspects evaluated by SIGN checklist are not reported. The risk of bias is uncertain.

³ The trial not consider doxycycline in the intervention arm; However, it is consider that this AB have a pharmacokinetics properties similar to the tetracyclines included.

⁴ Total intervention arms: (chloramphenicol, chlortetracycline, oxytetracycline, sulfadiazine)

⁵ Control group: Non-specific supportive measures alone were used

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>Se evalúa un ECC de tetraciclinas para LGV que incluyó 43 pacientes asignados a 5 grupos de intervención: chloramphenicol, chlortetraciclina, oxytetraciclina (1 gm oral al inicio seguido de 0.5 gm 4 veces al día por 14 días), sulfadiazina (2 gm oral al inicio seguido de 4 gm diarios en varias dosis por 10-28 días) o tratamiento sintomático (aspirina, aspiración) de las lesiones. Para efectos del análisis se reúne la información de los grupos con AB versus el grupo sin tratamiento AB.</p> <p>Respecto a la duración de los bubones después del tratamiento, la media de los grupos fue 31 y 69 días, respectivamente, con una mediana de 23 y 35 días. La evaluación serológica a los 12 meses mostro que 25 de 26 pacientes tratados con AB tuvieron una disminución de los títulos de 4:1, mientras que el grupo sin tratamiento con AB sólo tuvo 7 de 17 pacientes con esta disminución</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se muestran eventos adversos en este estudio
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 en sus suplementos indica que este estudio demuestra la efectividad del tratamiento AB por tetraciclinas en el LGV; se asume que la doxiciclina tiene farmacodinamia similar a las tetraciclinas evaluadas en este estudio, así como igual perfil de eventos adversos.

INTERVENCION	DOXICICLINA
<p>Duración del bulbo luego del tratamiento</p> <p>Los pacientes con sospecha de infección por LGV tratados con doxiciclina muestran tiempos menores en la duración de las lesiones, en comparación con pacientes no tratados con un AB.</p> <p><i>Calidad de evidencia baja</i></p>	
<p>Cura serológica</p> <p>Los pacientes con sospecha de infección por LGV tratados con doxiciclina muestran frecuencias mayores en cura serológica, en comparación con pacientes no tratados con un AB.</p> <p><i>Calidad de evidencia baja</i></p>	

RECOMENDACIÓN. Se recomienda el uso de doxiciclina como segunda línea de tratamiento para pacientes con sospecha de linfogranuloma venéreo, teniendo en cuenta que no es de dosis única.

Author(s):**Date:** 2011-09-05**Question:** Should Doxycycline vs Azithromycin be used in patients with suspect of LGV infection?**Settings:** primary care**Bibliography:** Martin DH, Mroczkowski TF, Dalu ZA, et al. A controlled trial of a single dose of azithromycin for the treatment chlamydial urethritis and cervicitis. N Engl J Med 1992; 327:921-5. E M Thorpe Jr, W E Stamm, E W Hook III, S A Gall, R B Jones, K Henry, G Whitworth, R B Johnson. Chlamydial cervicitis and urethritis: single dose treatment compared with doxycycline for seven days in community based practises. Genitourin Med 1996;72:93-97

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Doxycycline	Azithromycin	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical response (Cure) (follow-up 15-35 days; assessed with: Complete resolution of signs and symptoms of infection)												
2	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	Serious ¹	No serious imprecision	None	225/261 (86.2%) ²	96/116 (82.8%) ³	RR ranged from 1.03 to 1.06	-	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								0%		-		
Bacteriological cure (follow-up 15-35 days; assessed with: Negative chlamydial assay at follow-up)												
2	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	Serious ¹	No serious imprecision	None	450/459 (98%)	262/265 (98.9%)	RR ranged from 0.97 to 1.01	-	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								0%		-		
Adverse events (follow-up 15-35 days; assessed with: Self-reported by patient or by direct questioning⁴)												
2	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	Serious ¹	No serious imprecision	None	207/639 (32.4%) ⁵	116/415 (28%) ⁶	RR ranged from 0.89 to 1.1	-	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								0%		-		

¹ The trial not considers LGV infection, only chlamydial infections in general.² Data of Martin is only available in percentages: 97% of male patients and 98% of female patients had clinical response to azythromycin.³ Data of Martin 1992 is only available in percentages: 91% of male patients and 95% of female patients had clinical response to doxycycline.⁴ Include nausea, vomiting, diarrhoea, dyspepsia, abdominal pain, central nervous system, urogenital.⁵ Azithromycin⁶ Doxycycline

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>Se evaluaron dos ECC que involucran pacientes con infecciones por C Trachomatis (uretritis o cervicitis, algunos asintomáticos) y tratamiento con azitromicina. El primero se realiza en contexto de hospitales universitarios e incluye 237 pacientes con tratamiento de azitromicina (1 gm dosis única) y 220 pacientes con doxiciclina (100 mg dos veces al día por 7 días). En los pacientes con disponibilidad de cultivos positivos al inicio del ensayo, se encontró en el seguimiento a 35 días un porcentaje de cura bacteriológica de 100 y 99% de los pacientes, respectivamente. Referente a la cura clínica, los autores reportan efectividad del tratamiento con azitromicina en 97% de los pacientes hombres y 98% de las mujeres, en comparación con 91 y 95% de efectividad en los mismos grupos tratados con doxiciclina. El RR estimado para estas proporciones se calcula en 1.03.</p> <p>El segundo ECC se realizó en contexto ambulatorio e incluyó pacientes con infecciones por clamidia como cervicitis y uretritis. Se incluyeron en los análisis 349 (87%) pacientes con tratamiento con azitromicina (1 gm oral) y 165 (85%) pacientes tratados con Doxiciclina (100 mg dos veces al día por 7 días). Al final del seguimiento de dos semanas hubo 9 pacientes con falla bacteriológica en el grupo de azitromicina versus 2 en el grupo de doxiciclina. La cura clínica al final del seguimiento tuvo porcentajes de 86 y 83% para los grupos de tratamiento evaluados.</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	<p>En el primer ECC se reporta un 17% de eventos adversos relacionados con azitromicina versus un 20% relacionado con doxiciclina. Los eventos más comunes fueron de naturaleza gastrointestinal y un paciente suspendió el tratamiento por esta causa. Los eventos adversos en el segundo ECC fueron de 41 y 37% en ambos grupos, siendo más frecuentes los eventos gastrointestinales.</p>
COMENTARIOS	<p>La GPC del CDC del 2010 indica que la doxiciclina debe ser administrada por 21 días, siendo esta el AB recomendado. La azitromicina resulta efectiva de manera indirecta.</p>

INTERVENCION	AZITROMICINA (1 gm oral) vs DOXICICLINA (100 mg 2 veces al día por 7 días).
<p>Cura clínica Los pacientes con sospecha de infección por LGV tratados con azitromicina no muestran frecuencias diferenciales de cura clínica, en comparación con pacientes tratados con doxiciclina (RR entre 1.03 a 1.06)</p> <p><i>Calidad de evidencia moderada</i></p>	
<p>Cura bacteriológica Los pacientes con sospecha de infección por LGV tratados con azitromicina no muestran frecuencias diferenciales en cura bacteriológica, en comparación con pacientes tratados con doxiciclina (RR entre 0.97 a 1.01)</p> <p><i>Calidad de evidencia moderada</i></p>	

Eventos adversos

Los pacientes con sospecha de infección por LGV tratados con azitromicina no muestran frecuencias diferenciales de eventos adversos, en comparación con pacientes tratados con doxiciclina (RR entre 0.89 a 1.1)

Calidad de evidencia moderada

RECOMENDACIÓN. Se sugiere el uso de azitromicina para el tratamiento de pacientes con sospecha de Linfogranuloma Venéreo.

5. Primer episodio genital por el virus del herpes simple tipo 2

Author(s):

Date: 2011-10-24

Question: Should Aciclovir be used in patients with a first episode of genital herpes?

Settings: primary care

Bibliography: Mertz GJ, Critchlow CW, Benedetti J. Double-blind placebo-controlled trial of oral acyclovir in first-episode genital herpes simplex virus infection. Journal of the American Medical Association. 1984;252(9):1147-51. Nilsen AE, Aasen T, Halsos AM, Kinge BR, Tjøtta 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. Bryson YJ, Dillon M, Lovett M. Treatment of first episodes of genital herpes simplex virus infection with oral acyclovir. A randomized double-blind controlled trial in normal subjects. New England Journal of Medicine. 1983;308(16):916-21.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Aciclovir	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Viral shedding (follow-up 14 days¹; Better indicated by lower values)												
3	Randomised trials	Serious ²	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	101 ³	87 ⁴	-	Median ranged from 1 to 6 higher ⁵	⊕⊕⊕O MODERATE	IMPORTANT
Time to complete healing lesions (follow-up 14 days¹; measured with: Time between study entry and complete re-epithelization of all lesions ; Better indicated by lower values)												
3	Randomised trials	Serious ²	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	103	97	-	Median ranged from 6 to 12 higher ⁶	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
Duration of pain (follow-up 14 days¹; measured with: Total of the individual daily scores for this symptom; Better indicated by lower values)												
3	Randomised trials	Serious ²	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	103	97	-	Median ranged from 2 to 5 higher ⁷	⊕⊕⊕O MODERATE	IMPORTANT

¹ More than 14 days until lesion had healed.

² Sample size insufficient in two trials.

³ Aciclovir: 200 mg 5 times daily for 10 days; 200 mg 5 times daily for 5 days;

⁴ Placebo

⁵ Control Medians range: 9 to 15 days.

⁶ control Medians range: 11 to 21 days

⁷ Control Medians range:3.4 to 8 days.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>Se identificaron 3 ECC de moderada calidad referentes a la efectividad del aciclovir versus Placebo en Herpes genital primario. El más grande (180 personas, con 119 con primer episodio de herpes) comparó aciclovir (200 mg 5 veces al día por 10 días) versus placebo. Los análisis mostraron que aciclovir disminuye significativamente el tiempo de curación completa de las lesiones (12 vs 14 días, P=0.005), reduce la formación de nuevas lesiones a 48 horas de inicio de la terapia (18% vs. 62%, P=0.001) y reduce la duración del dolor (5 vs 7 días, P=0.05) y el viral shedding (2 vs 9 días, P<0.001).</p> <p>El segundo ECC con 31 personas con primer episodio de herpes genital compara aciclovir 200 mg 5 veces al día por 5 días vs placebo encontró que el tto reduce la duración del viral shedding y el dolor (1 vs 13 días, P0.01; 4 vs 8 días, P<0.05). También se mostró una tendencia a la reducción del tiempo de curación, la cual no fue estadísticamente significativa.</p> <p>El tercer ECC compuesto por 31 mujeres y 17 hombres presenta estimaciones similares sin medidas de efectividad debido al tamaño muestral incluido</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	Los eventos adversos son raros y similares en ambos grupos de tratamiento.
COMENTARIOS	La GPC del CDC recomienda Aciclovir en dosis de 400 mg oral 3 veces al día por 7-10 días y 200 mg oral 5 veces al día por 7-10 días

INTERVENCION	
Tiempo de virulencia	<p>El tratamiento con aciclovir oral es más efectivo para disminuir la duración del periodo de virulencia en las personas con primer episodio de herpes genital</p> <p><i>Calidad de evidencia moderada.</i></p>

RECOMENTACIÓN: Se sugiere el uso de aciclovir (200 mg oral 5 veces al día) para el tratamiento de pacientes con primer episodio de infección genital por herpes simplex tipo II.

Author(s):**Date:** 2011-10-21**Question:** Should Valaciclovir vs Aciclovir be used in patients with first episode of genital herpes?**Settings:** primary care**Bibliography:** Fife KH, Barbarash RA, Rudolph T, et al. Valaciclovir versus acyclovir in the treatment of first-episode genital herpes infection: results of an international, multicenter, double-blind randomized clinical trial. Sex Transm Dis 1997;24:481–486.[PubMed]

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Valaciclovir	Aciclovir	Relative (95% CI)	Absolute		
Duration of pain (follow-up 1-14 days; measured with: Not stated; Better indicated by lower values)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	323	320	-	HR 1.0 higher (0.85 to 1.18 higher)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL ¹
Time to resolution of all symptoms (follow-up 1-14 days²; measured with: Not stated; Better indicated by lower values)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	323	320	-	HR 1.02 higher (0.85 to 1.22 higher)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL
Duration of viral shedding (follow-up 1-14 days²; measured with: Not stated; Better indicated by lower values)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	323 ³	320 ⁴	-	HR 1.0 higher (0.84 to 1.18 higher)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	IMPORTANT

¹ Includes only patients with positive HSV cultures of serology.² If needed, twice weekly until all lesions had healed.³ Valaciclovir: 1000 mg twice daily⁴ Aciclovir: 200 mg 5 times per day

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>Se evalúa un ECC que incluyó 643 pacientes con lesiones genitales concordantes con HSV procedentes de 54 sitios de UK y Australia. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a recibir valaciclovir (1000 mg dos veces al día por 10 días) o Aciclovir (200 mg 5 veces al día por 10 días). Los análisis de los desenlaces primarios y secundarios se realizaron por medio de análisis de sobrevida. Se muestran los HR estimados para las diferencias entre los diferentes grupos de tratamiento. Se llevó a cabo un ITT.</p> <p>Los HR reportados para los desenlaces de duración de virulencia y tiempo para cura fueron de 1 (IC 95%: 0.84-1.18) y 1.08 (IC 95%: 0.92-1.27), respectivamente. Las medianas reportadas para los grupos de valaciclovir y aciclovir en estos desenlaces fueron de 3 días y 9 días en los ITT. El HR para duración del dolor fue de 1 (IC 95%: 0.85-1.18) con medianas de 5 días para ambos grupos.</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	Se reporta cefalea en 11.5% del total de pacientes, así como náusea en 5.9%. La cefalea se presentó en 41 pacientes con valaciclovir y 33 con aciclovir, mientras la náusea se presentó en 18 y 20 pacientes, respectivamente.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 recomienda ambos regímenes por 7-10 días.

INTERVENCION	VALACICLOVIR (1 gm oral 2 veces al día) vs. ACICLOVIR (200 mg oral 5 veces al día)
<p>Tiempo de resolución de los síntomas</p> <p>Los pacientes con sospecha de infección por HSV tratados con valaciclovir no muestran tiempos diferenciales en la resolución de los síntomas, en comparación con pacientes tratados con aciclovir (HR: 1.0; IC 95%: 0.85-1.18)</p> <p><i>Calidad de evidencia alta</i></p>	
<p>Duración de virulencia</p> <p>Los pacientes con sospecha de infección por HSV tratados con valaciclovir no muestran tiempos diferenciales en la duración de la virulencia, en comparación con pacientes tratados con aciclovir (HR: 1.02; IC 95%: 0.85-1.22)</p> <p><i>Calidad de evidencia alta</i></p>	

Duración del dolor

Los pacientes con sospecha de infección por HSV tratados con valaciclovir no muestran tiempos diferenciales en la duración del dolor, en comparación con pacientes tratados con aciclovir (HR: 1.02; IC 95%: 0.84-1.18)

Calidad de evidencia alta

RECOMENDACIÓN. Se sugiere el uso de aciclovir para el tratamiento de pacientes con primer episodio de infección genital por herpes simplex tipo II.

Author(s): Lebrun-Vignes B, Bouzamondo A, Dupuy A, Guillaume JC, Lechat P, Chosidow O.

Date: 2011-09-05

Question: Should Famciclovir be used in patients with diagnosis of genital herpes and history of recurrence?

Settings: primary care

Bibliography: 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.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Famciclovir	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Recurrence of Genital herpes (follow-up 4-12 months; assessed with: Clinical diagnosis of each trial)												
2	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	276/654 (42.2%) ¹	132/178 (74.2%) ²	RR 0.576 (0.5 to 0.65)	314 fewer per 1000 (from 260 fewer to 371 fewer)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL
								0%		-		

¹ Famciclovir (125-250-375-500-750 mg) daily dose

² Placebo

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	Se evalúa un metaanálisis de AB versus placebo en pacientes con herpes genital recurrente, en el cual se incluyen 14 ECC de diferentes agentes antivirales; el desenlace principal evaluado es el número de pacientes que recurren durante el seguimiento. Referente a la eficacia del Famciclovir contra placebo, se encontraron 2 ECC con 5 diferente dosis del AB. El RR estimado para todas las dosis fue de 0.576 (IC 95%: 0.5-0.65). Se muestra que la dosis de 125 mg/d no resulta efectiva, mientras que la que presenta mayor efectividad es la de 750 mg/d.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se presenta análisis de eventos adversos en éste metaanálisis.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 recomienda famciclovir como terapia supresora en dosis de 250 mg oral dos veces al día por 1 año.

INTERVENCION	FAMCICLOVIR
<p>Recurrencia del herpes genital El tratamiento con famciclovir oral es más efectivo que el placebo para disminuir la recurrencia del herpes genital</p> <p><i>Calidad de evidencia alta.</i></p>	

Author(s): Lebrun-Vignes B, Bouzamondo A, Dupuy A, Guillaume JC, Lechat P, Chosidow O.

Date: 2011-09-05

Question: Should Valacyclovir be used in patients with suspect of genital herpes infection and history of recurrence?

Settings: primary care

Bibliography: 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.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Valacyclovir	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Recurrence of Genital herpes (follow-up 4-12 months; assessed with: Clinical diagnosis of each trial)												
3	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	1024/2109 (48.6%) ¹	785/969 (81%) ²	RR 0.568 (0.53 to 0.59)	350 fewer per 1000 (from 332 fewer to 381 fewer)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL
								0%		-		

¹ Valacyclovir (250-500-1000 mg) daily dose.

² Placebo

SUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	Se evalúa un metaanálisis de AB versus placebo en pacientes con herpes genital recurrente, en el cual se incluyen 14 ECC de diferentes agentes antivirales; el desenlace principal evaluado es el número de pacientes que recurren durante el seguimiento. Referente a la eficacia del Valaciclovir contra placebo, se encontraron 3 ECC con 3 diferentes dosis del AB. El RR estimado para todas las dosis fue de 0.59 (IC 95%: 0.56-0.63). Se muestra que todas las dosis son efectivas, pero la mejor es la de 500 mg/d.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se presenta análisis de eventos adversos en éste metaanálisis.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 recomienda valaciclovir como terapia supresiva en dosis de 500 mg oral una vez al día por 1 año.

INTERVENCION	VALCICLOVIR
Recurrencia del herpes genital	
El tratamiento con valaciclovir oral es más efectivo que el placebo para disminuir la recurrencia del herpes genital	
<i>Calidad de evidencia alta.</i>	

Author(s): Lebrun-Vignes B, Bouzamondo A, Dupuy A, Guillaume JC, Lechat P, Chosidow O.

Date: 2011-09-05

Question: Should Acyclovir be used in patients with diagnosis of genital herpes and history of recurrence?

Settings: primary care

Bibliography: 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.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Acyclovir	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Recurrence of Genital herpes (follow-up 3-12 months; assessed with: Clinical diagnosis of each trial)												
10	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	490/1274 (38.5%) ¹	1033/1108 (93.2%) ²	RR 0.467 (0.43 to 0.49)	497 fewer per 1000 (from 475 fewer to 531 fewer)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL
								0%		-		

¹ Acyclovir (400-600-800-1000 mg) daily dose

² Placebo

³ If needed, twice weekly until all lesions had healed.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	Se evalúa un metaanálisis de AB versus placebo en pacientes con herpes genital recurrente, en el cual se incluyen 14 ECC de diferentes agentes antivirales; el desenlace principal evaluado es el número de pacientes que recurren durante el seguimiento. Referente a la eficacia del Aciclovir contra placebo, se encontraron 10 ECC con 4 diferentes dosis del AB. El RR estimado para todas las dosis fue de 0.41 (IC 95%: 0.38-0.44). Se muestra que todas las dosis son efectivas, pero la mejor es la de 800 mg/d.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se presenta análisis de eventos adversos en éste metaanálisis.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 recomienda valaciclovir como terapia supresiva en dosis de 400 mg oral dos veces al día por 6 años.

INTERVENCION	ACICLOVIR
<p>Recurrencia del herpes genital El tratamiento con aciclovir oral es más efectivo que el placebo para disminuir la recurrencia del herpes genital</p> <p><i>Calidad de evidencia alta.</i></p>	

Pregunta No. 26

Guía: ITS/ITG

Grupo temático: ULCERAS GENITALES

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS EFECTIVO Y SEGURO PARA LA PACIENTE EMBARAZADA O LACTANTE CON SÍNDROME DE ÚLCERA?

Población	Intervención	comparación	Desenlaces en orden de importancia
Infección primaria por Treponema pallidum	Bencilpenicilina benzatínica/	Ceftriaxona	Incidencia de ITS transmitidas perinatal o intrauterinamente
Infección primaria por Treponema pallidum y alergia a la penicilina	Bencilpenicilina benzatínica previa desensibilización	Azitromicina	Reacciones adversas
Infección genital por Haemophilus ducreyi	Eritromicina	Azitromicina, Ceftriaxona	
Linfogranuloma venéreo	Eritromicina	Azitromicina	
Infección genital por Klebsiella granulomatis	Eritromicina	Azitromicina, Eritromicina+gentamicina	
Primer episodio genital por el virus del herpes simple tipo 2	Aciclovir	Valaciclovir, Famciclovir	

1. Infección primaria por Treponema pallidum

Author(s): Blencowe H, Cousens S, Kamb M, Berman S, Lawn JE.

Date: 2011-09-05

Question: Should Penicillin G be used in pregnant patients with suspect of syphilis infection?¹

Settings: primary care

Bibliography: 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 sti llbirths and neonatal mortality. BMC public health.11 Suppl 3:S9.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Penicillin G	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Stillbirths (assessed with: Not stated)												
8	Observational studies ²	Serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision ⁴	None ⁵	70/2578 (2.7%) ¹	185/1353 (13.7%)	RR 0.18 (0.1 to 0.33)	112 fewer per 1000 (from 92 fewer to 123 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
								0%		-		
Perinatal mortality associated with congenital syphilis (assessed with: Not stated)												
2	Observational studies	No serious risk of bias	No serious inconsistency	Serious ⁶	No serious imprecision	None ⁷	39/952 (4.1%)	19/233 (8.2%)	RR ranged from 0.14 to 0.18	-	⊕000 VERY LOW	
								0%		-		
Neonatal Mortality (all causes) (assessed with: Not stated)												
5	Observational studies ²	Serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	29/2068 (1.4%)	62/972 (6.4%)	RR 0.20 (0.13 to 0.32)	51 fewer per 1000 (from 43 fewer to 55 fewer)	⊕000 VERY LOW	
								0%		-		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Penicillin G	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Pretherm birth (assessed with: Birth before 37 weeks completed gestation)												
7	Observational studies ²	Serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	85/947 (9%)	250/1012 (24.7%)	RR 0.36 (0.27 to 0.07)	158 fewer per 1000 (from 180 fewer to 230 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	
								0%		-		
Congenital syphilis in live born infants (assessed with: Not stated)												
3	Observational studies ²	No serious risk of bias ⁸	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	Strong association ⁹	20/2745 (0.73%)	139/715 (19.4%)	RR 0.03 (0.02 to 0.07)	189 fewer per 1000 (from 181 fewer to 191 fewer)	⊕⊕⊕○ MODERATE	
								0%		-		

¹ Treatment with at least 2.4 million units of Penicillin G given at least 28 days prior to delivery

² Only the term "observational studies" is founded.

³ Insufficient controlling for important potential confounding variables.

⁴ No explanation was provided

⁵ The strength and the consistency of the association makes it rather unlikely that that the association can be entirely explained by confounding factors.

⁶ Only South Africa patients were included

⁷ (RR = 0.14, 95%c.i. 0.07 – 0.27 and RR = 0.18 95%c.i. 0.03 – 0.95) with the use of penicillin therapy [24,25]. The dosing schedules of penicillin administered in these early studies were different to those in current use, using regular dosing with short acting penicillin.

⁸ insufficient controlling for important potential confounding variables but as very specific outcome unlikely to be confounded

⁹ There is a very large, biologically plausible and broadly consistent effect size which, given the very specific outcome, is unlikely to be confounded by other factors.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>Se evalúa un revisión sistemática que incluye estudios en gestantes referentes al tamizaje y tratamiento de la sífilis activa con Penicilina benzatínica (2.400.000 UI) en diferentes países. Si bien no se encuentran ECAs, se incluyen en los análisis 25 estudios observacionales tipo cohortes poblacionales o cohortes de expuestos. Se realizan análisis de desenlaces maternos y neonatales.</p> <p>La incidencia de mortinatos se evalúa en 8 estudios observacionales, estimando un RR pooled de 0.18 (IC 95% 0.10-0.33) con una heterogeneidad moderada (I^2: 56.8%). En relación con la mortalidad perinatal se encuentran dos estudios con RR entre 0.14 a 0.18. El riesgo de mortalidad neonatal se estima en 0.20 (IC 95%: 0.13-0.32).</p> <p>Así mismo, el riesgo de parto pretérmino fue estimado en 0.36 (IC 95%: 0.27-0.47), y el riesgo de sífilis congénita en 0.03 (IC 95%: 0.02-0.07).</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se evalúan eventos adversos adicionales en el estudio.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 subraya que la efectividad de la penicilina, en el embarazo como única línea terapéutica, incluso en presencia de alergia a la penicilina.

INTERVENCION	PENICILINA G- 2.400.000 UI
<p>Incidencia de Mortinatos Las pacientes gestantes con diagnóstico de sífilis tratadas con Penicilina G Benzatínica presentan un riesgo menor de un bebe mortinato, en comparación con las no tratadas. (RR: 0.18; IC 95%: 0.1-0.33).</p> <p><i>Calidad de evidencia muy baja</i></p>	
<p>Muerte perinatal Las pacientes gestantes con diagnóstico de sífilis tratadas con Penicilina G Benzatínica presentan un riesgo menor de mortalidad perinatal, en comparación con las no tratadas. (RR entre 0.14-0.18).</p> <p><i>Calidad de evidencia muy baja</i></p>	
<p>Mortalidad neonatal Las pacientes gestantes con diagnóstico de sífilis tratadas con Penicilina G Benzatínica presentan un riesgo menor mortalidad neonatal, en comparación con las no tratadas. (RR: 0.20; IC 95%: 0.13-0.32).</p> <p><i>Calidad de evidencia muy baja</i></p>	
<p>Parto pretérmino Las pacientes gestantes con diagnóstico de sífilis tratadas con Penicilina G Benzatínica presentan un riesgo menor de parto pretérmino, en comparación con las no tratadas. (RR: 0.36; IC 95%: 0.27-0.47).</p> <p><i>Calidad de evidencia muy baja</i></p>	
<p>Sífilis congénita Las pacientes gestantes con diagnóstico de sífilis tratadas con Penicilina G Benzatínica presentan un riesgo menor de sífilis congénita, en comparación con las no tratadas. (RR: 0.03; IC 95%: 0.02-0.07).</p> <p><i>Calidad de evidencia moderada</i></p>	

RECOMENDACIÓN. Se recomienda el uso de penicilina benzatínica (2.400.000 UI) para el tratamiento de pacientes gestantes o lactantes con diagnóstico confirmado de sífilis primaria.

Author(s): Walker GJA.

Date: 2011-10-08

Question: Should Other AB be used in pregnant women with suspect of syphilis infection?

Settings: Primary care

Bibliography: Walker GJA. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3. Art. No.: CD001143. DOI: 10.1002/14651858.CD001143.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Otros AB	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Maternal outcomes - not measured¹												
0	-	-	-	-	-	None	-	-	-	-		
Fetal outcomes - not measured¹												
0	-	-	-	-	-	None	-	-	-	-		

¹ Twenty-nine studies met the criteria for hard copy scrutiny. However, none of these met the pre-determined criteria for comparative groups and none included comparisons between randomly allocated groups of pregnant women.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	Se evalúa una RS de Cochrane que evalúa la efectividad AB en sífilis durante el embarazo. Si bien se localizan 29 estudios, estos no cumplen con criterios de calidad y diseño para ser considerados candidatos para la revisión. Se concluye que la evidencia en este caso es inexistente y debe ser materia de investigación futura
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se evalúan eventos adversos adicionales en el estudio.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 subraya que la efectividad de la penicilina, en el embarazo como única línea terapéutica, incluso en presencia de alergia a la penicilina.
INTERVENCION	PENICILINA G- 2.4 UNIDADES POR MILLON
No existe evidencia de calidad que permita recomendar AB diferentes a la Penicilina Benzatinica en el tratamiento de la sífilis en las gestantes.	

RECOMENDACIÓN. No existe evidencia de calidad que permita recomendar otro antibiótico diferente a la penicilina benzatínica para el tratamiento de sífilis primaria en la paciente gestante y/o lactante.

Author(s):
Date: 2012-12-18
Question: Should Penicillin G vs Azithromycin be used for early syphilis?
Settings: Primary care
Bibliography: Bai ZG,Wang B, Yang K, Tian JH, Ma B, Liu Y, Jiang L, Gai QY, He X, Li Y. Azithromycin versus penicillin G benzathine for early syphilis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 6. Art.No.: CD007270. DOI: 10.1002/14651858.CD007270.pub2.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Penicillin G	Azithromycin	Relative (95% CI)	Absolute		
Cure rate (follow-up 3-9 months; assessed with: serological RPR decrease by at least two dilutions before nine months)												
3	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	333/392 (84.9%)	341/398 (85.7%)	OR 1.04 (0.69 to 1.56)	5 more per 1000 (from 52 fewer to 46 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL
								0%		-		
Adverse events (follow-up 3-12 months; assessed with: Mild or tolerated side events)												
2	randomised trials	no serious risk of bias	serious ¹	no serious indirectness	no serious imprecision	none	137/258 (53.1%)	183/285 (64.2%)	OR 1.43 (0.42 to 4.95)	77 more per 1000 (from 212 fewer to 257 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								0%		-		

¹ Heterogeneity=74%

2. Infección primaria por Treponema pallidum y alergia a la penicilina

Author(s):

Date: 2012-01-26

Question: Should Penicilin G Benzatinic be used for Pregnant patients with suspect of syphilis infection and penicilin allergy?

Settings: priamry care

Bibliography: 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.11 Suppl 3:S9.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Penicillin G Benzatinic	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Stillbirths (assessed with: Not stated)												
8	Observational studies ¹	Serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision ⁴	none ⁵	70/2578 (2.7%) ⁶	185/1353 (13.7%)	RR 0.18 (0.1 to 0.33)	112 fewer per 1000 (from 92 fewer to 123 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
								0%		-		
Perinatal mortality associated with congenital syphilis (assessed with: Not stated)												
2	Observational studies	No serious risk of bias	No serious inconsistency	Serious ^{3,7}	No serious imprecision	None ⁸	39/952 (4.1%)	19/233 (8.2%)	RR ranged from 0.14 to 0.18	-	⊕000 VERY LOW	
								0%		-		
Neonatal Mortality (all causes) (assessed with: Not stated)												
5	Observational studies ¹	Serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	29/2068 (1.4%)	62/972 (6.4%)	RR 0.20 (0.13 to 0.32)	51 fewer per 1000 (from 43 fewer to 55 fewer)	⊕000 VERY LOW	
								0%		-		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Penicillin G Benzatinic	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Preterm birth (assessed with: Birth before 37 weeks completed gestation)												
7	Observational studies ¹	Serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	85/947 (9%)	250/1012 (24.7%)	RR 0.36 (0.27 to 0.07)	158 fewer per 1000 (from 180 fewer to 230 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	
								0%		-		
Congenital syphilis in live born infants (assessed with: Not stated)												
3	Observational studies ¹	No serious risk of bias ⁹	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None ¹⁰	20/2745 (0.73%)	139/715 (19.4%)	RR 0.03 (0.02 to 0.07)	189 fewer per 1000 (from 181 fewer to 191 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	
								0%		-		

¹ Only the term "observational studies" is founded.

² Insufficient controlling for important potential confounding variables.

³ It is not clear if patients with history of penicillin allergy were included.

⁴ No explanation was provided

⁵ The strength and the consistency of the association makes it rather unlikely that that the association can be entirely explained by confounding factors.

⁶ Treatment with at least 2.4 million units of Penicillin G given at least 28 days prior to delivery

⁷ Only South Africa patients were included

⁸ (RR = 0.14, 95%c.i. 0.07 – 0.27 and RR = 0.18 95%c.i. 0.03 – 0.95) with the use of penicillin therapy [24,25]. The dosing schedules of penicillin administered in these early studies were different to those in current use, using regular dosing with short acting penicillin.

⁹ insufficient controlling for important potential confounding variables but as very specific outcome unlikely to be confounded

¹⁰ There is a very large, biologically plausible and broadly consistent effect size which, given the very specific outcome, is unlikely to be confounded by other factors.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>Se evalúa un revisión sistemática que incluye estudios en gestantes referentes al tamizaje y tratamiento de la sífilis activa con Penicilina benzatínica (2.4 upm) en diferentes países. Si bien no se encuentran ECAs, se incluyen en los análisis 25 estudios observacionales tipo cohortes poblacionales o cohortes de expuestos. Se realizan análisis de desenlaces maternos y neonatales.</p> <p>La incidencia de mortinatos se evalúa en 8 estudios observacionales, estimando un RR pooled de 0.18 (IC 95% 0.10-0.33) con una heterogeneidad moderada (I^2: 56.8%). En relación con la mortalidad perinatal se encuentran dos estudios con RR entre 0.14 a 0.18. El riesgo de mortalidad neonatal se estima en 0.20 (IC 95%: 0.13-0.32).</p> <p>Así mismo, el riesgo de parto pretérmino fue estimado en 0.36 (IC 95%: 0.27-0.47), y el riesgo de sífilis congénita en 0.03 (IC 95%: 0.02-0.07). No es claro si dentro de los estudios se incluyeron pacientes con alergia comprobada a la penicilina.</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se evalúan eventos adversos adicionales en el estudio.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 subraya que la efectividad de la penicilina, en el embarazo como única línea terapéutica, incluso en presencia de alergia a la penicilina.

INTERVENCION	PENICILINA G- 2.4 UNIDADES POR MILLON
<p>Incidencia de Mortinatos Las pacientes gestantes con diagnóstico de sífilis tratadas con Penicilina G Benzatínica presentan un riesgo menor de un bebe mortinato, en comparación con las no tratadas. (RR: 0.18; IC 95%: 0.1-0.33).</p> <p><i>Calidad de evidencia muy baja</i></p>	
<p>Muerte perinatal Las pacientes gestantes con diagnóstico de sífilis tratadas con Penicilina G Benzatínica presentan un riesgo menor de mortalidad perinatal, en comparación con las no tratadas. (RR entre 0.14-0.18).</p> <p><i>Calidad de evidencia muy baja</i></p>	
<p>Mortalidad neonatal Las pacientes gestantes con diagnóstico de sífilis tratadas con Penicilina G Benzatínica presentan un riesgo menor mortalidad neonatal, en comparación con las</p>	

no tratadas. (RR: 0.20; IC 95%: 0.13-0.32).

Calidad de evidencia muy baja

Parto pretérmino

Las pacientes gestantes con diagnóstico de sífilis tratadas con Penicilina G Benzatínica presentan un riesgo menor de parto pretérmino, en comparación con las no tratadas. (RR: 0.36; IC 95%: 0.27-0.47).

Calidad de evidencia muy baja

Sífilis congénita

Las pacientes gestantes con diagnóstico de sífilis tratadas con Penicilina G Benzatínica presentan un riesgo menor de sífilis congénita, en comparación con las no tratadas. (RR: 0.03; IC 95%: 0.02-0.07).

Calidad de evidencia muy baja

RECOMENDACIÓN. Se recomienda el uso de penicilina benzatínica (2.400.000 UI) para el tratamiento de pacientes gestantes o lactantes con diagnóstico confirmado de sífilis primaria e historia de alergia a la penicilina, previa desensibilización.

3. Infección primaria por Infección genital por *Haemophilus ducreyi*

Author(s):

Date: 2011-10-21

Question: Should Azithromycin vs Erythromycin be used in pregnant women?

Settings: primary care

Bibliography: 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. Sexually transmitted diseases. [Clinical Trial. Comparative Study. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1994 Jul-Aug;21(4):231-4.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Azithromycin	Erythromycin	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical cure (follow-up 7-21 days; assessed with: Epithelialization of the ulcer was complete on or before day 21¹)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	Very serious ²	No serious imprecision	None	73/82 (89%) ³	41/45 (91.1%) ⁴	RR 0.977 (0.868 to 1.1) ⁵	21 fewer per 1000 (from 120 fewer to 91 more)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								0%		-		

¹ Men were considered to have failed therapy if the ulcer worsened or remained unchanged during any follow-up visit, or if the ulcer were not epithelialized by day 21.

² Women patients are not included, as well as pregnant patients

³ Azithromycin 1 g single dose.

⁴ Erythromycin 500 mg four times daily for 7 days

⁵ Analysis on 43 culture negative patients: 29/30 with azithromycin responded to treatment vs. 11/13 with erythromycin.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	Se evalúa un ECC de 204 hombres con diagnóstico sospechoso de chancroide, de los cuales se analizan 127 con aislamientos positivos de <i>H. ducreyi</i> . Los participantes son asignados aleatoriamente a tratamiento con Azitromicina (1 gm oral dosis única) o con eritromicina (500 mg 4 veces al día por 7 días). El seguimiento para cura clínica se realizó hasta el día 21 para todos los pacientes. Se presentó resolución de las lesiones en 73 de 82 pacientes con azitromicina (89%) y en 41 de 45 pacientes con eritromicina (91.1%). Con estos porcentajes se calcula un RR de 0.977 (IC 95 %: 0.868 to 1.1). No se incluyen mujeres embarazadas en el estudio.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se presentaron eventos adversos serios en el estudio. 5 hombres en el grupo de eritromicina experimentaron náusea leve, lo cual no causó la suspensión de la medicación.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 advierte sobre reportes de resistencia a eritromicina que deben ser revisados con datos locales.

INTERVENCION	AZITROMICINA (1 gm oral dosis única) vs ERITROMICINA (500 mg 4 veces al día por 7 días).
<p>Cura clínica</p> <p>Las pacientes gestantes con sospecha de infección por chancroide tratados con Azitromicina no muestran frecuencias diferenciales de cura clínica, en comparación con pacientes tratados con Eritromicina (OR: 0.977; IC 95%:0.86-1.1)</p> <p><i>Calidad de evidencia baja</i></p>	

RECOMENDACIÓN. Se recomienda el uso de azitromicina (1 gm oral dosis única) en pacientes gestantes con sospecha de infección por *Haemophilus ducreyi*. El uso de Eritromicina (base 500 mg oral 3 veces al día por 7 días) es igualmente efectivo pero no tiene una presentación de unidosis.

Author(s):**Date:** 2011-10-21**Question:** Should Azithromycin vs Ceftriaxone be used in pregnant patients?**Settings:** primary care**Bibliography:** Martin DH, Sargent SJ, Wendel GD, McCormack WM, Spier NA, Johnson RB. Comparison of azithromycin and ceftriaxone for the treatment of chancroid. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America. [Clinical Trial. Comparative Study. Multicenter Study. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1995 Aug;21(2):409-14.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Azithromycin	Ceftriaxone	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical response: Healing¹ (follow-up 5-greater/equal than 18 days²; assessed with: Clinical cure³)												
1	Randomised trials ⁴	Serious ⁵	No serious inconsistency	Serious ⁶	No serious imprecision	None	32/32 (100%) ⁷	29/33 (87.9%) ⁸	RR 1.135 (0.989 to 1.303) ⁹	119 more per 1000 (from 10 fewer to 266 more)	⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								0%		-		
Adverse events (follow-up 5 to equal or greater than 18 days; assessed with: Several events¹⁰)												
1	Randomised trials	Serious ⁵	No serious inconsistency	Serious ⁶	No serious imprecision	None	17/86 (19.8%) ⁷	8/82 (9.8%) ⁸	RR 2.02 (0.925 to 4.438)	100 more per 1000 (from 7 fewer to 335 more)	⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								0%		-		

¹ Clinical response until 18 days or greater among patients with culture-proven chancroid² For the purpose of the analysis, follow-up visits were divided into the following intervals: 5-10 days, 11-17 days and greater or equal than 18 days.³ Response to treatment was graded as healed, improved or not improved. To considering improved, lesions had to decrease in size, with or without decreased tenderness.⁴ Comparison of 250 mg of ceftriaxone IM vs 1 g and azithromycin orally, both given as a single doses.⁵ No blinding of intervention, no allocation concealment⁶ Pregnant women were not included in this trial.⁷ Azithromycin 1 g oral dose.⁸ Ceftriaxone 250 mg IM dose.⁹ Clinical response among patients with negative cultures: 34/38 (azithromycin); 27/30 (ceftriaxone) at 18 or greater days of follow-up.¹⁰ Include : pain, skin rash, gastrointestinal complaints, loose stools.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	Se evalúa un ECC de 133 pacientes con cultivos positivos para <i>H ducreyi</i> en 4 ciudades de EEUU y con un seguimiento de hasta 23 días. Los pacientes fueron aleatorizados a recibir 1 gm oral de azitromicina o 250 mg IM de Ceftriaxona. En los pacientes que tuvieron al menos una visita de seguimiento, 21/32 tratados con azitromicina tuvieron una curación completa de las lesiones, comparados con 15/29 en el grupo de ceftriaxona. Al final de la tercera visita de seguimiento, 100% de los pacientes tratados con azitromicina estaban curados, comparado con 88% de los tratados con ceftriaxona. El RR calculado para la cura clínica es de 1.135 (IC 95%: 0.989-1.303). No se incluyen pacientes gestantes en el estudio.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	El porcentaje de pacientes con eventos adversos fue de 20% para los tratados con azitromicina versus 10% de los tratados con ceftriaxona; los eventos encontrados incluyen dolor en el sitio de inyección, rash, problemas gastrointestinales, entre otros. El RR calculado para estos eventos es de 2.02 (IC 95%: 0.925-4.438)
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 resalta las ventajas de la dosis única de ambos medicamentos.

INTERVENCION	AZITROMICINA (1 gm oral dosis única) vs CEFTRIAXONA (250 mg IM dosis única).
<p>Cura clínica Las pacientes gestantes con sospecha de infección por chancroide tratados con Azitromicina no muestran frecuencias diferenciales de cura clínica, en comparación con pacientes tratados con Ceftriaxona (RR: 1.135; IC 95%: 0.989-1.303)</p> <p><i>Calidad de evidencia moderada</i></p>	
<p>Eventos adversos Las pacientes gestantes con sospecha de infección por chancroide tratados con Azitromicina no muestran frecuencias diferenciales de eventos adversos, en comparación con pacientes tratados con Ceftriaxona (RR: 2.02; IC 95%: 0.925-4.438)</p> <p><i>Calidad de evidencia moderada</i></p>	

RECOMENDACIÓN. Se recomienda el uso de azitromicina (1 gm oral dosis única) o de ceftriaxona (250 mg IM dosis única) para el manejo de pacientes gestantes o lactantes con sospecha de infección por *Haemophilus ducreyi*

4. Infección primaria por Linfogramuloma venéreo

Author(s):

Date: 2011-09-05

Question: Should erythromycin be used in pregnant women with suspect of LGV infection?

Settings: primary care

Bibliography: *****

Author(s):

Date: 2012-01-26

Question: Should Azithromycin be used in Pregnant patients with suspect of LGV infection?

Settings: primary care

Bibliography: Martin DH, Mroczkowski TF, Dalu ZA, et al. A controlled trial of a single dose of azithromycin for the treatment chlamydial urethritis and cervicitis. N Engl J Med 1992; 327:921-5. E M Thorpe Jr, W E Stamm, E W Hook III, S A Gall, R B Jones, K Henry, G Whitworth, R B Johnson. Chlamydial cervicitis and urethritis: single dose treatment compared with doxycycline for seven days in community based practises. Genitourin Med 1996;72:93-97

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Azithromycin	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical response (Cure) (follow-up 15-35 days; assessed with: Complete resolution of signs and symptoms of infection)												
2	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	Very serious ^{1,2}	No serious imprecision	None	225/261 (86.2%) ^{3,4}	96/116 (82.8%) ⁵	RR ranged from 1.03 to 1.06	-	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								0%		-		
Bacteriological cure (follow-up 15-35 days; assessed with: Negative chlamydial assay at follow-up)												
2	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	Very serious ¹	No serious imprecision	None	450/459 (98%) ⁴	262/265 (98.9%)	RR ranged from 0.97 to 1.01	-	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								0%		-		
Adverse events (follow-up 15-35 days; assessed with: Self-reported by patient or by direct questioning⁶)												
2	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	Very serious ^{1,2}	No serious imprecision	None	207/639 (32.4%) ⁴	116/415 (28%) ⁷	RR ranged from 0.89 to 1.1	-	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								0%		-		

¹ The trial not consider LGV infection, only chlamydial infections in general.

² Pregnant patients were not included in these ECCs.

³ Data of Martin is only available in percentages: 97% of male patients and 98% of female patients had clinical response to azythromycin.

⁴ Control group: Azitromycin; Intervention group: Doxycycline

⁵ Data of Martin 1992 is only available in percentages: 91% of male patients and 95% of female patients had clinical response to doxycycline.

⁶ Include nausea, vomiting, diarrhoea, dyspepsia, abdominal pain, central nervous system, urogenital.

⁷ Doxycycline

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>Se evaluaron dos ECC que involucran pacientes con infecciones por <i>C trachomatis</i> (uretritis o cervicitis, algunos asintomáticos) y tratamiento con azitromicina. El primero se realiza en contexto de hospitales universitarios e incluye 237 pacientes con tratamiento de azitromicina (1 gm dosis única) y 220 pacientes con doxiciclina (100 mg dos veces al día por 7 días). En los pacientes con disponibilidad de cultivos positivos al inicio del ensayo, se encontró en el seguimiento a 35 días un porcentaje de cura bacteriológica de 100 y 99% de los pacientes, respectivamente. Referente a la cura clínica, los autores reportan efectividad del tratamiento con azitromicina en 97% de los pacientes hombres y 98% de las mujeres, en comparación con 91 y 95% de efectividad en los mismos grupos tratados con doxiciclina. El RR estimado para estas proporciones se calcula en 1.03.</p> <p>El segundo ECC se realizó en contexto ambulatorio e incluyó pacientes con infecciones por clamidia como cervicitis y uretritis. Se incluyeron en los análisis 349 (87%) pacientes con tratamiento con azitromicina (1 gm oral) y 165 (85%) pacientes tratados con Doxiciclina (100 mg dos veces al día por 7 días). Al final del seguimiento de dos semanas hubo 9 pacientes con falla bacteriológica en el grupo de azitromicina versus 2 en el grupo de doxiciclina. La cura clínica al final del seguimiento tuvo porcentajes de 86 y 83% para los grupos de tratamiento evaluados.</p> <p>Se subraya que las pacientes gestantes fueron excluidas de ambos estudios, lo cual afecta la calidad de la evidencia</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	<p>En el primer ECC se reporta un 17% de eventos adversos relacionados con azitromicina versus un 20% relacionado con doxiciclina. Los eventos más comunes fueron de naturaleza gastrointestinal y un paciente suspendió el tratamiento por esta causa. Los eventos adversos en el segundo ECC fueron de 41 y 37% en ambos grupos, siendo más frecuentes los eventos gastrointestinales.</p>
COMENTARIOS	<p>La GPC del CDC del 2010 indica la paciente gestante debe ser tratada con Eritromicina (base 500 mg oral 4 veces al día por 21 días). Anota que la azitromicina podría ser útil, pero nos hay datos publicados referentes a su seguridad y eficacia en maternas y lactantes.</p>

INTERVENCIÓN	AZITROMICINA (1 gm oral) vs DOXICICLINA (100 mg 2 veces al día por 7 días).
<p>Cura clínica</p> <p>Los pacientes gestantes o lactantes con sospecha de infección por LGV tratados con azitromicina no muestran frecuencias diferenciales de cura clínica, en comparación con pacientes tratados con doxiciclina (RR entre 1.03 a 1.06)</p> <p><i>Calidad de evidencia baja</i></p>	
<p>Cura bacteriológica</p> <p>Los pacientes con sospecha de infección por LGV gestantes o lactantes tratados con azitromicina no muestran frecuencias diferenciales en cura bacteriológica, en comparación con pacientes tratados con doxiciclina (RR entre 0.97 a 1.01)</p> <p><i>Calidad de evidencia baja</i></p>	
<p>Eventos adversos</p> <p>Los pacientes con sospecha de infección por LGV gestantes o lactantes tratados con azitromicina no muestran frecuencias diferenciales de eventos adversos, en comparación con pacientes tratados con doxiciclina (RR entre 0.89 a 1.1)</p> <p><i>Calidad de evidencia baja</i></p>	

RECOMENDACIÓN. Se sugiere el uso de azitromicina (1 gm oral dosis única) para el tratamiento de pacientes gestantes o lactantes con sospecha de Linfogranuloma Venéreo, sólo cuando la eritromicina (base 500 mg oral 4 veces al día por 21 días) no se encuentre disponible

5. Infección primaria por *Klebsiella granulomatis*

Author(s):

Date: 2011-09-05

Question: Should erythromycin be used in pregnant patients with suspect of donovanosis?

Settings: primary care

Bibliography:

6. Primer episodio genital por el virus del herpes simple tipo 2

Author(s):

Date: 2012-01-26

Question: Should Acyclovir be used in pregnant patients with first episode of genital herpes?

Settings:

Bibliography: Mertz GJ, Critchlow CW, Benedetti J. Double-blind placebo-controlled trial of oral acyclovir in first-episode genital herpes simplex virus infection. *Journal of the American Medical Association*. 1984;252(9):1147-51. Nilsen AE, Aasen T, Halsos AM, Kinge BR, Tjøtta 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. Bryson YJ, Dillon M, Lovett M. Treatment of first episodes of genital herpes simplex virus infection with oral acyclovir. A randomized double-blind controlled trial in normal subjects. *New England Journal of Medicine*. 1983;308(16):916-21.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Aciclovir	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Viral shedding (follow-up 14 days¹; Better indicated by lower values)												
3	Randomised trials	Serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	101 ⁴	87 ⁵	-	median ranged from 1 to 6 higher ⁶	⊕⊕⊕ LOW	IMPORTANT
Time to complete healing lesions (follow-up 14 days¹; measured with: Time between study entry and complete re-epithelization of all lesions; Better indicated by lower values)												
3	Randomised trials	Serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	103	97	-	median ranged from 6 to 12 higher	⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
Duration of pain (follow-up 14 days¹; measured with: Total of the individual daily scores for this symptom; Better indicated by lower values)												
3	Randomised trials	Serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	103	97	-	median ranged from 2 to 5 higher	⊕⊕⊕ LOW	IMPORTANT

¹ More than 14 days until lesion had healed.

² Sample size insufficient in two trials.

³ Pregnant or nursing patients were not included in these trials.

⁴ Aciclovir: 200 mg 5 times daily for 10 days; 200 mg 5 times daily for 5 days;

⁵ Placebo

⁶ Control Medians range: 9 to 15 days.

ESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>Se identificaron 3 ECC de moderada calidad referentes a la efectividad del aciclovir versus Placebo en Herpes genital primario. El más grande (180 personas, con 119 con primer episodio de herpes) comparó aciclovir (200 mg 5 veces al día por 10 días) versus placebo. Los análisis mostraron que aciclovir disminuye significativamente el tiempo de curación completa de las lesiones (12 vs 14 días, P=0.005), reduce la formación de nuevas lesiones a 48 horas de inicio de la terapia (18% vs. 62%, P=0.001) y reduce la duración del dolor (5 vs 7 días, P=0.05) y el viral shedding (2 vs 9 días, P<0.001).</p> <p>El segundo ECC con 31 personas con primer episodio de herpes genital compara aciclovir 200 mg 5 veces al día por 5 días vs placebo encontró que el tto reduce la duración del viral shedding y el dolor (1 vs 13 días, P0.01; 4 vs 8 días, P<0.05). También se mostró una tendencia a la reducción del tiempo de curación, la cual no fue estadísticamente significativa.</p> <p>El tercer ECC compuesto por 31 mujeres y 17 hombres presenta estimaciones similares sin medidas de efectividad debido al tamaño muestral incluido.</p> <p>Los estudios nos incluyen pacientes gestantes dentro de la población analizada.</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	Los eventos adversos son raros y similares en ambos grupos de tratamiento.
COMENTARIOS	La GPC del CDC recomienda Aciclovir en dosis de 400 mg oral 3 veces al día por 7-10 días y 200 mg oral 5 veces al día por 7-10 días. La seguridad del aciclovir en mujeres gestantes no ha sido establecida.

INTERVENCION	ACICLOVIR
<p>Tiempo de virulencia</p> <p>El tratamiento con aciclovir oral es más efectivo para disminuir la duración del periodo de virulencia en pacientes gestantes con primer episodio de herpes genital</p> <p><i>Calidad de evidencia baja.</i></p>	

RECOMENDACIÓN. Se sugiere el uso de aciclovir (200 mg oral 5 veces al día) para el tratamiento de pacientes gestantes o lactantes con primer episodio de infección genital por herpes simplex tipo II.

Author(s):**Date:** 2011-09-05**Question:** Should Acyclovir vs Valacyclovir be used in pregnant patients with suspect of genital herpes infection?**Settings:** primary care**Bibliography:** Fife KH, Barbarash RA, Rudolph T, et al. Valaciclovir versus acyclovir in the treatment of first-episode genital herpes infection: results of an international, multicenter, double-blind randomized clinical trial. Sex Transm Dis 1997;24:481–486.[PubMed]

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Acyclovir	Valacyclovir	Relative (95% CI)	Absolute		
Duration of pain (follow-up 1-14 days; measured with: Not stated; Better indicated by lower values)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	Serious ¹	No serious imprecision	None	323	320	-	HR 1.0 higher (0.85 to 1.18 higher)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL ²
Time to resolution of all symptoms (Copy) (follow-up 1-14 days³; measured with: Not stated; Better indicated by lower values)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	Serious ¹	No serious imprecision	None	323	320	-	HR 1.02 higher (0.85 to 1.22 higher)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
Duration of viral shedding (Copy) (follow-up 1-14 days³; measured with: Not stated; Better indicated by lower values)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	Serious ⁴	No serious imprecision	None	323 ⁵	320 ⁶	-	HR 1.0 higher (0.84 to 1.18 higher)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL

¹ Pregnant patients or nursing were not included.² Includes only patients with positive HSV cultures or serology.³ If needed, twice weekly until all lesions had healed.⁴ No explanation was provided⁵ Valaciclovir: 1000 mg twice daily⁶ Aciclovir: 200 mg 5 times per day

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>Se evalúa un ECC que incluyó 643 pacientes con lesiones genitales concordantes con HSV procedentes de 54 sitios de UK y Australia. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a recibir valaciclovir (1000 mg dos veces al día por 10 días) o Aciclovir (200 mg 5 veces al día por 10 días). Los análisis de los desenlaces primarios y secundarios se realizaron por medio de análisis de sobrevida. Se muestran los HR estimados para las diferencias entre los diferentes grupos de tratamiento. Se llevó a cabo un ITT.</p> <p>Los HR reportados para los desenlaces de duración de virulencia y tiempo para cura fueron de 1 (IC 95%: 0.84-1.18) y 1.08 (IC 95%: 0.92-1.27), respectivamente. Las medianas reportadas para los grupos de valaciclovir y aciclovir en estos desenlaces fueron de 3 días y 9 días en los ITT. El HR para duración del dolor fue de 1 (IC 95%: 0.85-1.18) con medianas de 5 días para ambos grupos.</p> <p>Los estudios nos incluyen pacientes gestantes dentro de la población analizada.</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	<p>Se reporta cefalea en 11.5% del total de pacientes, así como náusea en 5.9%. La cefalea se presentó en 41 pacientes con valaciclovir y 33 con aciclovir, mientras la náusea se presentó en 18 y 20 pacientes, respectivamente.</p>
COMENTARIOS	<p>La GPC del CDC del 2010 recomienda ambos regímenes por 7-10 días. La seguridad del aciclovir y del valaciclovir en mujeres gestantes no ha sido establecida.</p>

INTERVENCIÓN	VALACICLOVIR (1 gm oral 2 veces al día) vs. ACICLOVIR (200 mg oral 5 veces al día)
<p>Tiempo de resolución de los síntomas Los pacientes con sospecha de infección por HSV tratados con valaciclovir no muestran tiempos diferenciales en la resolución de los síntomas, en comparación con pacientes tratados con aciclovir (HR: 1.0; IC 95%: 0.85-1.18)</p> <p><i>Calidad de evidencia moderada</i></p>	
<p>Duración de virulencia Los pacientes con sospecha de infección por HSV tratados con valaciclovir no muestran tiempos diferenciales en la duración de la virulencia, en comparación con pacientes tratados con aciclovir (HR: 1.02; IC 95%: 0.85-1.22)</p> <p><i>Calidad de evidencia moderada</i></p>	
<p>Duración del dolor Los pacientes con sospecha de infección por HSV tratados con valaciclovir no muestran tiempos diferenciales en la duración del dolor, en comparación con pacientes tratados con aciclovir (HR: 1.02; IC 95%: 0.84-1.18)</p> <p><i>Calidad de evidencia moderada</i></p>	

RECOMENDACIÓN. Se sugiere el uso de aciclovir (200 mg oral 5 veces al día) para el tratamiento de pacientes gestantes o lactantes con primer episodio de infección genital por herpes simplex tipo II.

Author(s): Hollier LM, Wendel GD.

Date: 2011-09-18

Question: Should prophylactic antiviral medication be used in pregnant women near term with history of HSV infection?

Settings: primary care

Bibliography: Hollier LM, Wendel GD. Third trimester antiviral prophylaxis for preventing maternal genital herpes simplex virus (HSV) recurrences and neonatal infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD004946. DOI: 10.1002/14651858.CD004946.pub2.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Prophylactic antiviral medication	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Neonatal HSV transmission (assessed with: symptomatic neonatal herpes)												
7	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹	None	0/646 (0%)	0/594 (0%)	.2	-	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								0%		-		
Recurrence of HSV infection at delivery (follow-up 36 weeks- Delivery; assessed with: Clinical diagnosis at the time of presentation)												
7	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	Strong association ³	25/651 (3.8%) ⁴	87/598 (14.5%) ⁵	RR 0.28 (0.18 to 0.43)	105 fewer per 1000 (from 83 fewer to 119 fewer)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL
								0%		-		
Cesarean delivery (follow-up 36 weeks- at delivery; assessed with: Cesarean delivery as the primary indication)												
7	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	Strong association ³	25/651 (3.8%) ⁴	83/598 (13.9%) ⁵	RR 0.30 (0.2 to 0.45)	97 fewer per 1000 (from 76 fewer to 111 fewer)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL

¹ No events of neonatal herpes in both groups.

² RR estimation is not calculated (zero events)

³ RR<0.5

⁴ Acyclovir or Valacyclovir

⁵ Placebo

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>Se evaluó una RS de Cochrane con 7 ECA que incluyeron 1249 gestantes en la semana 36 con antecedentes de herpes genital; se incluyeron estudios que evaluaron los efectos del AB en desenlaces maternos y neonatales. Referente a la frecuencia de herpes neonatal no se registraron casos en ninguno de los grupos evaluados, por ende la estimación del riesgo no se realizó.</p> <p>Referente al riesgo de herpes recurrente al momento del parto, se encontró una reducción de este desenlace en las mujeres con tratamiento AB (aciclovir o valaciclovir) en comparación con placebo (RR: 0.28; IC 95%: 0.18-0.43). así como en la necesidad de cesarea al momento del parto (RR: 0.30; IC 95%:0.20-0.45).</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	Se señalan algunas frecuencias individuales no metanalizadas.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 no hace recomendaciones claras por uno u otro antiviral, reconociendo la falta de datos respecto a la seguridad.
INTERVENCION	ANTIVIRALES (ACICLOVIR, VALACICLOVIR, FAMCICLOVIR)
<p>Transmisión neonatal de HSV No existe evidencia para recomendar uno u otro antiviral referente a la prevención de la transmisión de HSV neonatalmente. <i>Calidad de evidencia moderada</i></p>	
<p>Recurrencia de HSV al momento del parto Las gestantes con infección o antecedente de herpes genital tratadas con antivirales como aciclovir o valaciclovir presentan un menor riesgo de recurrencia al momento del parto, en comparación con las no tratadas (RR 0.28; IC 95%: 0.18 - 0.43) <i>Calidad de evidencia alta</i></p>	
<p>Parto por cesárea Las gestantes con infección o antecedente de herpes genital tratadas con antivirales como aciclovir o valaciclovir presentan un menor frecuencia de partos por cesárea, en comparación con las no tratadas (RR 0.30; IC 95%: 0.2 - 0.45) <i>Calidad de evidencia alta</i></p>	

RECOMENDACIÓN. Se recomienda el uso de acyclovir para el tratamiento profiláctico (semana 36) en gestantes con antecedentes de herpes genital

Pregunta No. 25

Guía: ITS/ITG

Grupo temático: ÚLCERAS GENITALES

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS EFECTIVO Y SEGURO PARA LA PAREJA DEL /DE LA PACIENTE CON SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL?

Author(s):

Date: 2011-12-12

Question: Should Provider referral vs Patient referral be used in people with genital ulcer syndrome?^{1,2}

Settings: primary care

Bibliography: Mathews C, Coetzee N, Zwarenstein M, Lombard C, Gutmacher S, Oxman Andrew D, et al. Strategies for partner notification for sexually transmitted diseases. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2001(4).

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Provider referral	Patient referral	Relative (95% CI)	Absolute		
Number of partners testing positive (assessed with: Positive culture)												
1	Randomised trials	Serious ³	No serious inconsistency	Serious ⁴	No serious imprecision	None	20/221 (9%) ⁵	14/457 (3.1%) ⁶	0.06 (0.02 to 0.10)	29 fewer per 1000 (from 28 fewer to 30 fewer)	⊕⊕○○ LOW	IMPORTANT
								0%		-		
Partners treated												
1	Randomised trials	Serious ³	No serious inconsistency	Serious ⁴	No serious imprecision	None	159/221 (71.9%) ⁵	91/457 (19.9%) ⁶	0.52 (0.40 to 0.64)	96 fewer per 1000 (from 72 fewer to 119 fewer)	⊕⊕○○ LOW	IMPORTANT
								0%		-		

¹ Provider referral is where health professionals notify the partner without disclosing the identity of the index patient.

² Patient referral is where the index patient is encouraged to inform their past and present partners.

³ the RS combine data for two different interventions in analysis

⁴ The effects in chlamydial infections could be similar to LGV patients.

⁵ Provider referral

⁶ Patient referral

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	Se identificó una RS de un ECC de pacientes con uretritis de origen clamidial, el cual compara provider referral versus dos estrategias de patient referral (uno que involucraba a una enfermera sin registro del nombre de los pacientes; el segundo involucraba una intervención específica de la infección por un especialista y el registro del nombre sin más detalles).
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se presenta una evaluación de eventos adversos en este estudio.
COMENTARIOS	La revisión no encuentra evidencia concluyente sobre el efecto de estas intervenciones sobre los pacientes y sus parejas, y en particular sobre el porcentaje de violencia doméstica, abuso y abandono en la pareja.

INTERVENCION	
<p>Compañeros con pruebas positivas.</p> <p>Provider referral es más efectivo en la identificación de compañeros con pruebas positivas para la infección clamidial, en comparación con patient referral (Diferencia de proporciones= 0.06; IC 95%= 0.02-0.10).</p> <p><i>Calidad de evidencia baja</i></p>	
<p>Número de compañeros tratados</p> <p>Provider referral es más efectivo en promover el tratamiento a la pareja de pacientes con infecciones clamidiales, en comparación con patient referral (Diferencia de proporciones= 0.52; IC 95%= 0.40-0.64).</p> <p><i>Calidad de la evidencia baja</i></p>	

RECOMENDACIÓN. Se recomienda el uso de estrategias tipo “provider referral” para promover la evaluación y el tratamiento de las parejas de los/las pacientes con úlcera genital.

Author(s):

Date: 2011-12-12

Question: Should contract referral vs other partner notification strategies be used in people with genital ulcer syndrome?^{1,2}

Settings: primary care

Bibliography: Mathews C, Coetzee N, Zwarenstein M, Lombard C, Gutmacher S, Oxman Andrew D, et al. Strategies for partner notification for sexually transmitted diseases. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2001(4).

No se encontraron estudios que evaluaran la efectividad de “contract referral” (Contract referral is where the index patient is encouraged to notify their partners, but the health professional does so if they fail to attend for treatment within an allotted time.) en pacientes con infecciones por clamidia.

RECOMENDACIÓN. No se conoce si la estrategia de “contract referral” es efectiva para el manejo de la pareja de pacientes con infecciones por clamidia.

Author(s):**Date:** 2011-12-12**Question:** Should contract referral vs provider referral be used in people with genital ulcer syndrome?^{1,2,3}**Settings:** primary care**Bibliography:** Mathews C, Coetzee N, Zwarenstein M, Lombard C, Gutmacher S, Oxman Andrew D, et al. Strategies for partner notification for sexually transmitted diseases. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2001(4).

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Contract referral	Provider referral	Relative (95% CI)	Absolute		
Number of partners tested												
1	Randomised trials	Serious ⁴	No serious inconsistency	Serious ⁵	No serious imprecision	None	539/586 (92%)	646/742 (87.1%)	-0.05 (-0.15 to 0.05)	871 fewer per 1000 (from 827 fewer to 1000 fewer)	⊕⊕○○ LOW	IMPORTANT
								0%		-		
Partners testing positive												
1	Randomised trials	Serious ⁴	No serious inconsistency	Serious ⁵	No serious imprecision	None	117/586 (20%) ⁶	134/742 (18.1%) ⁷	-0.02 (-0.07 to 0.03)	181 fewer per 1000 (from 175 fewer to 181 fewer)	⊕⊕○○ LOW	IMPORTANT
								0%		-		
Partners treated												
1	Randomised trials	Serious ⁴	No serious inconsistency	Serious ⁸	No serious imprecision	None	393/586 (67.1%) ⁶	453/742 (61.1%) ⁷	0.06 (-0.03 to 0.15)	611 fewer per 1000 (from 519 fewer to 629 fewer)	⊕⊕○○ LOW	IMPORTANT
								0%		-		

¹ Contract referral is where the index patient is encouraged to notify the partners, but the health professional does so if they fail to attend for treatment within an allotted time.² Provider referral is where health professionals notify the partner without disclosing the identity of the index patient.³ Evidence from syphilis patients⁴ Quality point deducted for randomization issues.⁵ Directness point deducted for potential notification of partners by specialist before set time period in contract referral group.⁶ Contract referral⁷ Provider referral⁸ No explanation was provided

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	Se encontró una RS que incluyó un ECC evaluando el efecto de contract referral en pacientes con sífilis. En el grupo de intervención, se le dio a los pacientes dos días para notificar a sus parejas antes de que un especialista los contactara. En el grupo control (provider referral), las parejas fueron notificadas inmediatamente por un especialista. A un tercer grupo se le aplicó la estrategia de provider referral más una prueba de sangre si el paciente pensaba que la pareja no buscaría tratamiento posterior a la notificación. El estudio no encuentra diferencias entre los hallazgos de los grupos referentes a número de parejas tratadas, parejas con pruebas positivas y parejas con tratamiento. Las limitaciones metodológicas del estudio se relacionan con la búsqueda activa de pacientes previo al plazo establecido; así mismo, se presentan problemas en el cumplimiento de la asignación aleatoria y el análisis de los pacientes en los grupos aleatorizados.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se presenta una evaluación de eventos adversos en este estudio.
COMENTARIOS	La revisión no encuentra evidencia concluyente sobre el efecto de estas intervenciones sobre los pacientes y sus parejas, y en particular sobre el porcentaje de violencia doméstica, abuso y abandono en la pareja.

INTERVENCION
<p>Número de pacientes evaluados No se presentan diferencias entre las estrategias de contract referral versus provider referral en relación con el número de parejas que reciben evaluación para infecciones por treponema pallidum (Diferencia de proporciones:-0.05; IC 95%=-0.15 a 0.05).</p> <p><i>Calidad de evidencia baja</i></p>
<p>Número de parejas con pruebas positivas evaluados No se presentan diferencias entre las estrategias de contract referral versus provider referral en relación con el número de parejas con pruebas positivas por treponema pallidum (Diferencia de proporciones:-0.02; IC 95%=-0.07 - 0.03).</p> <p><i>Calidad de evidencia baja</i></p>
<p>Número de parejas que reciben tratamiento No se presentan diferencias entre las estrategias de contract referral versus provider referral en relación con el número de parejas que reciben tratamiento para sífilis (Diferencia de proporciones: 0.06; IC 95%=-0.03 a 0.15).</p> <p><i>Calidad de evidencia baja</i></p>

RECOMENDACIÓN. Se recomienda el uso de estrategias tipo “provider referral” para promover la evaluación y el tratamiento de las parejas de los/las pacientes con úlcera genital.

Author(s):

Date: 2011-12-12

Question: Should outreach assistance vs other partner notification strategies be used in people with genital ulcer syndrome?¹

Settings: primary care

Bibliography: Mathews C, Coetzee N, Zwarenstein M, Lombard C, Guttmacher S, Oxman Andrew D, et al. Strategies for partner notification for sexually transmitted diseases. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2001(4).

No se encontraron estudios que evaluaran la efectividad de “outreach assistant” (Outreach assistance is where members of an outreach team indigenous to the community notify the partner without disclosing the identity of the index patient.) en pacientes con infecciones por sífilis.

RECOMENDACIÓN. No se conoce si la estrategia de “outreach assistant” es efectiva para el manejo de la pareja de pacientes con infecciones tipo ulcera genital.

Author(s):**Date:** 2011-12-12**Question:** Should Patient-delivery partner therapy +patient referral vs patient referral alone be used in people with genital ulcer syndrome?^{1,2}**Settings:****Bibliography:** Trelle S, Shang A, Nartey L, Cassell JA, Low N. Improved effectiveness of partner notification for patients with sexually transmitted infections: systematic review (Structured abstract). Bmj. 2007(334):354.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Patient-delivery partner therapy +patient referral	Patient referral alone	Relative (95% CI)	Absolute		
Partners treated												
4	Randomised trials	Serious ³	Serious ⁴	Serious ⁵	No serious imprecision	None	- ⁶	-	RR 1.44 (1.12 to 1.86)	-	⊕000 VERY LOW	IMPORTANT
								0%		-		
Persistent or recurrent infection												
5	Randomised trials	Serious ³	No serious inconsistency	Very serious ⁷	No serious imprecision	None	- ⁶	-	RR 0.73 (0.57 to 0.93)	-	⊕000 VERY LOW	IMPORTANT
								0%		-		

¹ Patient referral is where the index patient is encouraged to inform their past and present partners.² Evidence from chlamydial patients.³ Quality point deducted for incomplete report of results.⁴ Consistency point deducted for statistical heterogeneity among studies.⁵ The RS not include patients with ulcer syndrome (syphilis, HSV, etc)⁶ Absolute results not reported⁷ Directness point deducted for incomplete assessment of primary outcome in some of included RCT and for not include patients with ulcer syndrome.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	Se encontró una RS con 6 ECC de 6719 pacientes con ITS/ITG que comparaban patient referral solo con patient referral más envío del tratamiento a la pareja. La primera se definió como la intervención en la cual el paciente índice es responsable de informar a su pareja acerca de la infección. Se encuentra un beneficio moderado de la suplementación del tratamiento, sin embargo se reporta una alta heterogeneidad en los estudios incluidos en la estimación ($I^2 = 94\%$). No se presentan datos individuales de número de pacientes en cada brazo del ECC. Se encuentra también una reducción en la persistencia y/o recurrencia de la infección en los pacientes índices. Se reporta un sesgo de medición en 23-70% de los pacientes por incapacidad de medición del desenlace de recurrencia y/o persistencia.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se presenta una evaluación de eventos adversos en este estudio.
COMENTARIOS	La revisión no encuentra evidencia concluyente sobre el efecto de estas intervenciones sobre los pacientes y sus parejas, y en particular sobre el porcentaje de violencia doméstica, abuso y abandono en la pareja.

INTERVENCION	
Compañeros tratados:	
La suma de patient referral con patient-delivery partner therapy proporciona mayor número de compañeros tratados en comparación con el patient referral solo (RR=1.44; IC 95%=1.12-1.86)	
<i>Calidad de la evidencia muy baja.</i>	
Infección persistente o recurrente:	
La suma de patient referral con patient-delivery partner therapy presenta menor número de pacientes índices con infecciones persistentes o recurrentes en comparación con el patient referral solo (RR=0.73; IC 95%=0.57-0.93)	
<i>Calidad de la evidencia muy baja.</i>	

RECOMENDACIÓN. Se sugiere la estrategia patient referral más envío del tratamiento a la pareja para aumentar el número de compañeros tratados y reducir las infecciones recurrentes y/o persistentes tipo úlcera genital.

Se recomienda el uso de estrategias tipo "provider referral" para promover la evaluación y el tratamiento de las parejas de los/las pacientes con úlcera genital.
No se conoce si la estrategia de "contract referral" es efectiva para el manejo de la pareja de pacientes con infecciones por clamidia.
Se recomienda el uso de estrategias tipo "provider referral" para promover la evaluación y el tratamiento de las parejas de los/las pacientes con úlcera genital.
No se conoce si la estrategia de "outreach assistant" es efectiva para el manejo de la pareja de pacientes con infecciones tipo úlcera genital.
Se sugiere la estrategia patient referral más envío del tratamiento a la pareja para aumentar el número de compañeros tratados y reducir las infecciones recurrentes y/o persistentes tipo úlcera genital.

Author(s):
Date: 2011-12-12
Question: Should Patient-delivered partner therapy + patient referral vs Information + patient referral be used in people with genital ulcer syndrome?
Settings: primary care
Bibliography: Trelle S, Shang A, Nartey L, Cassell JA, Low N. Improved effectiveness of partner notification for patients with sexually transmitted infections: systematic review (Structured abstract). Bmj. 2007(334):354.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Patient-delivery partner therapy +patient referral	Information + patient referral	Relative (95% CI)	Absolute		
Partners treated												
2	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	Serious ²	No serious imprecision	None	- ³	-	RR 1.25 (1.15 to 1.37)	-	⊕⊕⊕⊕ LOW	IMPORTANT
								0%		-		

¹ Quality points deducted for incomplete reporting of results

² Patients with ulcer syndrome were not included in RCTs.

³ Absolute results not reported

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	Se encontró una RS con 6 ECC de 6719 pacientes con ITS/ITG que comparaban patient referral solo con patient referall mas envío del tratamiento a la pareja+ panfletos informativos. La primera se definió como la intervención en la cual el paciente índice es responsable de informar a su pareja acerca de la infección. Se encuentra un beneficio moderado de la suplementación del tratamiento, sin embargo se reporta una alta heterogeneidad en los estudios incluidos en la estimación ($I^2=94\%$). No se presentan datos individuales de número de pacientes en cada brazo del ECC. Se encuentra también una reducción en la persistencia y/o recurrencia de la infección en los pacientes índices. Se reporta un sesgo de medición en 23-70% de los pacientes por incapacidad de medición del desenlace de recurrencia y/o persistencia.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se presenta una evaluación de eventos adversos en este estudio.

COMENTARIOS	La revisión no encuentra evidencia concluyente sobre el efecto de estas intervenciones sobre los pacientes y sus parejas, y en particular sobre el porcentaje de violencia doméstica, abuso y abandono en la pareja.
-------------	--

INTERVENCION	
<p>Compañeros tratados:</p> <p>La suma de patient referral con patient-delivery partner therapy proporciona mayor número de compañeros tratados en comparación con el patient referral+ información (RR=1.25; IC 95%=1.15-1.37)</p> <p><i>Calidad de la evidencia baja.</i></p>	

RECOMENDACIÓN. Se sugiere la estrategia patient referall mas envío del tratamiento a la pareja para aumentar el número de compañeros tratados y reducir las infecciones recurrentes y/o persistentes tipo úlcera genital.

Pregunta sugerida por grupos de presión			
Guía: ITS/ITG			
Grupo temático: ULCERAS GENITALES			
1. CUÁLES SON LAS CARACTERISTICAS OPERATIVAS DE LAS PRUEBAS RAPIDAS PARA SIFILIS?			
Población	Intervención	comparación	Desenlaces en orden de importancia
Pacientes con sospecha de infección por treponema pallidum	Prueba rápida (Determine Syphilis TP, Visitect Syphilis, SD Bioline 3.0, Rapid syphilis test, Syphilis ultra rapid Test Strips, Phoenix Biotech Trep-Strip IV, Guardian Biosciences One Step)	TPHA, TPPA, FTA-ABS ± RPR	Sensibilidad
			Especificidad
			Diagnostic Odds Ratio
Tipo de estudio:	Estudios de exactitud diagnóstica		

Author(s): IAR

Date: 2012-02-22

Question: Should point-of care treponemal diagnostic tests be used for syphilis screening?

Settings: antenatal clinics/ STI clinics

Bibliography: 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. Jun 2010;10(6):381-386.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Point-of care treponemal diagnostic tests ¹	Control	Relative (95% CI)	Per 1000 ²		
True positives (Patients with syphilis)												
15	observational studies	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	23055	-	-	9 patients	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
False positives (patients incorrectly classified as having syphilis)												
15	observational studies	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	23055	-	-	10 patients	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
True Negatives (Patients without syphilis)												
15	observational studies	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	23055	-	-	980 patients	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
False Negatives (patients incorrectly classified as not having syphilis)												
15	observational studies	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	23055	-	-	1 patient	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL

¹ Patients received both point-to care test and reference standard (TPPA, TPHA or FTA-ABS)

² Based on median sensitivity of 86% (95% CI: 75 to 94) and specificity of 99% (95% CI: 98 to 99) 0.99 higher (0.98 to 0.99). Per 1000 patients undergoing point- to-care diagnostic test.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>Se identificó una RS diagnóstica de estudios observacionales tipo corte transversal, los cuales se desarrollaron en clínicas prenatales y de ITS. La revisión incluyó solo pruebas basadas en inmunocromatografía por su uso popular. Todas las pruebas incluidas cumplían los siguientes criterios: costo mínimo (menos de 3 dólares), de pocos pasos (3-4), rápido resultado (20 minutos), de fácil almacenaje (8-30°), sin requerimientos adicionales de equipo y disponibles en el mercado actual. Se usaron como estándar de referencia diferentes pruebas de laboratorio treponémicas como TPPA, TPHA, ELISA o FTA-ABS.</p> <p>Se identificaron 823 referencias, la mayor parte se excluyeron debido a que las muestras seleccionadas estaban almacenadas en el laboratorio donde se desarrollo el estudio. Luego de aplicar los criterios de inclusión se analizaron 15 estudios con un total de 23055 resultados.</p> <p>La prevalencia de sífilis en los estudios osciló entre 0.3-53%. Se identifica una heterogeneidad importante (datos no mostrados) que impide el análisis de subgrupos y la estimación conjunta de las características operativas.</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se presenta una evaluación de eventos adversos en este estudio.
COMENTARIOS	OMS señala que hay mas de 20 pruebas rápidas para sífilis disponibles en el mercado (al 2006); subraya que ante el uso posible de una de estas pruebas, debe analizarse a quién debe ser ofrecida y bajo qué circunstancias: mujeres embarazadas, población en alto riesgo, etc. Así mismo, debe analizarse el control de calidad de las mismas y su almacenaje.

Pregunta No. 30

Guía: ITS/ITG
Grupo temático: FLUJO VAGINAL

1. ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS EFECTIVO Y SEGURO PARA LA PACIENTE NO EMBARAZADA CON SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL?

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces en orden de importancia
Infección por Vaginosis bacteriana	Metronidazol Tinidazol 1 sola dosis	Clindamicina vaginal	Mejoría clínica, mejoría bacteriológica, eventos adversos , recaída
Infección por <i>T. vaginalis</i>	Metronidazol 1 sola dosis	Tinidazol 1 sola dosis	Mejoría clínica, mejoría bacteriológica, eventos adversos , recaída
Infección por <i>C. albicans</i>	Fluconazol 1 sola dosis	Clotrimazol	Mejoría clínica, mejoría bacteriológica, eventos adversos , recaída

1. Tratamiento de flujo vaginal por vaginosis bacteriana en mujeres no embarazadas

Author(s): Hernando Gaitan

Date: 2011-11-03

Question: Should metronidazol Intra vaginal vs placebo be used in non pregnant woman with vaginal discharge?

Settings: Primary care

Bibliography: The effects of antimicrobial therapy on bacterial vaginosis in non-pregnant women. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 8;(3):CD006055. Review

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Metronidazol intravaginal	Placebo	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical failure at 7 days (follow-up 1 -7 days; assessed with: symptoms and signs at 7 days)												
2	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision ²	None	44/123 (35.8%)	44/68 (64.7%)	RR 0.59 (0.44 to 0.79)	265 fewer per 1000 (from 136 fewer to 362 fewer)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								40% ³		164 fewer per 1000 (from 84 fewer to 224 fewer)		
								58% ³		238 fewer per 1000 (from 122 fewer to 325 fewer)		
Clinical failure at 30 days (follow-up 30 days; assessed with: symptoms and sign at 30 days)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias ⁴	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁵	None	16/37 (43.2%)	24/38 (63.2%)	RR 0.68 (0.44 to 1.06)	202 fewer per 1000 (from 354 fewer to 38 more)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								40%		128 fewer per 1000 (from 224 fewer to 24 more)		
								70%		224 fewer per 1000 (from 392 fewer to 42 more)		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Metronidazol intravaginal	Placebo	Relative (95% CI)	Absolute		
Candida Infection (follow-up 2- 4 weeks; assessed with: pseudohyphae on direct wet - mount examination plus sign and symptoms)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁶	None	6/37 (16.2%)	0/38 (0%)	RR 13.3 (0.78 to 228.7)	-	⊕⊕⊕○ MODERATE	IMPORTANT
								0%		-		
								5%		615 more per 1000 (from 11 fewer to 1000 more)		

¹ Few patients were included in both studies

² The v study was divided into three arms to compare against the Intervention group arms

³ Low and high control risk is taken from the CI of the studies comparing Clindamycin against placebo that is lower than in the MTZ vs placebo studies

⁴ It is not clear the allocation concealment

⁵ The sample size is under the OIS that is close to 262 patients per arm

⁶ Same as 5

Author(s): H Gaitan

Date: 2011-11-13

Question: Should Clindamycin cream vs placebo be used in non pregnant women with BV?

Settings: primary care

Bibliography: The effects of antimicrobial therapy on bacterial vaginosis in non-pregnant women. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 8;(3):CD006055. Review

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Clindamycin cream	Placebo	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical Failure at 7 days (follow-up 5 - 10 days; assessed with: signs and symptoms at 7 days)												
2	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	Strong association ³	18/156 (11.5%)	64/129 (49.6%)	RR 0.19 (0.09 to 0.41)	402 fewer per 1000 (from 293 fewer to 451 fewer)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								40%		324 fewer per 1000 (from 236 fewer to 364 fewer)		
								58%		470 fewer per 1000 (from 342 fewer to 528 fewer)		
Clinical failure at 30 days (follow-up 25 - 39 days; assessed with: sign and symptoms at 30days)												
1	Randomised trials	Serious ⁴	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁵	None	12/112 (10.7%)	33/111 (29.7%)	RR 0.58 (0.36 to 0.93)	125 fewer per 1000 (from 21 fewer to 190 fewer)	⊕⊕OO LOW	CRITICAL
								21%		88 fewer per 1000 (from 15 fewer to 134 fewer)		
								40%		168 fewer per 1000 (from 28 fewer to 256 fewer)		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Clindamicin cream	Placebo	Relative (95% CI)	Absolute		
Bacteriologic failure (follow-up 25 - 39 days; assessed with: changes at)												
1	Randomised trials	Serious ⁶	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁷	None	20/104 (19.2%)	37/111 (33.3%)	RR 0.58 (0.36 to 0.93)	140 fewer per 1000 (from 23 fewer to 213 fewer)	⊕⊕⊕⊕ LOW	IMPORTANT
								24%		101 fewer per 1000 (from 17 fewer to 154 fewer)		
								42%		176 fewer per 1000 (from 29 fewer to 269 fewer)		

¹ 81 of 215 patients were excluded from the analysis. exclusion were similar in both arms in the Stein study

² Few patients were included in the Livengood study less than necessary under the OIS

³ RR Ci 95% upper boundary less than 0.5

⁴ Random allocation unclear, allocation concealment not mentioned

⁵ The sample size in under thr OIS criteria

⁶ Same than 5

⁷ Same than 6

Author(s): Oduyebo OO, Anorlu RI, Ogunsola FT.

Date: 2011-08-01

Question: Should Metronidazol via oral vs Clindamicina vaginal be used in Mujeres con flujo vaginal anormal?

Settings: atencion primaria

Bibliography: The effects of antimicrobial therapy on bacterial vaginosis in non-pregnant women. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 8;(3):CD006055. Review

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Metronidazol via oral	Clindamicina vía vaginal	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical failure at 7 days (follow-up 5 - 10 days; assessed with: symptoms and signs)												
6	Randomised trials	Serious ^{1,2}	No serious inconsistency ³	No serious indirectness	No serious imprecision	None	51/596 (8.6%)	48/593 (8.1%)	RR 1.06 (0.64 to 1.75)	5 more per 1000 (from 29 fewer to 61 more)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE	CRITICAL
								6%		4 more per 1000 (from 22 fewer to 45 more)		
								10%		6 more per 1000 (from 36 fewer to 75 more)		
Clinical Failure at 30 days (follow-up 1- 2 months; assessed with: Symptoms and signs)												
4	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	75/494 (15.2%)	77/491 (15.7%)	RR 0.97 (0.75 to 1.27)	5 fewer per 1000 (from 39 fewer to 42 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL
								12%		4 fewer per 1000 (from 30 fewer to 32 more)		
								18%		5 fewer per 1000 (from 45 fewer to 49 more)		
Discontinuation (follow-up 3- 7 days; assessed with: no defined)												
4	Randomised trials	Serious ⁴	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision ⁵	None	4/465 (0.86%)	10/462 (2.2%)	RR 0.5 (0.17 to 1.47)	11 fewer per 1000 (from 18 fewer to 10 more)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE	IMPORTANT
								0%		-		
								5%		25 fewer per 1000 (from 42 fewer to 24 more)		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Metronidazol via oral	Clindamicina via vaginal	Relative (95% CI)	Absolute		
Adverse event (follow-up 3-7 days; assessed with: Known adverse effects , serious AE or Any event leading to discontinuation of therapy ^b)												
4	Randomised trials	Serious ⁷	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	60/465 (12.9%)	79/462 (17.1%)	RR 0.75 (0.5 to 1.05)	43 fewer per 1000 (from 85 fewer to 9 more)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								10%		25 fewer per 1000 (from 50 fewer to 5 more)		
								25%		62 fewer per 1000 (from 125 fewer to 12 more)		
Vaginal irritation (follow-up 25 - 39 days; assessed with: symptoms)												
2	Randomised trials	Serious ⁸	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision ⁹	None	4/235 (1.7%)	2/233 (0.86%)	RR 1.59 (31 to 8.17)	5 more per 1000 (from 62 more to 258 more)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								0%		-		
								4%		24 more per 1000 (from 287 more to 1000 more)		
Bacteriologic failure (follow-up 5 - 10 days; assessed with: gram stain changes)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹⁰	None	7/204 (3.4%)	10/203 (4.9%)	RR 0.7 (0.27 to 1.79)	15 fewer per 1000 (from 36 fewer to 39 more)	⊕⊕⊕O MODERATE	IMPORTANT
								2%		6 fewer per 1000 (from 15 fewer to 16 more)		
								10%		30 fewer per 1000 (from 73 fewer to 79 more)		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Metronidazol via oral	Clindamicina via vaginal	Relative (95% CI)	Absolute		
Bacteriological failure at 30 days (follow-up 25 - 39 days; assessed with: gram stain changes)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹¹	None	11/204 (5.4%)	21/203 (10.3%)	RR 0.52 (0.26 to 1.05)	50 fewer per 1000 (from 77 fewer to 5 more)	⊕⊕⊕O MODERATE	IMPORTANT
								6%		29 fewer per 1000 (from 44 fewer to 3 more)		
								15%		72 fewer per 1000 (from 111 fewer to 7 more)		
Relapse (follow-up mean 2 months; assessed with: Three amsel criteria at two months of follow up)												
1	Randomised trials	Serious ¹²	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹³	None	7/18 (38.9%)	7/18 (38.9%)	RR 1 (0.44 to 2.27)	0 fewer per 1000 (from 218 fewer to 494 more)	⊕⊕OO LOW	CRITICAL
								17%		0 fewer per 1000 (from 95 fewer to 216 more)		
								64%		0 fewer per 1000 (from 358 fewer to 813 more)		
Candida (follow-up 5 - 10 days; assessed with: pseudohyphae on direct wet - mount examination plus sign and symptoms)												
4	Randomised trials	Serious ¹⁴	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	52/495 (10.5%)	44/491 (9%)	RR 1.11 (0.78 to 1.58)	10 more per 1000 (from 20 fewer to 52 more)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								6% ¹⁵		7 more per 1000 (from 13 fewer to 35 more)		
								16% ¹⁵		18 more per 1000 (from 35 fewer to 93 more)		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Metronidazol via oral	Clindamicina via oral	Relative (95% CI)	Absolute		
Diarrhea (follow-up 5 - 10 days; assessed with: symptoms)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹⁶	None	1/204 (0.49%)	1/203 (0.49%)	RR 2.99 (0.12 to 72.85)	10 more per 1000 (from 4 fewer to 354 more)		CRITICAL
								0%		-		
								5%		100 more per 1000 (from 44 fewer to 1000 more)		

¹ A risk of Publication Bias was not evaluated

² Greaves 1988 random allocation unclear, allocation concealment unclear. Paavonen 2000 random allocation unclear, allocation concealment not mentioned. Schmitt 1992 allocation concealment not mentioned

³ all six trials showed same results with not difference between both regimens

⁴ same than comment 8

⁵ Width CI because few events

⁶ Known adverse effects such as metallic taste, nausea, vomiting, diarrhea, hypersensitivity, and pseudo membranous colitis. Any unknown adverse events that the participant or clinician considered to be serious. Any event leading to discontinuation of therapy.

⁷ The same comments regarding Paavonen and Schmitt than in the comment 7

⁸ Schmitt study with the same comments than 7

⁹ same comment than 3

¹⁰ The sample size is under the OIS estimation

¹¹ Same than 5

¹² Same than 10

¹³ Few patients evaluated

¹⁴ Same than 7

¹⁵ The highrisk is taken from literature

¹⁶ Same than 3

Author(s): Hernando Gaitan

Date: 2011-11-13

Question: Should Tinidazol oral one dose 2 gr vs Metronidazol Oral be used in non pregnant women with bacterial vaginosis ?

Settings: Primary care

Bibliography: The effects of antimicrobial therapy on bacterial vaginosis in non-pregnant women. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 8;(3):CD006055. Review

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Tinidazol oral one dose 2 gr	Metronidazol via oral	Relative (95% CI)	Absolute		
Adverse Events (follow-up 5 - 10; assessed with: symptoms)												
2	Randomised trials	Serious ¹	Serious ²	No serious indirectness	Serious ³	None	6/87 (6.9%)	12/88 (13.6%)	RR 0.62 (0.13 to 2.98)	52 fewer per 1000 (from 119 fewer to 270 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								5%		19 fewer per 1000 (from 44 fewer to 99 more)		
								18%		68 fewer per 1000 (from 157 fewer to 356 more)		
Clinical Failure (follow-up 5 - 10 days; assessed with: Symptoms and signs)												
2	Randomised trials	Serious ⁴	Serious ⁵	No serious indirectness	Serious ⁶	None	8/87 (9.2%)	10/88 (11.4%)	not pooled	not pooled	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								5%		not pooled		
								10%		not pooled		

¹ Same than comment 1

² Same than comment 2

³ same than comment 3

⁴ Burana and Schinder . random allocation and allocation concealment are unclear . No blinding

⁵ Diferent dose of both treatments I2 42%

⁶ Sample size is under the estimated sample under the OIS

Author(s): Hernando Gaitan

Date: 2011-11-13

Question: Should Metronidazol plus Azitromycin vs Metronidazol be used in non pregnant women with BV?

Settings: primary care

Bibliography: Schuebke JR Desmond RA. A Randomized trial of the duration of therapy wiyh Metronidazol minus or plus azithromycin for treatment of BV

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Metronidazol plus Azitromycin	Metronidazol	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical Failure at 7 days (follow-up 21 days; assessed with: symptoms and signs)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	33/142 (23.2%)	36/145 (24.8%)	RR 0.95 (0.72 to 0.126)	12 fewer per 1000 (from 70 fewer to 217 fewer)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	
								18%		9 fewer per 1000 (from 50 fewer to 157 fewer)		
								320%		160 fewer per 1000 (from 896 fewer to 1000 fewer)		
Clinical Failure at 35 days (follow-up 35 - 40 days; assessed with: symptoms and signs)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	19/142 (13.4%)	23/138 (16.7%)	RR 0 (0.62 to 1.26)	167 fewer per 1000 (from 63 fewer to 43 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL
								10%		100 fewer per 1000 (from 38 fewer to 26 more)		
								25%		250 fewer per 1000 (from 95 fewer to 65 more)		

Author(s): H Gaitan

Date: 2012-01-29

Question: Should Secnidazol x 1 dia vs Metronidazol x 7 dias be used in mujeres con BV?

Settings: cuidado primario

Bibliography: Bohbot Jm Vicautt E, Fegnen D, Brauman M Tratment for Bacterial Vaginosis A Multicenter Doble blind doble dummy Randomized phase III Study comparing Secnidazole and metronidazole Infect Dis Obstet Gynecol. 2010;2010

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Secnidazol x 1 dia	Metronidazol x 7 dias	Relative (95% CI)	Absolute		
clinical cure (follow-up mean 28 days; assessed with: amsell criteria)												
1	randomised trials	no serious risk of bias ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	187/243 (77%)	188/237 (79.3%)	RR 0 (0.88 to 1.08)	793 fewer per 1000 (from 95 fewer to 63 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL
								0%		-		
bacteriological cure (follow-up mean 28 days; assessed with: Nugent)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	167/243 (68.7%)	158/237 (66.7%)	RR 1.03 (0.91 to 1.17)	20 more per 1000 (from 60 fewer to 113 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	
								0%		-		
Adverse events (follow-up mean 28 days; assessed with: symptoms)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	109/243 (44.9%)	113/237 (47.7%)	RR 0.94 (0.74 to 1.14)	477 fewer per 1000 (from 477 fewer to 67 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL
								0%		-		

¹ concealment is unclear

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>Se evalúa una Revisión sistemática de la literatura que incluyo 24 ensayos clínicos controlados y un total de 4422 participantes. Se comparo Metronidazol tópico contra placebo para falla clínica que mostró un RR de 0.59(IC 95% 0.44 – 0.79) . Además se comparó, clindamicina vaginal contra placebo para falla clínica que mostró un RR de 0.19 (IC 95%: 0.09 – 0.41). Al comparar metronidazol y Clindamicina se encontró igual porcentaje de falla clínica a los 7 días RR 1.06 (0.64 , 1.75) y a los 28 días RR: 0.97 (IC 95%: 0.75 , 1.27). La combinación Metronidazol mas azitromicina comparado con metronidazol fue mas efectiva para evitar falla clínica a los 7 días RR 0.65 (IC 95%: 0.46 , 0.92) e igualmente efectivo a los 28 días RR 1.22 RR (0.82 , 1.83).</p> <p>No hay evidencia suficiente para evaluar el beneficio del tinidazol, las diferentes presentaciones de clindamicina, los lactobacilos, triple sulfonamida en crema, polihexametilene biguanide en ducha ducha , el peróxido de oxigeno , cefadroxil, secnidazol,</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	<p>No hay diferencia en el porcentaje de discontinuación entre Metronidazol y Clindamicina RR 0.50 (IC 95% 0.17, 1.47) , ni en la tasa de eventos adversos RR: 0.75 (IC 95% 0.54 , 1.05), como tampoco en la sobre infección por candida RR 1.11 (IC 95% 0.78 – 1.58). Los eventos adversos menores son menos frecuentes con Clindamicina que con Metronidazol caracterizado por Nausea RR 0,27 (IC 95% 0.11 – 0.69)</p>
COMENTARIOS	Ver otras guías

INTERVENCION	Metronidazol oral una dosis vs Clindamicina crema x 3 dias
<p>Falla clínica Las pacientes con sospecha de Vaginosis Bacteriana pueden ser tratadas con Metronidazol oral o Clindamina vaginal .</p> <p><i>Calidad de evidencia moderada</i></p>	
<p>Eventos adversos No hay diferencias entre el tratamiento con metronidazol y clindamicina en la tasa de eventos adversos serios, la discontinuación del tratamiento o sobre infección por candida . Es menor la tasa de nausea en el tratamiento con Clindamicina</p> <p><i>Calidad de evidencia moderada</i></p>	

RECOMENDACIÓN. Se recomienda el uso metronidazol 2 gramos via oral una sola dosis en e tratamiento de la Vaginosis bacteriana. En segunda opción se podrá utilizar la clindamicina vaginal

2. Tratamiento de flujo vaginal por trichomonas en mujeres no embarazadas

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-10-01

Question: Should treatment vs no treatment be used for trichomoniasis in non pregnant women?

Settings: Primary care

Bibliography: Forna F, Gülmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue2. Art. No. : CD000218.

DOI:10.1002/14651858.CD000218.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Treatment	No treatment	Relative (95% CI)	Absolute		
Treatment versus no treatment (follow-up 4 to 14 days; assessed with: Assessed no parasitological cure/Measured with wetmount smear)												
6	Randomised trials	Serious	Serious ¹	No serious indirectness ²	No serious imprecision ³	Very strong association ⁴	100/451 (22.2%)	170/221 (76.9%)	RR 0.5 (0.43 to 0.56)	385 fewer per 1000 (from 338 fewer to 438 fewer)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL
								78% ⁷		390 fewer per 1000 (from 343 fewer to 445 fewer)		
								83% ⁷		415 fewer per 1000 (from 365 fewer to 473 fewer)		

¹ Large variation in effect. Confidence intervals do not overlap. Statistical test for heterogeneity ($P < 0.00001$) $I^2 = 96\%$. Differences in intervention suspected.

² 2/6 Studies reported clinical cure like surrogate outcome. 4/6 Studies reported clinical and parasitological cure. There is a strong association between the surrogate and the patient important outcome.

³ OIS 672 RRR 81% Total events: 67 (Treatment), 182 (Control) RR 0.19 [0.15, 0.23]. Do not include null effect and do not include appreciable harm or benefit.

⁴ Upgrade 2 levels because large effect. Risk reduction of 81%.

⁵ The likelihood of publication bias was not assessed.

⁶ Short versus long treatment no statistical difference in parasitological or clinical cure.

⁷ Foster 1963

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-10-03

Question: Should short treatment vs long treatment be used for trichomoniasis in non pregnant women?

Settings: Primary care

Bibliography: Forna F, Gülmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue2. Art. No. : CD000218. DOI:10.1002/14651858.CD000218.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Short treatment	Long treatment	Relative (95% CI)	Absolute		
Short versus long treatment (follow-up 3 to 35 days; assessed with: Assessed no parasitological cure/Measure with smear or wetmount and culture)												
4	Randomised trials	Serious	No serious inconsistency ¹	No serious indirectness	Serious ²	Reporting bias ³	17/211 (8.1%)	15/216 (6.9%)	RR 1.12 (0.58 to 2.16)	8 more per 1000 (from 29 fewer to 81 more)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
								3% ⁴		4 more per 1000 (from 13 fewer to 35 more)		
								7% ⁴		8 more per 1000 (from 29 fewer to 81 more)		

¹ Some variation in effect. Confidence intervals do overlap. Statistical test for heterogeneity (P=0.24) I² =29%.

² Total treatment 211 control 216. Total events: 17 (Treatment),15 (Control) RR 1.12 [0.58,2.16] RRR 13% Confidence interval do include null effect and do include appreciable harm or benefit.

³ The likelihood of publication bias was not assessed.

⁴ Thin 1979 Hager 1980

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-10-03

Question: Should oral treatment vs intravaginal be used for trichomoniasis in non pregnant women?

Settings: Primary care

Bibliography: Forna F, Gülmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue2. Art. No. : CD000218.

DOI:10.1002/14651858.CD000218.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Oral treatment	Intra-vaginal	Relative (95% CI)	Absolute		
No parasitological cure (follow-up 3 to 21 days; assessed with: Assessed no parasitological cure/Measured with smear and culture)												
2	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency ²	No serious indirectness	No serious imprecision ³	Reporting bias ⁴ strong association ⁵	3/48 (6.3%)	18/46 (39.1%)	RR 0.20 (0.07 to 0.56)	313 fewer per 1000 (from 172 fewer to 364 fewer)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								20%		160 fewer per 1000 (from 88 fewer to 186 fewer)		
								39%		312 fewer per 1000 (from 172 fewer to 363 fewer)		

¹ Critical limitation for one criteria (Incomplete outcome data) downgrade level of evidence.

² No large variation in effect. Confidence intervals do overlap. Statistical test for heterogeneity (p:0.52) I2 =0%.

³ RRR 80% Total events: 3/48(Treatment), 18/46 (Control) RR0.20[0.07,0.56]. Do not include null effect and do not include appreciable harm or benefit.

⁴ The likelihood of publication bias was not assessed.

⁵ Upgrade 1 level because large effect. Risk reduction of 80%.

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-10-04

Question: Should metronidazole vs tinidazole be used for trichomoniasis in non pregnant women for parasitological cure?

Settings: Primary care

Bibliography: Forna F, Gülmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue2. Art. No. : CD000218.

DOI:10.1002/14651858.CD000218.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Metronidazole	Tinidazole	Relative (95% CI)	Absolute		
Metronidazole versus tinidazole (follow-up 3 to 21 days; assessed with: Assessed no parasitological cure/Measured with smear or culture)												
8	Randomised trials	Very serious ¹	Serious ²	No serious indirectness	No serious imprecision ³	Reporting bias ⁴ strong association ⁵	32/293 (10.9%)	10/302 (3.3%)	RR 3.24 (1.66 to 6.32)	74 more per 1000 (from 22 more to 176 more)	⊕000 VERY LOW	IMPORTANT
								2%		45 more per 1000 (from 13 more to 106 more)		
								4%		90 more per 1000 (from 26 more to 213 more)		

¹ Bias likely to lower confidence in effect (critical limitation in sequence generation, allocation concealment, incomplete outcome data).

² Large variations in effect. Confidence intervals do overlap. Statistical test for heterogeneity (p:0.21) I² =30%.

³ RRR 69% Total events: 32/293(Treatment),10/302 (Control) RR3.24[1.66,6.32]. Do not include null effect and do not include appreciable harm or benefit.

⁴ The likelihood of publication bias was not assessed.

⁵ Upgrade 1 levels because large effect. RR 3.24.

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-10-04

Question: Should metronidazole vs tinidazole be used for trichomoniasis in non pregnant women for clinical improvement?

Settings: Primary care

Bibliography: Forna F, Gülmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue2. Art. No. : CD000218.

DOI:10.1002/14651858.CD000218.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Metronidazole	Tinidazole	Relative (95% CI)	Absolute		
Metronidazole versus tinidazole (follow-up 3 to 21 days; assessed with: Assessed no clinical improvement/Measured with clinical cure)												
5	Randomised trials	Very serious ¹	No serious inconsistency ²	No serious indirectness	No serious imprecision ³	Reporting bias ⁴ strong association ⁵	31/210 (14.8%)	8/216 (3.7%)	RR 3.81 (1.83 to 7.9)	104 more per 1000 (from 31 more to 256 more)	⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								2%		56 more per 1000 (from 17 more to 138 more)		
								4%		112 more per 1000 (from 33 more to 276 more)		

¹ Bias likely to lower confidence in effect (critical limitation in sequence generation, allocation concealment, incomplete outcome data).

² No large variation in effect. Confidence intervals do overlap. Statistical test for heterogeneity (p:0.27) I² =23%.

³ RRR 74% Total events: 31/210(Treatment),8/216 (Control) RR3.81[1.83,7.90]. Do not include null effect and do not include appreciable harm or benefit.

⁴ The likelihood of publication bias was not assessed.

⁵ Upgrade 1 levels because large effect. RR 3.81.

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-10-04

Question: Should metronidazole vs tinidazole be used in trichomoniasis in non pregnant women?

Settings: Primary care

Bibliography: orna F, Gülmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue2. Art. No. : CD000218.

DOI:10.1002/14651858.CD000218.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Metronidazole	Tinidazole	Relative (95% CI)	Absolute		
Metronidazole versus tinidazole (follow-up 3 to 25 days; assessed with: Assessed any side effect /Measured with symptomology)												
6	Randomised trials	Very serious ¹	No serious inconsistency ²	No serious indirectness	No serious imprecision ³	None ⁴	107/226 (47.3%)	67/232 (28.9%)	RR 1.65 (1.35 to 2.02)	188 more per 1000 (from 101 more to 295 more)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								14%		91 more per 1000 (from 49 more to 143 more)		
								29%		188 more per 1000 (from 102 more to 296 more)		

¹ Bias likely to lower confidence in effect (critical limitation in sequence generation, allocation concealment, incomplete outcome data).

² No large variation in effect. Confidence intervals do overlap. Statistical test for heterogeneity (p:0.51) I² =0%.

³ RRR 39% Total events: 107/226(Treatment),67/232 (Control) RR1.65[1.35,2.02]. Do not include null effect and do not include appreciable harm or benefit.

⁴ The likelihood of publication bias was not assessed.

3. Tratamiento de flujo vaginal por candida en mujeres no embarazadas

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-11-09

Question: Should fluconazole vs clotrimazole be used for treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis?

Settings: Primary care

Bibliography: Nurbhai M, Grimshaw J, Watson M, Bond CM, Mollison JA, Ludbrook A. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis(thrush). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue4. Art. No.: CD002845.DOI: 10.1002/14651858. CD002845.pub2.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Fluconzale	Clotrimazole	Relative (95% CI)	Absolute		
Long term clinical cure (follow-up 2 to 12 weeks; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with clinical cure or relief of symptoms and culture.)												
5	Randomised trials	Very serious ¹	Serious ²	No serious indirectness	Serious ³	Reporting bias ⁴	287/374 (76.7%)	397/536 (74.1%)	RR 1.03 (0.96 to 1.11)	22 more per 1000 (from 30 fewer to 81 more)	⊕○○○ VERY LOW	IMPORTANT
								400%		120 more per 1000 (from 160 fewer to 440 more)		
								75%		22 more per 1000 (from 30 fewer to 83 more)		

¹ Some studies were fund by industry. Many studies have high risk of bias in follow up or selective report. Biases tend likely to lower confidence in effect.

² Large variations in effect. Confidence intervals overlap. Statistical test for heterogeneity (p:0.69) I2 =0.0%.

³ Total exposed 374 non exposed 536 Total events: 287 (exposed), 397 (non exposed) RR 1.03 [0.96,1.11] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

⁴ Risk of publication bias is probably because this review is based on small trials and studies funded by industry.

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-11-10

Question: Should single dose oral therapy vs 6-7 days intra-vaginal therapy be used for treating vaginal candidiasis in non pregnant women?

Settings: Primary care

Bibliography: Nurbhai M, Grimshaw J, Watson M, Bond CM, Mollison JA, Ludbrook A. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis(thrush). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue4. Art. No.: CD002845.DOI: 10.1002/14651858. CD002845.pub2.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Single dose oral therapy	6-7 days intra-vaginal therapy	Relative (95% CI)	Absolute		
Mycological cure. (follow-up 2 to 4 weeks; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with culture.)												
3	Randomised trials	Very serious ¹	No serious inconsistency ²	No serious indirectness	Serious ³	Reporting bias ⁴	153/192 (79.7%)	146/193 (75.6%)	RR 1.05 (0.94 to 1.17)	38 more per 1000 (from 45 fewer to 129 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								40%		20 more per 1000 (from 24 fewer to 68 more)		
								80%		40 more per 1000 (from 48 fewer to 136 more)		
Clinical cure. (follow-up 14 to 35 days; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with clinical cure or relief of symptoms.)												
2	Randomised trials	Serious ⁵	So serious inconsistency ²	No serious indirectness	Serious ⁶	Reporting bias ⁴	111/142 (78.2%)	103/143 (72%)	RR 1.08 (0.94 to 1.24)	58 more per 1000 (from 43 fewer to 173 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								30%		24 more per 1000 (from 18 fewer to 72 more)		
								72%		58 more per 1000 (from 43 fewer to 173 more)		

¹ Some studies were fund by industry. Many studies have high risk of bias in follow up or selective report. Biases tend likely to lower confidence in effect.

² No large variation in effect. Confidence intervals overlap. Statistical test for heterogeneity (p:0.59) I2 =0.0%.

³ Total exposed 192 non exposed 193 Total events: 153 (exposed), 146 (non exposed) RR 1.05 [0.94,1.17] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

⁴ Risk of publication bias is probably because this review is based on small trials and studies funded by industry.

⁵ One study was fund by industry. One study have high risk of bias in follow up and other in selective report. Biases tend likely to lower confidence in effect.

⁶ Total exposed 142 non exposed 143 Total events: 111 (exposed), 103 (non exposed) RR 1.08 [0.94-1.24] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-11-11

Question: Should single dose oral therapy vs 3 days intra-vaginal therapy be used for treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis?

Settings: Primary care

Bibliography: Nurbhai M, Grimshaw J, Watson M, Bond CM, Mollison JA, Ludbrook A. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis(thrush). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue4. Art. No.: CD002845.DOI: 10.1002/14651858. CD002845.pub2.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Single dose oral therapy	3 days intra-vaginal therapy	Relative (95% CI)	Absolute		
Mycological cure. (follow-up 5 to 62 days; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with culture or microscopy.)												
3	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency ²	No serious indirectness	Very serious ³	Reporting bias ⁴	230/276 (83.3%)	213/258 (82.6%)	RR 1.00 (0.93 to 1.09)	0 fewer per 1000 (from 58 fewer to 74 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								40%		0 fewer per 1000 (from 28 fewer to 36 more)		
								83%		0 fewer per 1000 (from 58 fewer to 75 more)		

¹ One study was fund by industry. Many studies have unclear risk of bias and one study have high risk of bias in selective report. Bias likely to lower confidence in effect.

² No large variation in effect. Confidence intervals overlap. Statistical test for heterogeneity (p:0.52) I2 =0.0%.

³ Total exposed 276 non exposed 258 Total events: 230 (exposed), 213 (non exposed) RR 1.00 [0.93,1.09] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

⁴ Risk of publication bias is probably because this review is based on small trials and one study funded by industry.

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-11-10

Question: Should single dose oral therapy vs single dose intra-vaginal therapy be used for treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis?

Settings: Primary care

Bibliography: Nurbhai M, Grimshaw J, Watson M, Bond CM, Mollison JA, Ludbrook A. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis(thrush). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue4. Art. No.: CD002845.DOI: 10.1002/14651858. CD002845.pub2.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Single dose oral therapy	Single dose intra-vaginal therapy	Relative (95% CI)	Absolute		
Mycological cure. Fluconazole versus Clotrimazole. (follow-up 2 to 42 days; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with culture or microscopy.)												
5	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency ¹	No serious indirectness	Very serious ²	None	207/260 (79.6%)	305/388 (78.6%)	RR 1.01 (0.93 to 1.09) ³	8 more per 1000 (from 55 fewer to 71 more)	⊕⊕⊕⊕ LOW	IMPORTANT
								40%		4 more per 1000 (from 28 fewer to 36 more)		
								79%		8 more per 1000 (from 55 fewer to 71 more)		
Mycological cure. Fluconazole versus Miconazole. (follow-up 6 to 10 days; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with culture or microscopy.)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency ⁴	No serious indirectness	Very serious ⁵	None	42/43 (97.7%)	48/50 (96%)	RR 1.01 (0.93 to 1.09) ⁶	10 more per 1000 (from 67 fewer to 86 more)	⊕⊕⊕⊕ LOW	IMPORTANT
								50%		5 more per 1000 (from 35 fewer to 45 more)		
								96%		10 more per 1000 (from 67 fewer to 86 more)		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Single dose oral therapy	Single dose intra-vaginal therapy	Relative (95% CI)	Absolute		
Mycological cure. Fluconazole versus Econazole. (follow-up 7 to 35 days; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with culture or microscopy.)												
1	Randomised trials	Very serious ⁷	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ⁸	None	102/118 (86.4%)	86/112 (76.8%)	RR 1.12 (0.99 to 1.27) ⁹	92 more per 1000 (from 8 fewer to 207 more)	⊕000 VERY LOW	IMPORTANT
								40%		48 more per 1000 (from 4 fewer to 108 more)		
								77%		92 more per 1000 (from 8 fewer to 208 more)		

¹ No large variation in effect. Confidence intervals overlap. Statistical test for heterogeneity (p:0.20) I² =33%.

² Total exposed 260 non exposed 388 Total events: 207 (exposed), 305 (non exposed) RR 1.01 [0.93,1.09] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

³ Fluconazole versus Clotrimazole

⁴ One study.

⁵ Total exposed 43 non exposed 50 Total events: 42 (exposed), 48 (non exposed) RR 1.01 [0.94,1.09] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

⁶ Fluconazole versus Miconazole

⁷ Study funded by industry and have high risk of bias in selective report and follow up. Biases tend likely to lower confidence in effect.

⁸ Total exposed 118 non exposed 112 Total events: 102 (exposed), 86 (non exposed) RR 1.12 [0.99-1.27] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

⁹ Fluconazole versus Econazole

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-11-18

Question: Should single dose oral therapy vs single dose intra-vaginal therapy be used for treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis?

Settings: Primary care

Bibliography: Nurbhai M, Grimshaw J, Watson M, Bond CM, Mollison JA, Ludbrook A. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis(thrush). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue4. Art. No.: CD002845.DOI: 10.1002/14651858. CD002845.pub2.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Single dose oral therapy	Single dose intra-vaginal therapy	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical cure. Fluconazole versus Clotrimazole. (follow-up 1 to 8 weeks; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with relief of symptoms or physician assessment.¹)												
3	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency ²	Serious ³	Serious ⁴	None	136/226 (60.2%)	234/359 (65.2%)	RR 0.92 (0.81 to 1.05)	52 fewer per 1000 (from 124 fewer to 33 more)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL ¹
								30%		24 fewer per 1000 (from 57 fewer to 15 more)		
								66%		53 fewer per 1000 (from 125 fewer to 33 more)		
Clinical cure. Fluconazole versus Miconazole. (follow-up 6 to 10 days; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with physician assessment.⁵)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency ⁶	Very serious ⁷	Very serious ⁸	None	35/39 (89.7%)	39/50 (78%)	RR 1.04 (0.84 to 1.28)	31 more per 1000 (from 125 fewer to 218 more)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	CRITICAL
								40%		16 more per 1000 (from 64 fewer to 112 more)		
								78%		31 more per 1000 (from 125 fewer to 218 more)		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Single dose oral therapy	Single dose intra-vaginal therapy	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical cure. Fluconazole versus Econazole. (follow-up 7 to 10 days; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with physician asslincial cure. ⁹⁾												
1	Randomised trials	Very serious ¹⁰	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹¹	None	113/118 (95.8%)	105/112 (93.8%)	RR 1.02 (0.96 to 1.08)	19 more per 1000 (from 38 fewer to 75 more)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
								45%		9 more per 1000 (from 18 fewer to 36 more)		
								94%		19 more per 1000 (from 38 fewer to 75 more)		
Clinical cure. Fluconazole versus Butoconazole. (follow-up 1 to 2 days; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with time to first relief of symptoms. ¹²⁾												
1	Randomised trials	Serious ¹³	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ¹⁴	None	33/69 (47.8%)	39/67 (58.2%)	RR 0.82 (0.59 to 1.13)	105 fewer per 1000 (from 239 fewer to 76 more)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
								30%		54 fewer per 1000 (from 123 fewer to 39 more)		
								60%		108 fewer per 1000 (from 246 fewer to 78 more)		

¹ Fluconazole versus Clotrimazole

² No large variation in effect. Confidence intervals overlap. Statistical test for heterogeneity (p:0.32) I² =13%.

³ Very weak association between surrogate and patient important outcome in one study. The study assessed clinical improve using clinical exam.

⁴ Total exposed 226 non exposed 359 Total events: 136 (exposed), 234 (non exposed) RR 0.92 [0.81,1.05] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

⁵ Fluconazole versus Miconazole

⁶ One study.

⁷ Very weak association between surrogate and patient important outcome. The study assessed clinical improve using clinical assessment.

⁸ Total exposed 43 non exposed 50 Total events: 35 (exposed), 39 (non exposed) RR 1.04 [0.84-1.28] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or

benefit. Not optimal information size.

⁹ Fluconazole versus Econazole

¹⁰ Study funded by industry and have high risk of bias in selective report and follow up. Biases tend likely to lower confidence in effect.

¹¹ Total exposed 118 non exposed 112 Total events: 113 (exposed), 105 (non exposed) RR 1.02 [0.96-1.08] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

¹² Fluconazole versus Butoconazole

¹³ The study have high risk of bias in blinding. Biases tend likely to lower confidence in effect.

¹⁴ Total exposed 69 non exposed 67 Total events: 33 (exposed), 39 (non exposed) RR 0.82 [0.59-1.13] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-11-18

Question: Should oral therapy vs intra-vaginal therapy be used for treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis?

Settings: Primary care

Bibliography: Nurbhai M, Grimshaw J, Watson M, Bond CM, Mollison JA, Ludbrook A. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis(thrush). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue4. Art. No.: CD002845.DOI: 10.1002/14651858. CD002845.pub2.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Oral therapy	Intra-vaginal therapy	Relative (95% CI)	Absolute		
Mycological cure. Fluconazole versus Clotrimazole. (follow-up 5 to 15 days; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with culture or microscopy or mycological colonisaton.¹)												
12	Randomised trials	Very serious ²	No serious inconsistency ³	No serious indirectness	Very serious ⁴	None	669/814 (82.2%)	710/887 (80%)	RR 1.02 (0.98 to 1.07)	16 more per 1000 (from 16 fewer to 56 more)	⊕○○○ VERY LOW	IMPORTANT
								40%		8 more per 1000 (from 8 fewer to 28 more)		
								80%		16 more per 1000 (from 16 fewer to 56 more)		
Mycological cure. Itraconazole versus Clotrimazole. (follow-up 5 to 40 days; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with culture or microscopy.⁵)												
3	Randomised trials	Very serious ⁶	Serious ⁷	So serious indirectness	Serious ⁸	None	180/222 (81.1%)	127/157 (80.9%)	RR 1.00 (0.9 to 1.1)	0 fewer per 1000 (from 81 fewer to 81 more)	⊕○○○ VERY LOW	IMPORTANT
								40%		0 fewer per 1000 (from 40 fewer to 40 more)		
								81%		0 fewer per 1000 (from 81 fewer to 81 more)		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Oral therapy	Intra-vaginal therapy	Relative (95% CI)	Absolute		
Mycological cure. Fluconazole versus Miconazole. (follow-up 7 to 30 days; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with culture or microscopy.⁹)												
2	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency ¹⁰	No serious indirectness	Very serious ¹¹	None	87/97 (89.7%)	90/97 (92.8%)	RR 0.96 (0.88 to 1.05)	37 fewer per 1000 (from 111 fewer to 46 more)	⊕⊕⊕⊕ LOW	IMPORTANT
								450%		180 fewer per 1000 (from 540 fewer to 225 more)		
								93%		37 fewer per 1000 (from 112 fewer to 46 more)		
Mycological cure. Fluconazole versus Econazole. (follow-up 7 to 35 days; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with culture or microscopy.¹²)												
1	Randomised trials	Very serious ¹³	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹⁴	None	102/118 (86.4%)	86/112 (76.8%)	RR 1.12 (0.99 to 1.27)	92 more per 1000 (from 8 fewer to 207 more)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	IMPORTANT
								40%		48 more per 1000 (from 4 fewer to 108 more)		
								78%		94 more per 1000 (from 8 fewer to 211 more)		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Oral therapy	Intra-vaginal therapy	Relative (95% CI)	Absolute		
Mycological cure. Itraconazole versus Econazole. (follow-up 1 to 2 weeks; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with microscopy.^{1b})												
1	Randomised trials	Very serious ¹³	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹⁶	None	30/38 (78.9%)	19/37 (51.4%)	RR 1.53 (1.07 to 2.19)	272 more per 1000 (from 36 more to 611 more)	⊕000 VERY LOW	IMPORTANT
								25%		132 more per 1000 (from 18 more to 298 more)		
								52%		276 more per 1000 (from 36 more to 619 more)		

¹ Fluconazole versus Clotrimazole

² Some studies was fund by industry. Many studies have high risk of bias in secuencia generation, follow up and selective report. Bias likely to lower confidence in effect.

³ Large variation in effect. Confidence intervals overlap. Statistical test for heterogeneity (p:0.40) I2 =5.0%.

⁴ Total exposed 814 non exposed 887 Total events: 669 (exposed), 710 (non exposed) RR 1.02 [0.98,1.07] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

⁵ Itraconazole versus Clotrimazole

⁶ Some studies was fund by industry. Many studies have high risk of bias in follow up and selective report. Bias likely to lower confidence in effect.

⁷ Large variation in effect. Confidence intervals overlap. Statistical test for heterogeneity (p:0.17) I2 =44% moderate.

⁸ Total exposed 222 non exposed 157 Total events: 180 (exposed), 127 (non exposed) RR 1.00 [0.90,1.10] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

⁹ Fluconazole versus Miconazole

¹⁰ Large variation in effect. Confidence intervals overlap. Statistical test for heterogeneity (p:0.43) I2 =0.0%.

¹¹ Total exposed 97 non exposed 97 Total events: 87 (exposed), 90 (non exposed) RR 0.96 [0.88,1.05] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

¹² Fluconazole versus Econazole

¹³ Study funded by industry. High risk of bias in follow up and selective report. Bias likely to lower confidence in effect.

¹⁴ Total exposed 118 non exposed 112 Total events: 102 (exposed), 86 (non exposed) RR 1.12 [0.99,1.27] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

¹⁵ Itraconazole versus Econazole

¹⁶ Total exposed 38 non exposed 37 Total events: 30 (exposed), 19 (non exposed) RR 1.53 [1.07,2.19] Confidence interval near to null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-11-27

Question: Should oral therapy vs intra-vaginal therapy be used for treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis?

Settings: Primary care

Bibliography: Nurbhai M, Grimshaw J, Watson M, Bond CM, Mollison JA, Ludbrook A. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis(thrush). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue4. Art. No.: CD002845.DOI: 10.1002/14651858. CD002845.pub2.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Oral therapy	Intra-vaginal therapy	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical cure. Fluconazole versus Clotrimazole. (follow-up 2 to 8 weeks; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with resolution of signs and symptoms or assessed by physician.¹)												
6	Randomised trials	Very serious ²	No serious inconsistency ³	No serious indirectness ⁴	Very serious ⁵	None	323/458 (70.5%)	421/597 (70.5%)	RR 1.00 (0.92 to 1.08)	0 fewer per 1000 (from 56 fewer to 56 more)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
								35%		0 fewer per 1000 (from 28 fewer to 28 more)		
								70%		0 fewer per 1000 (from 56 fewer to 56 more)		
Clinical cure. Itraconazole versus Clotrimazole. (follow-up 1 to 4 weeks; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with resolution of signs and symptoms or assessed by physician.)												
2	Randomised trials	Very serious ²	No serious inconsistency ⁶	Serious ⁷	Very serious ⁸	None	95/123 (77.2%)	46/61 (75.4%)	RR 1.02 (0.86 to 1.21)	15 more per 1000 (from 106 fewer to 158 more)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
								35%		7 more per 1000 (from 49 fewer to 74 more)		
								75%		15 more per 1000 (from 105 fewer to 158 more)		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Oral therapy	Intra-vaginal therapy	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical cure. Fluconazole versus Miconazole. (follow-up 6 to 10 days; assessed with: Assessed presence of monilia/assessed by physician judgement.)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	Very serious ⁹	Very serious ¹⁰	None	35/43 (81.4%)	39/50 (78%)	RR 1.04 (0.84 to 1.28)	31 more per 1000 (from 125 fewer to 218 more)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
								40%		16 more per 1000 (from 64 fewer to 112 more)		
								78%		31 more per 1000 (from 125 fewer to 218 more)		
Clinical cure. Fluconazole versus Econazole. (follow-up 7 to 10 days; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with resolution of signs and symptoms.)												
1	Randomised trials	Very serious ¹¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ¹²	Reporting bias ¹¹	113/118 (95.8%)	105/112 (93.8%)	RR 1.02 (0.96 to 1.08)	19 more per 1000 (from 38 fewer to 75 more)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
								40%		8 more per 1000 (from 16 fewer to 32 more)		
								94%		19 more per 1000 (from 38 fewer to 75 more)		
Clinical cure. Itraconazole versus Econazole. (follow-up 1 to 2 weeks; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with resolution symptoms and mycologic cure.)												
1	Randomised trials	Serious ¹³	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ¹⁴	Reporting bias ¹³	28/38 (73.7%)	23/37 (62.2%)	RR 1.18 (0.86 to 1.62)	112 more per 1000 (from 87 fewer to 385 more)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
								30%		54 more per 1000 (from 42 fewer to 186 more)		
								63%		113 more per 1000 (from 88 fewer to 391 more)		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Oral therapy	Intra-vaginal therapy	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical cure. Fluconazole versus Butoconazole. (follow-up median 7 days; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with relief symptoms.)												
1	Randomised trials	Serious ¹⁵	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ¹⁶	None	33/69 (47.8%)	39/67 (58.2%)	RR 0.82 (0.59 to 1.13)	105 fewer per 1000 (from 239 fewer to 76 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								30%		54 fewer per 1000 (from 123 fewer to 39 more)		
								60%		108 fewer per 1000 (from 246 fewer to 78 more)		

¹ Fluconazole versus Clotrimazole

² Some studies was fund by industry. Many studies have high risk of bias in follow up and selective report. Bias likely to lower confidence in effect.

³ Large variations in effect. Confidence intervals overlap. Statistical test for heterogeneity (p:0.28) I2 =20%.

⁴ One of six studies assessed clinical cure by clinical judgment.

⁵ Total exposed 458 non exposed 597 Total events: 323 (exposed), 421 (non exposed) RR 1.00 [0.92,1.08] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

⁶ Large variations in effect. Confidence intervals overlap. Statistical test for heterogeneity (p:0.59) I2 =0.0%.

⁷ One of two studies assessed clinical cure by clinical judgment.

⁸ Total exposed 123 non exposed 61 Total events: 95 (exposed), 46 (non exposed) RR 1.02 [0.86,1.21] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

⁹ One study. Assessed clinical cure by clinical judgment.

¹⁰ Total exposed 43 non exposed 50 Total events: 35 (exposed), 39 (non exposed) RR 1.04 [0.84,1.28] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

¹¹ Study funded by industry. Have high risk of bias in follow up and selective report. Bias likely to lower confidence in effect.

¹² Total exposed 113 non exposed 105 Total events: 118 (exposed), 112 (non exposed) RR 1.02 [0.96,1.08] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

¹³ Study funded by industry. Have high risk of bias in selective report. Bias likely to lower confidence in effect.

¹⁴ Total exposed 38 non exposed 37 Total events: 28 (exposed), 23 (non exposed) RR 1.18 [0.86,1.62] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

¹⁵ The study has high risk of bias in blinding. Bias likely to lower confidence in effect.

¹⁶ Total exposed 69 non exposed 67 Total events: 33 (exposed), 39 (non exposed) RR 0.82 [0.59,1.13] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

Pregunta No. 34

Guía: ITS/ITG
Grupo temático: FLUJO VAGINAL

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS EFECTIVO Y SEGURO PARA LA PACIENTE EMBARAZADA CON SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL ?

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces en orden de importancia
Infección en mujer gestante por Vaginosis bacteriana	Metronidazol Tinidazol 1 sola dosis	Clindamicina vaginal	Mejoría clínica, mejoría bacteriológica, eventos adversos , recaída
Infección en mujer gestante por <i>T. vaginalis</i>	Metronidazol 1 sola dosis	Tinidazol 1 sola dosis	Mejoría clínica, mejoría bacteriológica, eventos adversos , recaída
Infección en mujer gestante por <i>C. albicans</i>	Fluconazol 1 sola dosis	Clotrimazol	Mejoría clínica, mejoría bacteriológica, eventos adversos , recaída

1. Tratamiento de flujo vaginal por vaginosis bacteriana en mujeres embarazadas

Author(s): H Gaitan

Date: 2012-01-21

Question: Should amoxicilin or MTZ or Clindamycin vs Placebo be used in pregnant women with BV?

Settings: Atencion primaria

Bibliography: McDonald 2007

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Amoxicilin or MTZ or Clindamycin	Placebo	Relative (95% CI)	Absolute		
Failure of test of cure (follow-up 1- 4 weeks; assessed with: unclear)												
10	Randomised trials	No serious risk of bias ¹	Very serious ²	No serious indirectness	No serious imprecision	None ³	488/2214 (22%)	1347/2143 (62.9%)	OR 0 (0.15 to 0.2)	629 fewer per 1000 (from 376 fewer to 426 fewer)	⊕⊕⊕⊕ LOW	IMPORTANT
								40%		400 fewer per 1000 (from 282 fewer to 309 fewer)		
								70%		700 fewer per 1000 (from 382 fewer to 441 fewer)		
Preterm birth < 37 sem (follow-up 12-22 weeks; assessed with: gestational age)												
14	Randomised trials	No serious risk of bias ⁴	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None ⁵	397/2989 (13.3%)	391/2899 (13.5%)	OR 0.91 (0.78 to 1.06)	11 fewer per 1000 (from 26 fewer to 7 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL
								8%		7 fewer per 1000 (from 16 fewer to 4 more)		
								20%		15 fewer per 1000 (from 37 fewer to 9 more)		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Amoxicilin or MTZ or Clindamycin	Placebo	Relative (95% CI)	Absolute		
Preterm or prelabor Rupture of membranes (follow-up 13- 22 weeks; assessed with: clinical verification)												
4	Randomised trials	No serious risk of bias ⁶	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁷	None ⁸	53/1245 (4.3%)	49/1256 (3.9%)	OR 1.1 (0.74 to 1.63)	4 more per 1000 (from 10 fewer to 23 more)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								3%		3 more per 1000 (from 8 fewer to 18 more)		
								6%		6 more per 1000 (from 15 fewer to 34 more)		
Low birthweight (follow-up 12- 25 weeks; assessed with: Clinical weight)												
7	Randomised trials	Serious	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None ⁹	191/2060 (9.3%)	199/2047 (9.7%)	OR 0.95 (0.77 to 1.17)	4 fewer per 1000 (from 21 fewer to 15 more)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								8%		4 fewer per 1000 (from 17 fewer to 12 more)		
								12%		5 fewer per 1000 (from 25 fewer to 18 more)		
Neonatal sepsis (follow-up 12- 25 weeks; assessed with: clinical diagnosis)												
3	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹⁰	None ¹¹	7/1171 (0.6%)	5/1174 (0.43%)	OR 1.4 (0.45 to 4.36)	2 more per 1000 (from 2 fewer to 14 more)	⊕⊕⊕O MODERATE	
								0.30%		1 more per 1000 (from 2 fewer to 10 more)		
								2%		8 more per 1000 (from 11 fewer to 62 more)		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Amoxicilin or MTZ or Clindamycin	Placebo	Relative (95% CI)	Absolute		
Postpartum infection (follow-up 12- 25 weeks; assessed with: Clinical diagnosis)												
2	Randomised trials	No serious risk of bias	Serious ¹²	No serious indirectness	Serious ¹³	None ¹⁴	24/310 (7.7%)	34/308 (11%)	OR 0.67 (0.39 to 1.17)	34 fewer per 1000 (from 64 fewer to 16 more)	⊕⊕⊕⊕ LOW	
								1%		3 fewer per 1000 (from 6 fewer to 2 more)		
								20%		57 fewer per 1000 (from 111 fewer to 26 more)		
Perinatal Death (follow-up 12- 25 weeks; assessed with: Clinical diagnosis)												
3	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹⁵	None ¹⁶	22/1330 (1.7%)	23/1336 (1.7%)	OR 0.96 (0.53 to 1.73)	1 fewer per 1000 (from 8 fewer to 12 more)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE	
								0.50%		0 fewer per 1000 (from 2 fewer to 4 more)		
								3%		1 fewer per 1000 (from 14 fewer to 21 more)		
Side effects sufficient to stop treatment (follow-up 12- 28 weeks; assessed with: Clinical diagnosis)												
3	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹⁷	None ¹⁸	39/727 (5.4%)	25/723 (3.5%)	OR 1.57 (0.95 to 2.59)	19 more per 1000 (from 2 fewer to 50 more)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE	CRITICAL
								0%		-		
								10%		49 more per 1000 (from 5 fewer to 123 more)		
Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance

No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Amoxicilin or MTZ or Clindamycin	Placebo	Relative (95% CI)	Absolute		
Admission to neonatal Unit (follow-up 12-25 weeks; assessed with: clinical diagnosis)												
2	Randomised trials	No serious risk of bias	Serious ¹⁹	No serious indirectness	Serious ²⁰	None ²¹	164/1190 (13.8%)	151/1193 (12.7%)	OR 1.11 (0.87 to 1.41)	12 more per 1000 (from 15 fewer to 43 more)	⊕⊕⊕⊕ LOW	
								5%		5 more per 1000 (from 6 fewer to 19 more)		
								20%		17 more per 1000 (from 21 fewer to 61 more)		

¹ There was poor description about concealment, blind and other sources of bias

² Statistical tests showed high heterogeneity. however estimator were located in the same way and there was overlapping of CI

³ Not evaluated

⁴ No explanation was provided

⁵ Not evaluated

⁶ There was a poor description of concealment, blind and other sources of risk of bias

⁷ Width CI

⁸ There is not information about this risk of bias

⁹ Not information about it

¹⁰ Width CI

¹¹ Not evaluated

¹² I² > 50% and opposite effect

¹³ Width CI

¹⁴ No evaluated

¹⁵ Width CI

¹⁶ Not evaluated

¹⁷ Width CI

¹⁸ Not evaluated

¹⁹ I² 47% opposite effect

²⁰ Width CI

²¹ Not evaluated

Author(s):

Date: 2012-01-21

Question: Should Oral Amoxicilin or MTZ or Clindamycin vs placebo or not treatment be used in Pregnant Women with BV ?

Settings: Primary care

Bibliography:

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Oral Amoxicilin or MTZ or Clindamycin	Placebo or not treatment	Relative (95% CI)	Absolute		
Failure of test of cure (follow-up 12- 25 weeks; assessed with: clinical and laboratory tests)												
7	Randomised trials	No serious risk of bias	Serious ¹	No serious indirectness	No serious imprecision	None ²	369/1660 (22.2%)	1066/1584 (67.3%)	OR 0.15 (0.13 to 0.17)	437 fewer per 1000 (from 414 fewer to 462 fewer)	⊕⊕⊕○ MODERATE	
								40%		309 fewer per 1000 (from 298 fewer to 320 fewer)		
								80%		425 fewer per 1000 (from 395 fewer to 458 fewer)		
Preterm birth < 37 weeks (follow-up 4 - 22 weeks; assessed with: clinica diagnosis)												
8	Randomised trials	No serious risk of bias	Serious ³	No serious indirectness	No serious imprecision	None ⁴	292/2087 (14%)	279/1982 (14.1%)	OR 0.9 (0.75 to 1.08)	12 fewer per 1000 (from 31 fewer to 10 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	
								5%		5 fewer per 1000 (from 12 fewer to 4 more)		
								20%		16 fewer per 1000 (from 42 fewer to 13 more)		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Oral Amoxicilin or MTZ or Clindamycin	Placebo or not treatment	Relative (95% CI)	Absolute		
Low birth wight (follow-up 12- 25 weeks; assessed with: clinical diagnosis)												
4	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁵	None ⁶	140/1469 (9.5%)	154/1457 (10.6%)	OR 00.89 (0.7 to 1.13)	11 fewer per 1000 (from 29 fewer to 12 more)	⊕⊕⊕O MODERATE	
								0%		-		
								12%		12 fewer per 1000 (from 33 fewer to 14 more)		
Neonatal sepsis (follow-up 12 - 25 weeks; assessed with: Clinical diagnosis)												
2	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁷	None ⁸	7/1160 (0.6%)	5/1163 (0.43%)	OR 1.4 (0.45 to 4.36)	2 more per 1000 (from 2 fewer to 14 more)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								2%		8 more per 1000 (from 11 fewer to 62 more)		
								5%		19 more per 1000 (from 27 fewer to 137 more)		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Oral Amoxicillin or MTZ or Clindamycin	Placebo or not treatment	Relative (95% CI)	Absolute		
Side effects sufficient for stop treatment (follow-up 12- 25 weeks; assessed with: clinical diagnosis)												
2	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency ⁹	No serious indirectness	Serious ¹⁰	None ¹¹	22/483 (4.6%)	17/482 (3.5%)	OR 1.3 (0.69 to 2.47)	10 more per 1000 (from 11 fewer to 48 more)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE	CRITICAL
								0%		-		
								10%		26 more per 1000 (from 29 fewer to 115 more)		

¹ I² > 90%, Chi² < 0.05 CI are not overlapped

² Not described

³ No explanation was provided

⁴ Publication bias is not evaluated

⁵ Width CI

⁶ Pub

lication bias not evaluated

⁷ Width CI

⁸ Publication Bias is not evaluated

⁹

¹⁰ Width CI

¹¹ Publication bias has been not evaluated

Author(s): H Gaitan

Date: 2012-01-21

Question: Should Clindamycin intravaginal vs placebo or not treatment be used in Pregnant women with BV?

Settings: primary care

Bibliography: MC donalds 2007

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Clindamycin intravaginal	Placebo or not treatment	Relative (95% CI)	Absolute		
Failure to test cure (follow-up 12 - 25 weeks; assessed with: clinical and laboratory diagnosis)												
3	Randomised trials	Serious ¹	Serious ²	No serious indirectness	No serious imprecision	None	119/554 (21.5%)	281/559 (50.3%)	OR 0.27 (0.21 to 0.35)	288 fewer per 1000 (from 241 fewer to 328 fewer)	⊕⊕⊕⊕ LOW	IMPORTANT
								50%		287 fewer per 1000 (from 241 fewer to 326 fewer)		
								85%		245 fewer per 1000 (from 185 fewer to 307 fewer)		
Preterm Birth (follow-up 12-25 weeks; assessed with: Clinical diagnosis)												
4	Randomised trials	Serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁴	None	80/961 (8.3%)	90/960 (9.4%)	OR 0.88 (0.64 to 1.21)	10 fewer per 1000 (from 32 fewer to 17 more)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								5%		6 fewer per 1000 (from 17 fewer to 10 more)		
								15%		16 fewer per 1000 (from 49 fewer to 26 more)		
Low birth weight												
3	Randomised trials	Serious ⁵	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁶	None ⁷	51/591 (8.6%)	45/590 (7.6%)	OR 1.14 (0.75 to 1.74)	10 more per 1000 (from 18 fewer to 49 more)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL

								0%		-		
								12%		15 more per 1000 (from 27 fewer to 72 more)		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Clindamycin intravaginal	Placebo or not treatment	Relative (95% CI)	Absolute		
Neonatal sepsis (follow-up 12- 25 weeks; assessed with: Clinical diagnosis)												
2	Randomised trials	Serious ⁸	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁹	None ¹⁰	18/219 (8.2%)	15/212 (7.1%)	OR 0 (0.58 to 2.39)	71 fewer per 1000 (from 28 fewer to 83 more)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								2%		20 fewer per 1000 (from 8 fewer to 27 more)		
								5%		50 fewer per 1000 (from 20 fewer to 62 more)		
Side effects not sufficient to stop (follow-up 1- 28 weeks; assessed with: clinical diagnosis)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹¹	None	6/187 (3.2%)	6/188 (3.2%)	OR 1.01 (0.32 to 3.17)	0 more per 1000 (from 21 fewer to 63 more)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE	CRITICAL
								0%		-		
								10%		1 more per 1000 (from 66 fewer to 160 more)		

¹ Publication bias has not been evaluated

² Guashino and Lamont studies have risk of bias (not concealment)

³ Width CI

⁴ Publication Bias has not been evaluated

⁵ Guashino study has high risk of bias

- ⁶ width CI
- ⁷ Publication bias has not been evaluated
- ⁸ Lamont studies have risk of bias (not concealment)
- ⁹ Width CI
- ¹⁰ Publication bias has not been evaluated
- ¹¹ Width CI

Author(s): Gaitan H

Date: 2012-01-21

Question: Should antibiotics vs placebo or not treatment be used in pregnant women with previous preterm delivery?

Settings: primary care

Bibliography: McDonald 2007

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Antibiotics	Placebo or not treatment	Relative (95% CI)	Absolute		
Preterm Delivery < 37 sem (follow-up 12-25 weeks; assessed with: Clinical diagnosis)												
5	Randomised trials	No serious risk of bias	Serious ¹	No serious indirectness	No serious imprecision	None ²	116/353 (32.9%)	92/269 (34.2%)	OR 0.83 (0.59 to 1.17)	41 fewer per 1000 (from 107 fewer to 36 more)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE	CRITICAL
								5%		8 fewer per 1000 (from 20 fewer to 8 more)		
								15%		22 fewer per 1000 (from 56 fewer to 21 more)		
Low birth weight (follow-up 12-25 weeks; assessed with: clinical outcome)												
2	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ³	None ⁴	8/61 (13.1%)	18/53 (34%)	OR 0.31 (0.13 to 0.75)	202 fewer per 1000 (from 61 fewer to 277 fewer)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE	CRITICAL
								5%		34 fewer per 1000 (from 12 fewer to 43 fewer)		
								15%		98 fewer per 1000 (from 33 fewer to 128 fewer)		

¹ I² > 50% pChi 2 p value < 0.05, opposite effect estimation

² Publication bias has not been evaluated

³ Width CI

⁴ Publication bias has not been evaluated

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	Se evalúa una Revisión sistemática de la literatura que incluyó 15 ensayos clínicos controlados y un total de 5888 participantes. La terapia antibiótica (amoxicilina o Clindamicina o metronidazol) fue efectiva para erradicar la vaginosis bacteriana en mujeres embarazadas OR: 0.17 (IC 95% 0.15 , 0.20) el tratamiento no reduce el riesgo de parto pretermino menor a 37 semanas OR 0.91 (IC 95%: 0.78 , 1.06) o ruptura prematura de membranas antes del trabajo de parto OR 0.88 (IC 95%: 0.61 , 1.28) . Tampoco reduce el riesgo de infección puerperal OR 0.67 (IC 95%: 0.39 , 1.17) , bajo peso al nacer OR 0.95 (IC 95% 0.77 – 1.17) o sepsis neonatal OR 1.4 (0.45 , 4.36). Los antibióticos orales son efectivos para reducir la falla terapéutica OR 0.15 (IC 95%0.13- 0.17), como también la clindamicina vaginal OR 0.27 (IC 95% 0,21 – 0,35) . El tratamiento temprano, antes de las 20 semanas tienen un efecto beneficio en reducir el riesgo de parto pretermino antes de las 37 semanas OR: 0.72 (IC 95% 0.55 – 0.95) .
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No hay diferencia en el porcentaje eventos adversos serios que obliguen a interrumpir el embarazo o eventos adversos no serios
COMENTARIOS	Ver otras guías

INTERVENCION	Metronidazol oral una dosis vs Clindamicina crema x 3 días
Falla clínica	Las pacientes gestantes con sospecha de VB pueden ser tratadas Clindamina vaginal o Amoxicilina o metronidazol oral <i>Calidad de evidencia moderada</i>
Eventos adversos	No hay diferencias entre el tratamiento con metronidazol y clindamicina en la tasa de eventos adversos serios, discontinuación de l tratamiento o sobre infección por candida. Es menos la tasa de nausea en el tratamiento con Clindamicina <i>Calidad de evidencia moderada</i>

RECOMENDACIÓN. Se recomienda el clindamicina vaginal tres dosis dosis en el tratamiento de la Vaginosis bacteriana en mujeres gestantes. En segunda opción se podrá utilizar Metronidazol oral una sola dosis vaginal después de la semana 12 de embarazo

2. Tratamiento de flujo vaginal por trichomonas en mujeres embarazadas

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-10-03

Question: Should metronidazol be used for treating trichomoniasis in pregnant women?

Settings: Primary care

Bibliography: Is metronidazole teratogenic? A meta-analysis. T. Caro-Patón, A. Carvajal, I. Martín de Diego et al. Br J Clin Pharmacol. 1997 August; 44(2): 179–182.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Metronidazol	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Foetal malformation (assessed with: Assessed any foetal malformation/measured with physical examination)												
5	Observational studies ^{1,2}	Very serious ³	No serious inconsistency ⁴	No serious indirectness	Serious ⁵	Reporting bias ⁶	21078 cases 20784 controls and 165/21243 exposed 9833/30617 unexposed		OR 1.08 (0.9 to 1.29)	-	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								2% ⁷		2 more per 1000 (from 2 fewer to 6 more)		
								0% ⁷		-		
								4% ⁷		3 more per 1000 (from 4 fewer to 11 more)		

¹ Case-control and other study designs together

² Two cohort prospective, two cohort retrospective and one case-control study.

³ The scientific quality of the included studies was not assessed and documented.

⁴ No large variation in effect. Confidence intervals do overlap. Statistical test for heterogeneity (p: 0.32) I2 non calculated.

⁵ Total exposed 2524 non exposed 196927. Total events: 189 (exposed),30887 (non exposed) OR 1.08 [0.90,1.29] Confidence interval do include null effect and do include appreciable harm or benefit.

⁶ The likelihood of publication bias was not assessed.

⁷ Gratacós E, Gómez R, Nicolaidis K, Romero R. Medicina fetal. Orientación general de malformaciones y síndromes genéticos. Consejo genético. Capítulo 51. Pg 503-9. Editorial panamericana. Madrid 2007.

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-10-05

Question: Should antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs be used for preventing preterm birth less than 37 weeks?

Settings: Primary care

Bibliography: Sangkomkarn US, Lumbiganon P, Prasertcharoensook W, Laopaiboon M. Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art.No.: CD006178.DOI:10.1002/14651858.CD006178.pub2.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Preterm birth less than 37 weeks (follow-up from 15 to 19 weeks until 36 weeks and 6 days of pregnancy; assessed with: Assessed preterm birth less than 37 weeks/Measured with spontaneous preterm delivery gestational age less than 37 weeks)												
1	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency ²	No serious indirectness	No serious imprecision ³	None ²	61/2058 (3%)	112/2097 (5.3%)	RR 0.55 (0.41 to 0.75)	24 fewer per 1000 (from 13 fewer to 32 fewer)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								3%		13 fewer per 1000 (from 7 fewer to 18 fewer)		
								6%		27 fewer per 1000 (from 15 fewer to 35 fewer)		

¹ Bias likely to lower confidence in effect (risk of detection bias).

² One included study

³ RRR 45% Total events: 61/2058(Screening),112/2097 (No screening) RR0.55[0.41,0.75]. Do not include null effect and do not include appreciable harm or benefit. Not under RR 0.75.

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-10-05

Question: Should antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs be used for preventing preterm low birth weight (below or equal 2500g)?

Settings: Primary outcome

Bibliography: Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Prasertcharoensook W, Laopaiboon M. Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art.No.: CD006178.DOI:10.1002/14651858.CD006178.pub2

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Preterm low birth weight (below or equal 2500g) (follow-up from 15 to 19 weeks until 36 weeks and 6 days of pregnancy; assessed with: Assessed preterm low birth weight (below or equal 2500g)/Measured with birth weight)												
1	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency ²	No serious indirectness	No serious imprecision ³	None ²	50/2058 (2.4%)	107/2097 (5.1%)	RR 0.48 (0.34 to 0.66)	27 fewer per 1000 (from 17 fewer to 34 fewer)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								3%		16 fewer per 1000 (from 10 fewer to 20 fewer)		
								6%		31 fewer per 1000 (from 20 fewer to 40 fewer)		

¹ Bias likely to lower confidence in effect (risk of detection bias).

² One included study

³ RRR 52% Total events: 50/2058(Screening),107/2097 (No screening) RR0.48[0.34,0.66]. Do not include null effect and do not include appreciable harm or benefit. Not under RR 0.75.

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-10-05

Question: Should antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs be used for preventing preterm very low birth weight (below or equal 1500g)?

Settings: Primary care

Bibliography: Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Prasertcharoensook W, Laopaiboon M. Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art.No.: CD006178. DOI:10.1002/14651858.CD006178.pub2.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Preterm very low birth weight (below or equal 1500g) (follow-up from 15 to 19 weeks until 36 weeks and 6 days pregnancy; assessed with: Assessed preterm very low birth weight (below or equal 1500g)/Measured with birth weight)												
1	Randomised trials	<u>Serious</u> ¹	No serious inconsistency ²	No serious indirectness	No serious imprecision ³	None	8/2058 (0.39%)	24/2097 (1.1%)	RR 0.34 (0.15 to 0.75)	8 fewer per 1000 (from 3 fewer to 10 fewer)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								1%		7 fewer per 1000 (from 2 fewer to 8 fewer)		
								0%		-		

¹ Bias likely to lower confidence in effect (risk of detection bias).

² One included study

³ RRR 66% Total events: 8/2058(Screening),24/2097 (No screening) RR0.34[0.15,0.75]. Do not include null effect and do not include appreciable harm or benefit. Not under RR 0.75.

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-10-05

Question: Should metronidazole be used for trichomoniasis in pregnant women?

Settings: Primary care

Bibliography: Gülmezoglu AM, Azhar M. Interventions for trichomoniasis in pregnancy. Cochrane Data base of Systematic Reviews 2011, Issue 5.

Art.No.:CD000220.DOI:10.1002/14651858. CD000220.pub2.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Metronidazol	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
No parasitological cure (follow-up 1 to 4 weeks; assessed with: Assessed no parasitological cure/Measured with wetmount smear.)												
2	Randomised trials	Very serious ¹	No serious inconsistency ²	No serious indirectness	No serious imprecision ³	Reporting bias ⁴ very strong association ⁵	26/352 (7.4%)	229/351 (65.2%)	RR 0.11 (0.08 to 0.17)	581 fewer per 1000 (from 542 fewer to 600 fewer)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								8%		71 fewer per 1000 (from 66 fewer to 74 fewer)		
								66%		587 fewer per 1000 (from 548 fewer to 607 fewer)		

¹ Bias likely to lower confidence in effect (critical limitation in sequence generation, allocation concealment, incomplete outcome data).

² No large variation in effect. Confidence intervals do overlap. Statistical test for heterogeneity (p:0.89) I² =0%.

³ RRR 89% Total events: 26/352(Treatment)229/351 (Control) RR0.11[0.08,0.17]. Do not include null effect and do not include appreciable harm or benefit.

⁴ The likelihood of publication bias was not assessed.

⁵ Upgrade 2 levels because large effect. Risk reduction of 89%.

3. Tratamiento de flujo vaginal por candida en mujeres embarazadas

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-11-09

Question: Should clotrimazole vs placebo be used for vaginal candidiasis in pregnant women?

Settings: Primary care

Bibliography: Young G, Jewell D. Topical treatment for vaginal candidiasis (thrush) in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4. Art. No.: CD000225.

DOI: 10.1002/14651858.CD000225.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Clotrimazole	Placebo	Relative (95% CI)	Absolute		
Persistent candidiasis. (Assessed with presence of monilia/measured with vaginal swab.)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious	Strong association ¹	6/50 (12%)	29/50 (58%)	RR 0.2 (0.09 to 0.45)	-	⊕⊕⊕○ MODERATE	IMPORTANT
								30%		240 fewer per 1000 (from 165 fewer to 273 fewer)		
								58%		464 fewer per 1000 (from 319 fewer to 528 fewer)		

¹ Upgrade 1 level because large effect. Risk reduction of 79%.

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-11-10

Question: Should four vs seven days treatment be used for vaginal candidiasis in pregnant women?

Settings: Primary care

Bibliography: Young G, Jewell D. Topical treatment for vaginal candidiasis (thrush) in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4. Art. No.: CD000225. DOI: 10.1002/14651858.CD000225.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Four days	Seven days	Relative (95% CI)	Absolute		
Persistent candidiasis (follow-up mean 7 days; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with clearance of symptoms and negative culture.)												
2	Randomised trials	Very serious ¹	No serious inconsistency ²	No serious indirectness	Serious ³	Reporting bias ⁴ very strong association ⁵	21/41 (51.2%)	1/40 (2.5%)	RR 20.48 (2.89 to 145.19)	487 more per 1000 (from 47 more to 1000 more)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								1%		195 more per 1000 (from 19 more to 1000 more)		
								3%		584 more per 1000 (from 57 more to 1000 more)		

¹ Two studies. One study have high risk of bias in blinding and selective report. Bias likely to lower confidence in effect.

² No large variation in effect. Confidence intervals overlap. Statistical test for heterogeneity (P0.78) I2 =0.0%.

³ Total exposed 41 non exposed 40 Total events: 21 (exposed), 1 (non exposed) RR 20.48 [2.89,145.19] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Not optimal information size.

⁴ Risk of publication bias is probably because this review is based on small trials and one study is funded by industry.

⁵ Upgrade 2 level because large effect. Risk Ratio 20,48.

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-11-10

Question: Should seven days vs fourteen days treatment be used for vaginal candidiasis in pregnant women?

Settings: Primary care

Bibliography: Young G, Jewell D. Topical treatment for vaginal candidiasis (thrush) in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4. Art. No.: CD000225. DOI: 10.1002/14651858.CD000225.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Seven days	Fourteen days treatment	Relative (95% CI)	Absolute		
Persistent candidiasis (follow-up 7 to 14 days; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with clearance of symptoms or negative culture.)												
2	Randomised trials	Very serious ¹	No serious inconsistency ²	No serious indirectness	Very serious ³	Reporting bias ⁴	11/46 (23.9%)	20/45 (44.4%)	RR 0.54 (0.29 to 1)	204 fewer per 1000 (from 316 fewer to 0 more)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
								20%		92 fewer per 1000 (from 142 fewer to 0 more)		
								45%		207 fewer per 1000 (from 319 fewer to 0 more)		

¹ One study funded by industry. Studies have high risk of bias in blinding or selective report. Bias likely to lower confidence in effect.

² No large variation in effect. Confidence intervals overlap. Statistical test for heterogeneity (P 0.44) I² =0.0%.

³ Total exposed 46 non exposed 45 Total events: 11 (exposed),20 (non exposed) RR 0.55 [0.29,1.00] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Not optimal information size.

⁴ Risk of publication bias is probably because this review is based on small trials and one study is funded by industry.

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-11-10

Question: Should imidazoles vs nystatin be used for vaginal candidiasis in pregnant women?

Settings: Primary care

Bibliography: Young G, Jewell D. Topical treatment for vaginal candidiasis (thrush) in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4. Art. No.: CD000225. DOI: 10.1002/14651858.CD000225.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Imidazoles	Nystatin	Relative (95% CI)	Absolute		
Persistent candidiasis (follow-up 7 to 30 days; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with microscopy or clearance of symptoms or negative culture.)												
5	Randomised trials	Very serious ¹	No serious inconsistency ²	No serious indirectness	No serious imprecision ³	Reporting bias ⁴ strong association ⁵	67/424 (15.8%)	178/369 (48.2%)	RR 0.32 (0.25 to 0.41)	328 fewer per 1000 (from 285 fewer to 362 fewer)	⊕⊕⊕⊕ LOW	IMPORTANT
								20%		136 fewer per 1000 (from 118 fewer to 150 fewer)		
								50%		340 fewer per 1000 (from 295 fewer to 375 fewer)		

¹ Some studies were fund by industry. Many studies have high risk of bias in blinding, sequence generation or selective report. Bias likely to lower confidence in effect.

² No large variation in effect. Confidence intervals overlap. Statistical test for heterogeneity (P 0.75) I2 =0.0%.

³ Total exposed 424 non exposed 369 Total events: 67 (exposed), 178 (non exposed) RR 0.32 [0.25,0.41] Confidence interval not include null effect and not include appreciable harm or benefit. Optimal information size.

⁴ Risk of publication bias is probably because this review is based on small trials and studies funded by industry.

⁵ Upgrade 1 level because large effect. RR 68%.

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando.

Date: 2011-11-10

Question: Should terconazole vs clotrimazole be used for vaginal candidiasis in pregnant women?

Settings: Primary care

Bibliography: Young G, Jewell D. Topical treatment for vaginal candidiasis (thrush) in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4. Art. No.: CD000225. DOI: 10.1002/14651858.CD000225.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Terconazole	Clotrimazole	Relative (95% CI)	Absolute		
Persistent candidiasis at 28 days after treatment. (follow-up mean 28 days; assessed with: Assessed presence of monilia/measured with negative culture or clearance of symptoms.)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ²	None	4/19 (21.1%)	3/19 (15.8%)	RR 1.33 (0.34 to 5.16)	52 more per 1000 (from 104 fewer to 657 more)	⊕⊕⊕ LOW	IMPORTANT
								8%		26 more per 1000 (from 53 fewer to 333 more)		
								16%		53 more per 1000 (from 106 fewer to 666 more)		

¹ Study with unclear risk of bias and biases unlikely to lower confidence in effect.

² Total exposed 19 non exposed 19 Total events: 4 (exposed), 3 (non exposed) RR 1.33 [0.34,5.16] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Not optimal information size.

Pregunta No. 33

**Guía: ITS/ITG
Grupo temático: FLUJO VAGINAL**

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS EFECTIVO Y SEGURO PARA LA PAREJA DE LA PACIENTE CON FLUJO VAGINAL?

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2011-10-08

Question: Should patient delivered therapy vs simple patient referral be used for partner treatment of women with sexually transmitted infections. ?

Settings: Primary care

Bibliography: Improved effectiveness of partner notification for patients with sexually transmitted infections: systematic review SvenTrelle, AijingShang, LindaNartey, JackieA Cassell, NicolaLow. BMJ, doi:10.1136/bmj.39079.460741.7C (published 19 January 2007).

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Patient delivered therapy	Simple patient referral	Relative (95% CI)	Absolute		
Persistent or recurrent infection (follow-up mean 30 days; assessed with: Persistent or recurrent infection in index patient)												
5	Randomised trials	Very serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness ²	Serious ³	None	0/5834 (0%) ⁴	-	RR 0.73 (0.57 to 0.93)	-	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
								0.7%		2 fewer per 1000 (from 0 fewer to 3 fewer)		
								4.3%		12 fewer per 1000 (from 3 fewer to 18 fewer)		

¹ Bias likely to lower confidence in effect (critical limitation in allocation concealment and incomplete outcome data).

² No large variation in effect. Confidence intervals do overlap. Statistical test for heterogeneity (p:0.18) I² =37%.

³ RR0.73[0.57,0.93]. Do not include null effect but include appreciable harm or benefit.

⁴ Not reported

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando.

Date: 2011-12-23

Question: Should Itraconazole be used for the treatment concomitant of the woman's sexual partner with vaginal candidosis?

Settings: Primary care

Bibliography: Spence D. Candidiasis (vulvovaginal). Clin Evid (Online). 2010; 2010: 0815.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Itraconazol	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Negative culture in index patient 7 days. (follow-up mean 7 days; assessed with: Mycologic infection in index patient/measured with clinical symptoms and negative culture.)												
1	Randomised trials	Serious	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ¹	Reporting bias ²	17/20 (85%)	15/19 (78.9%)	RR 1.40 (0.36 to 5.46)	316 more per 1000 (from 505 fewer to 1000 more)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
								40%		160 more per 1000 (from 256 fewer to 1000 more)		
								85%		340 more per 1000 (from 544 fewer to 1000 more)		
Negative culture in index patient 30 days. (follow-up mean 30 days; assessed with: Mycologic infection in index patient/measured with clinical symptoms and negative culture.)												
1	Randomised trials	Serious ²	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ¹	Reporting bias ²	16/16 (100%)	13/15 (86.7%)	RR 2.26 (0.22 to 22.55)	1000 more per 1000 (from 676 fewer to 1000 more)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
								40%		504 more per 1000 (from 312 fewer to 1000 more)		
								88%		1000 more per 1000 (from 686 fewer to 1000 more)		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Itraconazol	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical recovery in index patient 7 and 30 days. (follow-up 7 and 30 days; assessed with: Clinical recovery in index patient/measured with clinical symptoms and negative culture.)												
1	Randomised trials	Serious ²	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ³	Reporting bias ³	17/20 (85%)	13/19 (68.4%)	RR 1.95 (0.61 to 6.13)	650 more per 1000 (from 267 fewer to 1000 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								35%		333 more per 1000 (from 136 fewer to 1000 more)		
								70%		665 more per 1000 (from 273 fewer to 1000 more)		

¹ Outcome 7 days after treatment Total exposed 19 non exposed 20 Total events: 15 (exposed), 17 (non exposed) RR 1.40 [0.36,5.46] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Not optimal information size. Outcome 30 days after treatment Total exposed 15 non exposed 16 Total events: 13 (exposed), 16 (non exposed) RR 2.26 [0.22,22.55] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Not optimal information size.

² One small study. Industry sponsor. Have high risk of bias in follow up and bias likely to lower confidence in effect. Sponsorship likely do not introduce any bias.

³ Outcome 7 days after treatment Total exposed 19 non exposed 20 Total events: 13(exposed),17 (non exposed) RR 1.95 [0.61,6.13] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Not optimal information size. Outcome 30 days after treatment Total exposed 15 non exposed 16 Total events: 13 (exposed), 16 (non exposed) RR 5.31 [0.27,102.37] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Not optimal information size.

Author(s):

Date: 2012-01-31

Question: Should antibiotics vs placebo be used in copañeros de mujeres con BV?

Settings: atencion primaria

Bibliography: Colli GU Med 1997 Mengell 1989 J fam Practice

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Antibioticos	Placebo	Relative (95% CI)	Absolute		
recurrencia en la mujer (follow-up 4 - 12 weeks; assessed with: amsell)												
1	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	22/69 (31.9%)	21/70 (30%)	RR 1.06 (0.65 to 1.75)	18 more per 1000 (from 105 fewer to 225 more)	⊕⊕○○ LOW	CRITICAL
								200%		120 more per 1000 (from 700 fewer to 1000 more)		
								40%		24 more per 1000 (from 140 fewer to 300 more)		

¹ randomized allocation is unclear, concealment allocation is unclear, high rate of withdrawals

² optimal sample size not achieved

Pregunta No. 36

Guía: ITS/ITG
Grupo temático: FLUJO VAGINAL

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS EFECTIVO Y SEGURO PARA LA PACIENTE CON FLUJO VAGINAL RECURRENTE?

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces en orden de importancia
Pacientes con vaginosis bacteriana recurrente	Prolongación del tratamiento antibiótico	Otros esquemas	Mejoría clínica, reacciones adversas
Paciente con candidiasis recurrente	Prolongación del tratamiento antibiótico	Otros esquemas	Mejoría clínica, reacciones adversas

1. Tratamiento para vaginosis recurrente recurrente

Author(s): Sobel JD, Ferris D, Schwebke J, Nyirjesy P, Wiesenfeld HC, Peipert J, Soper D, Ohmit SE, Hillier SL. **Suppressive antibacterial therapy with 0.75% metronidazole vaginal gel to prevent recurrent bacterial vaginosis.** Am J Obstet Gynecol. 2006 May;194(5):1283-9.

Date: 2012-03-10

Question: Should Metronidazol gel 2 veces por semana por 4 meses vs Placebo be used for VB recurrente?

Settings: atencion primaria

Bibliography: Sobel y cols. Suppressive antibacterial therapy with 0.75% metronidazole vaginal gel to prevent recurrent bacterial vaginosis

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Metronidazol gel 2 veces por semana por 4 meses	Placebo	Relative (95% CI)	Absolute		
Seguimiento a 7 meses (follow-up mean 7 months; assessed with: Amsell y Nugent)												
1	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	26/51 (51%)	33/44 (75%)	RR 0.68 (0.49 to 0.93)	240 fewer per 1000 (from 52 fewer to 382 fewer)	⊕⊕○○ LOW	
								250%		800 fewer per 1000 (from 175 fewer to 1000 fewer)		
								80%		256 fewer per 1000 (from 56 fewer to 408 fewer)		
recurrencia a l final de 4 mese de tto (follow-up mean 4 months; assessed with: Amsell y Nugent)												
1	randomised trials	serious ³	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ⁴	none	13/51 (25.5%)	23/44 (52.3%)	RR 0.43 (0.25 to 0.73)	298 fewer per 1000 (from 141 fewer to 392 fewer)	⊕⊕○○ LOW	IMPORTANT
								25%		142 fewer per 1000 (from 67 fewer to 188 fewer)		
								70%		399 fewer per 1000 (from 189 fewer to 525 fewer)		

¹ Bajo tamaño de muestra

² No explanation was provided

³ asignación a la intervención no clara, ocultamiento no claro, enmascaramiento no claro, pérdidas en el seguimiento

⁴ El tamaño de muestra fue menor al óptimo para una reducción del 25% en el efecto esperado

RECOMENDACIÓN. Se recomienda el uso de Metronidazol vaginal 2 veces por semana por 4 meses para prevenir la recurrencia de VB
Recomendación débil a favor. Un

Un solo ensayo clínico controlado de calidad baja mostró reducción en el riesgo de 53% al finalizar el tratamiento y a los 3 meses pos tratamiento del 32%

2. Tratamiento para candidiasis recurrente

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando.

Date: 2011-12-23

Question: Should Maintenance prophylactic therapy be used for treatment of women with recurrent vulvovaginal candidiasis. ?

Settings: Primary care.

Bibliography: Spence D. Candidiasis (vulvovaginal). Clin Evid (Online). 2010; 2010: 0815.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Maintenance prophylactic therapy	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Maintenance prophylactic clotrimazole for treating recurrent and chronic candida vulvovaginitis. (follow-up median from 1 to 6 months. months; assessed with: Assessed recurrent candidiasis during prophylactic phase/measured with symptoms and culture.)												
1	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ²	Reporting bias ¹	8/15 (53.3%)	8/12 (66.7%)	RR 1.25 (0.67 to 2.32) ³	167 more per 1000 (from 220 fewer to 880 more)	⊕000 VERY LOW	IMPORTANT
								040%		100 more per 1000 (from 132 fewer to 528 more)		
								68%		170 more per 1000 (from 224 fewer to 898 more)		
Prophylactic clotrimazole for treating recurrent and chronic candida vulvovaginitis. (follow-up from 6 to 12 months; assessed with: Assessed recurrent candidiasis during cessation phase/measured with symptoms and culture.)												
1	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious	Reporting bias ¹	10/15 (66.7%)	10/12 (83.3%)	RR 1.25 (0.8 to 1.93) ³	208 more per 1000 (from 167 fewer to 775 more)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
								40%		100 more per 1000 (from 80 fewer to 372 more)		
								84%		210 more per 1000 (from 168 fewer to 781 more)		

¹ One small study. Have high risk of bias in follow up. Bias likely to lower confidence in effect.

² Outcome 6 months. Total exposed 12 non exposed 15 Total events: 8 (exposed),8 (non exposed) RR 1.25 [0.67,2.32] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Not optimal information size.

³ Mean time to symptomatic recurrence during the prophylactic phase in the placebo group was 1.3 months in comparison with 2.5 months in clotrimazole group. Statistical analysis and comparison of the attack rate during the prophylactic phase between the two groups reached significance at 3 month period only.

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando.

Date: 2011-12-23

Question: Should Intermittent monthly postmenstrual prophylactic therapy be used for treatment of women with recurrent vulvovaginal candidiasis. ?

Settings: Primary care.

Bibliography: Spence D. Candidiasis (vulvovaginal). Clin Evid (Online). 2010; 2010: 0815.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intermittent monthly postmenstrual prophylactic therapy	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Intermittent monthly postmenstrual prophylactic treatment of recurrent vaginal candidiasis. - not reported¹												
-	-	-	-	-	Reporting bias ²	33/0 (0%)	29/0 (0%)	-	-		CRITICAL	

¹ The cumulative recurrence frequency after 6 months intermittent prophylaxis with 500mg clotrimazole vaginal tablet was 30.3% lower than that that recorded for women who received placebo 79.35% (p<0.001). After 6 months observation period without treatment there were no significant differences in the cumulative recurrence frequency between the groups (clotrimazole 84,9% versus placebo 86,2%).

² Risk of publication bias is probably because this review is based on small trials.

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2012-01-06

Question: Should Intermittent therapy (twice weekly) with oral itraconazole vs intravaginal clotrimazole be used for suppressing recurrent episodes of vulvovaginal candidiasis.?

Settings: Primary care

Bibliography: Spence D. Candidiasis (vulvovaginal). Clin Evid (Online). 2010; 2010: 0815.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intermittent therapy (twice weekly) with oral itraconazole	Intravaginal clotrimazole	Relative (95% CI)	Absolute		
Recurrent candidiasis during suppressive phase in women with recurrent vaginal candidiasis. (follow-up mean from 1 to 6 months; assessed with: Assessed recurrent candidiasis during suppressive phase/measured with culture or smear and signs or symptoms.)												
1	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ²	Reporting bias ¹	5/21 (23.8%)	0/17 (0%)	RR 4.28 (0.55 to 33.37)	-	⊕000 VERY LOW	IMPORTANT
								10%		328 more per 1000 (from 45 fewer to 1000 more)		
								25%		820 more per 1000 (from 112 fewer to 1000 more)		
Recurrent candidiasis during discontinuation phase in women with recurrent vaginal candidiasis. (follow-up from 6 to 12 months; assessed with: Assessed recurrent candidiasis during discontinuation phase/measured with culture or smear and signs or symptoms.)												
1	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ³	Reporting bias ¹	10/21 (47.6%)	11/17 (64.7%)	RR 0.73 (0.41 to 1.3)	175 fewer per 1000 (from 382 fewer to 194 more)	⊕000 VERY LOW	IMPORTANT
								70%		189 fewer per 1000 (from 413 fewer to 210 more)		
								40%		108 fewer per 1000 (from 236 fewer to 120 more)		

¹ One small study. Have high risk of bias in follow up. Bias likely to lower confidence in effect.

² Outcome 6 months. Total exposed 22 non exposed 22 Total events: 8 (exposed),5 (non exposed) RR 1.60 [0.61,4.13] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Not optimal information size.

³ Outcome 6 to 12 months. Total exposed 21 non exposed 17 Total events: 10 (exposed),11 (non exposed) RR 0.73 [0.41,1.30] Confidence interval include null effect and include appreciable harm or benefit. Not optimal information size.

Author(s): Grillo-Ardila Carlos Fernando

Date: 2012-01-06

Question: Should Prophylactic (monthly) clotrimazole plus symptomatic episodes in between vs empiric self-treatment single doses be used for recurrent vaginal candidiasis?

Settings: Primary care

Bibliography: Spence D. Candidiasis (vulvovaginal). Clin Evid (Online). 2010; 2010: 0815.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Prophylactic (monthly) clotrimazole plus symptomatic episodes in between	Empiric self-treatment single doses	Relative (95% CI)	Absolute		
Recurrent candidiasis during suppressive phase in women with recurrent vaginal candidiasis. - not reported^{1,2}												
1	- ³	- ⁴	-	-	- ⁴	Reporting bias ⁴	-	-	-	-	⊕○○○ VERY LOW	IMPORTANT

¹ During prophylactic period of clotrimazole administration, patients experienced symptoms of vaginitis on 50 occasions (2,2 episodes per patient). On the other hand there were 86 episodes (3.8 episodes per patient) of symptomatic vaginitis during the empiric self-treatment. (p 0,005). The cost of the medication alone for the prophylactic 6 month period was 2445.00 Canadian or 106.50 per patient, whereas the cost during the empiric self-treatment period was 1260.00 or 54.80 per patient.

² Although perimenstrual clotrimazole prophylactically may decrease the number of symptomatic vaginitis episodes, empiric self treatment was more cost effective and the prefer strategy by majority of patients with chronic recurrent vaginal candidiasis.

³ Cross-over design.

⁴ One small study. Have high risk of bias blinding. Bias likely to lower confidence in effect. Methodological issues, might the effect of the first intervention last into the second treatment period.

Pregunta No 9

Guía: ITS/ITG

Grupo temático: INFECCIÓN CERVICAL

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS EFECTIVO Y SEGURO DEL SÍNDROME DE INFECCIÓN CERVICAL?

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces en orden de importancia
Infección cervical por <i>Chlamydia trachomatis</i> y/o <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona o Cefixime o Levofloxacinina o Ofloxacinina o Espectinomicina	Ciprofloxacina	Mejoría clínica reportada por el paciente – cura microbiológica
			Persistencia de la cervicitis uterina
	Azitromicina o Amoxicilina o Ofloxacinina o Eritromicina o Tetraciclina o Levofloxacinina o	Doxiciclina	Reacciones adversas
			Recurrencia

1. ¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro del síndrome de infección cervical producidas por *Chlamydia trachomatis*?

Author(s): CHUEN-YEN LAU, MD, MS, AND AZHAR K. QURESHI, MD, DrPH

Date: 2011-08-24

Question: Should Azitromicine 1 g only dose vs Doxycycline 100 mg twice daily for seven days be used in Men and woman >15 years with cervicitis or urethritis caused by chlamydia trachomatis?

Settings: Primary care

Bibliography: Azithromycin Versus Doxycycline for Genital Chlamydial Infections A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Azitromicine 1g only dose	Doxycycline 100 mg twice daily for seven days	Relative (95% CI)	Absolute		
Microbiological cure (follow-up mean 3.7 weeks; assessed with: Biological assay¹)												
12	Randomised trials ²	Very serious ³	No serious inconsistency ^{4,5}	Serious ⁶	No serious imprecision ⁷	None ^{8,9}	853/884 (96.5%)	645/659 (97.9%)	Efficacy difference 0.01 (-0.01 to 0.02)	969 fewer per 1000 (from 959 fewer to 989 fewer)	⊕000 VERY LOW	IMPORTANT ¹⁰
								90%		891 fewer per 1000 (from 882 fewer to 909 fewer)		
								100%		990 fewer per 1000 (from 980 fewer to 1000 fewer)		
Adverse events (follow-up mean 3.6 weeks; assessed with: Patients report¹¹)												
9	Randomised trials	Very serious ³	No serious inconsistency ⁴	Serious ⁶	No serious imprecision ⁷	None ⁸	319/1274 (25%)	205/897 (22.9%)	Efficacy difference (proportion difference) 0 (-0.19 to 0.037)	229 fewer per 1000 (from 220 fewer to 272 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
								2%		20 fewer per 1000 (from 19 fewer to 24 fewer)		
								37%		370 fewer per 1000 (from 356 fewer to		

											440 fewer)		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------	--	--

¹ Microbial cure was defined as CT negativity in biological assay (culture or enzyme immunoassay). One study involved the use of DNA amplification tests (polymerase chain reaction) for evaluation of cure. For evaluation of microbial cure, nine studies used culture, two used enzyme immunoabsorbent assay, and one used DNA amplification tests.

² Of the 12 included studies, 5 were masked and 7 were open-label. Two studies included female patients only; six studies, male patients only; and another four, both.

³ "We recognize that the estimates of efficacy presented herein were obtained from studies conducted under optimal conditions. A stratified meta-analysis was performed to assess possible bias in the results. Data were stratified by various subgroups: type of diagnostic assay (culture/nonculture), sex (male/female), attrition rate (<_10%/<_10%), follow-up time (2 weeks/<_2 weeks), publication date (pre-1995/post- 1995), study design (open/blind) and study sponsorship (Pfizer/non-Pfizer [Pfizer Corporation holds the patent for azithromycin])"

⁴ The test for homogeneity shows that results for individual trials are consistent with the overall pooled ED (chi-square=10.48; df= 11; P=0.488).

⁵ The quality of included studios is in doubt

⁶The comparisons were made between studies with women or men only or both sexes. They assume that results are comparable between those populations. The diagnostic is related with the ethiological agent, not by the syndrome.

⁷ The condifencenterval are not wide, the total population was 1543 patients.

⁸NeitherBegg's nor Egger's test showed evidence of publication bias. For Egger's test, the bias coefficient was 0.53 (95% CI, 0.70–1.66), which is not statistically significant (t= 1.03; P =0.327). The Begg's funnel plot did not reveal any trials outside of the pseudo-95% CI (Z=0.55; P=0.583).

⁹ The pooled ED for microbial cure of azithromycin versus doxycycline is 0.008 (95% CI = 0.007–0.022). This result is not statistically significant (Z=1.05; P=0.296).

¹⁰ Microbiological cure is not an outcome of syndromic management, it is used as part of etiologic management. However, the treatments evaluated here are the same of syndromic management, so this results can be useful for the guideline.

¹¹ The most frequently reported adverse events were gastrointestinal in nature (87.3%). Gastrointestinal adverse events include diarrhea, abdominal pain, nausea, vomiting, dyspepsia, constipation, flatulence, and other (unspecified) symptoms. Other nongastrointestinal symptoms were neurological (fatigue, malaise, sweating, dizziness, headache, and other [unspecified] symptoms); dermatological (skin rash and drug eruption); and miscellaneous (genitourinary, fever, and unspecified). Reporting of adverse events was nonuniform across studies, precluding further analysis by type of event.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>El meta-análisis de Lau et al (2001) compara dos tratamientos para el manejo de la infección cervical causada por <i>Chlamydia trachomatis</i> (CT) en hombres y mujeres mayores a 15 años de edad. Los dos tratamientos comparados fueron: Azitromicina 1 gramo dosis única versus Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días. El desenlace fue cura microbiológica definida como inmunoensayo enzimático o de cultivo negativo para CT en un rango de seguimiento de 2 a 5 semanas post-tratamiento. Los autores hacen comparaciones de cura entre grupos de los dos sexos, asumen que los resultados son comparables entre esas dos poblaciones. La calidad metodológica de los estudios incluidos no fue evaluada, 7 de los 12 estudios fueron open label. Los autores señalan que la calidad de los estudios incluidos es dudosa.</p> <p>La población total fue de 1543 pacientes (726 hombres y 817 mujeres), se calcularon diferencias de proporciones de cura. En el grupo de doxiciclina, la cura microbiológica ocurrió en 97.9% de los pacientes y en el grupo de Azitromicina la cura microbiológica fue del 96.5%. La diferencia de proporciones no tuvo diferencias estadísticamente significativas. La heterogeneidad no fue relevante en los resultados de los 12 estudios evaluados.</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	<p>El grupo de eventos adversos más frecuentes fue el de síntomas gastrointestinales. El reporte de eventos adversos reportados en los estudios no fue uniforme, el análisis se realizó por evento. En el grupo de Azitromicina la frecuencia fue de 25% y en el grupo de Doxiciclina 22.9% de los pacientes presentaron eventos adversos. La diferencia en las proporciones no fue estadísticamente significativa.</p>
COMENTARIOS	<p>La guía de la OMS del 2005 y la GPC del CDC del 2010 anotan que la Azitromicina y la doxiciclina son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por CT, pero que se debe tener en cuenta las infecciones por <i>Mycobacterium genitalium</i> las cuales responden mejor a la Azitromicina. Lo anterior sumado a una mejor adherencia apoyan la recomendación del manejo de estas infecciones con el esquema de dosis única en el lugar de atención.</p>

INTERVENCION	AZITROMICINA 1 GRAMO DOSIS UNICA
Cura microbiológica a las 3.7 semanas	
El porcentaje de pacientes con diagnóstico etiológico de infección genital por CT tratados con Azitromicina en los cuales se identifica cura microbiológica al cabo de un seguimiento de 3.7 semanas en promedio, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratados con Doxiciclina. Prevalencias de 96.5% y 97.9% respectivamente, diferencia de proporciones 0.008 (95% IC,-0.007–0.022), ($Z = 1.05$; $P = 0.296$).	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	
Presentación de eventos adversos	
Los pacientes con infección genital por CT tratados con Azitromicina (25%) no presentan diferencias en la incidencia de eventos adversos asociados al medicamento, en comparación con pacientes que reciben un tratamiento con Doxiciclina (22.9%) La diferencia de proporciones no es estadísticamente significativa 0.009 (IC 95%,-.019–0.037), ($Z = 0.62$; $P = 0.533$).	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-12-05

Question: Should Azithromicin 1 gram only dose with empty stomach vs Doxycycline 100 mg twice daily for seven days be used in Patients diagnosed with cervicitis ?¹

Settings: Primary care

Bibliography: Sendağ F, Terek C, Tuncay G, Ozkinay E, Güven 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.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Azithromicin 1 gram only dose with empty stomach	Doxicicline 100 mg twice daily for seven days	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical cure (follow-up 14 days; assessed with: Dissapeareance of baseline signs)												
1	Randomised trials	Very serious ²	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ³	None	6/21 (28.6%)	11/23 (47.8%)	- ⁴	478 fewer per 1000 (from 478 fewer to 478 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
Gastrointestinal side effects - not reported												
1	-	- ²	-	-	- ³	None	6/21 (28.6%)	11/23 (47.8%)	- ⁴	-	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL

¹ (*Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum and Mycoplasma hominis*)

² Didn't mention method of randomization, allocation or blinding. Poor characterization of baseline characteristics of the groups and they didn't mention dropouts.

³ Total sample size of the study: 131 patients. The authors only measured clinical cure in those who were positive for the three pathogens studied, because of that, the sample size reduced to 43 (21 in Azithromicin group and 22 in Doxycycline group).

⁴ The author only shows proportion differences between the groups.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	Se revisó un ensayo clínico aleatorizado en el que se evaluó la respuesta clínica y microbiológica de la cervicitis mucopurulenta al tratamiento con Azitromicina o Doxiciclina (Sendag 2000). De las 131 mujeres incluidas en el estudio, 42 de ellas tuvieron cultivo positivo para alguno de los patógenos analizados (<i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma hominis</i>), de estas mujeres el 71.4% de las mujeres tratadas con Azitromicina y 77.3% de las tratadas con Doxiciclina tuvieron cultivos negativos a las 2 semanas de seguimiento, estas diferencias son reportadas como no estadísticamente significativas, los autores no ofrecen datos de estimador de asociación. Respecto a los resultados de manejo sintomático, 42.9% de las mujeres del grupo Azitromicina con cultivo positivo (n=21) y 54.5% de las mujeres del grupo Doxiciclina con cultivo positivo (n=22) se encontraban libres de signos clínicos de cervicitis a las 2 semanas de seguimiento. Los autores no reportaron estimadores de asociación solo frecuencia de desenlaces. Este estudio presenta serias limitaciones metodológicas (método incierto de aleatorización, no cegamiento, reporte incompleto de pacientes y desenlaces, pobre caracterización de características de base de la población, tamaño de muestra insuficiente).
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	Los autores reportan incidencia de eventos adversos gastrointestinales en 10% de los pacientes del grupo Azitromicina y 12% del grupo Doxiciclina, sin embargo no realizan cálculo de medidas de asociación.
COMENTARIOS	La guía de la OMS del 2005 y la GPC del CDC del 2010 anotan que la Azitromicina y la doxiciclina son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por CT, pero que se debe tener en cuenta las infecciones causadas por <i>Mycobacterium genitalium</i> las cuales responden mejor a la Azitromicina. Lo anterior sumado a una mejor adherencia apoyan la recomendación del manejo de estas infecciones con el esquema de dosis única supervisada en el lugar de atención.
INTERVENCION	AZITROMICINA 1 GRAMO DOSIS UNICA
Cura microbiológica a las 2 semanas del tratamiento	
El porcentaje de pacientes con diagnóstico etiológico de infección genital por CT tratadas con Azitromicina en los cuales se identifica cura microbiológica según cultivo al cabo de un seguimiento de 2 semanas, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratadas con Doxiciclina. Prevalencias de 71.4% y 77.3% respectivamente, los autores no aportan datos que apoyen la declaración de que no son estadísticamente significativas.	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	
Ausencia de signos de cervicitis a las 2 semanas de tratamiento	
El porcentaje de pacientes con diagnóstico sintomático tratadas con Azitromicina en los cuales se identifica mejoría clínica al cabo de 2 semanas de tratamiento, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratadas con Doxiciclina. Prevalencias de 42.9% y 54.5% respectivamente, los autores no aportan datos que apoyen la declaración de que no son estadísticamente significativas	

RECOMENDACIÓN. La calidad de los estudios evaluados es muy baja, no existen diferencias significativas en cura microbiológica o eventos adversos cuando se utiliza Azitromicina 1 gramo dosis única comparado con Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por siete días. Sin embargo la adherencia al esquema de dosis única es mayor comparada con el esquema multidosis de la Doxiciclina.

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-12-01

Question: Should Azythromicin 1 gram vs Doxycycline/ciprofloxacin be used in Women with cervical infection?^{1,2}

Settings: Primary care³

Bibliography: 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.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Azythromicin 1 gram	Doxycycline/ciprofloxacin	Relative (95% CI)	Absolute		
Cure rate for Chlamydia trachomatis cervical infection (follow-up 14 days; assessed with: Negative culture at follow up)												
1	Randomised trials	Very serious ⁴	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ⁵	None	14/14 (100%)	12/12 (100%)	-. ⁶	1000 fewer per 1000 (from 1000 fewer to 1000 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
Cure rate for Neisseria gonorrhoeae cervical infection (follow-up 21 days; assessed with: Negative culture at follow up)												
1	Randomised trials	Very serious ⁴	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ⁵	None	9/10 (90%)	7/9 (77.8%)	-. ⁶	778 fewer per 1000 (from 778 fewer to 778 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
Cure rate for concomitant cervical infection (CT and NG) (follow-up 21 days; assessed with: Negative culture at follow up)												
1	Randomised trials	Very serious ⁴	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ⁵	None	21/21 (100%)	16/16 (100%)	-. ⁶	1000 fewer per 1000 (from 1000 fewer to 1000 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL

¹ Doxycycline 100 mg twice daily for seven days / Ciprofloxacin 250 mg only dose

² First visit, non-pregnant, female, clinic attendees at an STD clinic in Durban, from 16 August to 7 November 1999, were invited to participate in the trial if they had a muco-purulent cervical discharge with a diagnosis of non-gonococcal cervicitis, based in a routine vaginal wet mount and cervical Gram stain.

³ Resource poor setting, STD clinic.

⁴ The randomization is not clear, neither the allocation method. The sample size for each group is too small (9 - 21) and the groups weren't symmetrical because they were divided by positive cultures at first visit.

⁵ There is uncertainty in the results because of the sample size of the study.

⁶ The authors only report proportion differences between the groups.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>El ECA de Rustomjee et al (2002) evaluó la efectividad del tratamiento con Azitromicina (n=45) versus el tratamiento con Doxiciclina más Ciprofloxacina (n=37) para el manejo de la cervicitis causada por CT o <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (NG) en 82 mujeres diagnosticadas por exámen clínico, inmunoensayo y gram de flujo endocervical. De las mujeres estudiadas, 26 estaban infectadas por CT, 19 tenía infección por CT y NG y 37 estaban infectadas por NG. Las pacientes de los dos grupos eran comparables excepto por su edad y presencia de tricomoniasis. El análisis de los grupos se realizó según el agente etiológico aislado, de tal forma que reportan la curación microbiológica según la bacteria y no de acuerdo con los grupos aleatorizados. El porcentaje de cura microbiológica en los grupos de infección por CT, CT + NG y NG para Azitromicina fueron de 100%, 90% y 100% respectivamente, para las mismas infecciones en el grupo de Doxiciclina más Ciprofloxacina fueron de 100% en los tres grupos.</p> <p>En este estudio el método de aleatorización y asignación no es claro, además el tamaño de muestra es insuficiente lo que hace que exista incertidumbre acerca de la calidad de los resultados presentados. Los autores no reportan medidas de asociación.</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	El grupo de eventos adversos más frecuentes fue el de síntomas gastrointestinales. Los autores no reportan frecuencias ni estimadores de asociación para este desenlace.
COMENTARIOS	La guía de la OMS del 2005 y la GPC del CDC del 2010 anotan que la Azitromicina y la doxiciclina son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por CT, pero que se debe tener en cuenta las infecciones por <i>Mycobacterium genitalium</i> las cuales responden mejor a la Azitromicina. En el mismo documento se señala que para infección concomitante con NG se debe recurrir a tratamiento con Ceftriaxona 250 mh intramuscular dosis única o Cefixime 400 mg vía oral dosis única como primera opción, anotan que la NG ha demostrado generar resistencia para la Ciprofloxacina, razón por la cual no figura como tratamiento alternativo recomendado. Lo anterior sumado a una mejor adherencia apoyan la recomendación del manejo de estas infecciones con el esquema de dosis única en el lugar de atención.

INTERVENCION	AZITROMICINA 1 GRAMO DOSIS UNICA
Cura microbiológica a las 2 semanas para infecciones por CT	
El porcentaje de pacientes con diagnóstico etiológico de infección genital por CT tratadas con Azitromicina en los cuales se identifica cura microbiológica según cultivo al cabo de un seguimiento de 2 semanas, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratadas con Doxiciclina más Ciprofloxacina. Prevalencias de 100% en los dos grupos.	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	

Cura microbiológica a las 3 semanas para infecciones por NG

El porcentaje de pacientes con diagnóstico etiológico de infección genital por NG tratadas con Azitromicina en los cuales se identifica cura microbiológica según cultivo al cabo de un seguimiento de 2 semanas, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratadas con Doxiciclina más Ciprofloxacina. Prevalencias de 100% en los dos grupos.

Calidad de evidencia muy baja

Cura microbiológica a las 3 semanas para infección concomitante de NG + CT

El porcentaje de pacientes con diagnóstico etiológico de infección genital por NG y CT tratadas con Azitromicina en los cuales se identifica cura microbiológica según cultivo al cabo de un seguimiento de 2 semanas, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratadas con Doxiciclina más Ciprofloxacina. Prevalencias de 90% y 78% respectivamente.

Calidad de evidencia muy baja

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-11-25

Question: Should Azithromycin 1 gram only dose with empty stomach vs Doxycycline 100 mg twice daily for seven days be used in Women with nongonococcal cervical infection?¹

Settings: Primary care

Bibliography: 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. Epub 2005 Mar 19

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Azithromycin 1 gram only dose with empty stomach	Doxicicline 100 mg twice daily for seven days	Relative (95% CI)	Absolute		
Erradication rate (follow-up 10 days; assessed with: Immunoassay²)												
1	Randomised trials	Serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁴	None	36/41 (87.8%)	37/40 (92.5%)	-	925 fewer per 1000 (from 925 fewer to 925 fewer)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								0%		-		
Recurrence (follow-up 10 days; assessed with: Retest at 10th day⁵)												
1	Randomised trials	Serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁴	None	5/41 (12.2%)	3/40 (7.5%)	.6	75 fewer per 1000 (from 75 fewer to 75 fewer)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								0%		-		

¹ *Chlamydia trachomatis* (CT), *Ureaplasma urealyticum* (UU) and *Mycoplasma hominis* (MH)

²Immunoassays of endocervical secretions. The chlamydial assays were obtained by an optical immunoassay for the detection of CT CHLAMYFAST TEST. The Biostar Chlamydia optical immunoassay (OIA) (Biostar, Inc., Boulder, CO, USA.) is an OIA that provides test results in less than 30 min and uses a test format, which allows office-based testing. The sensitivity of this test for Chlamydia is 73.8%. Urogenital MH and UU diagnoses were performed by the MYCOFAST TEST.

³ The randomization and allocation method was poorly described, The baseline characteristics of the groups don't showed significant differences.

⁴Uncertainty of the results because of small sample size.

⁵ The authors did not clarify the way they diagnose recurrence

⁶The authors only described proportions. They did not calculate any measure of association.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	El ECA de Guven et al (2004) tenía por objeto comparar el efecto terapéutico del tratamiento con Azitromicina 1 g DU versus Doxiciclina 100 mg c/12 horas por 7 días en mujeres que acudieron por diferentes síntomas, que los autores no aclaran, y que fueron positivas para CT, <i>Ureaplasma urealyticum (UU)</i> y/o <i>Mycoplasma hominis (MH)</i> según ensayos inmunoenzimáticos. De las 533 mujeres inicialmente estudiadas, solo 81 fueron positivas para algún patógeno de los mencionados. Fueron asignadas aleatoriamente (los autores no reportan el método) a cada tratamiento. Reportan tasa de erradicación del 87.3% y 93.5% en los grupos de Azitromicina y Doxiciclina respectivamente, resultados sin diferencia estadísticamente significativa.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	Los eventos adversos no fueron evaluados en este ensayo clínico.
COMENTARIOS	La guía de la OMS del 2005 y la GPC del CDC del 2010 anotan que la Azitromicina y la doxiciclina son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por CT, pero que se debe tener en cuenta las infecciones por <i>Mycobacterium genitalium</i> las cuales responden mejor a la Azitromicina. Lo anterior sumado a una mejor adherencia apoya la recomendación del manejo de estas infecciones con el esquema de dosis única en el lugar de atención.

INTERVENCION	AZITROMICINA 1 GRAMO DOSIS UNICA
Cura microbiológica a las 2 semanas	
El porcentaje de pacientes con diagnóstico etiológico de infección genital por CT tratados con Azitromicina en los cuales se identifica cura microbiológica al cabo de un seguimiento de 2 semanas, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratados con Doxiciclina. Prevalencias de 87.3% y 93.5% respectivamente, los autores no aportan datos estadísticos para apoyar la no diferencia significativa.	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	
Recurrencia a las 2 semanas	
El porcentaje de pacientes con diagnóstico etiológico de infección genital por CT tratados con Azitromicina en los cuales se identifica recurrencia al cabo de un seguimiento de 2 semanas, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratados con Doxiciclina. Incidencias de 12.5% y 7.5% respectivamente, los autores no aportan datos estadísticos para apoyar la no diferencia significativa.	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	

RECOMENDACIÓN: Los dos tratamientos evaluados (Azitromicina 1 gramo comparado con Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días más ciprofloxacina 250 mg dosis única) son efectivos para el manejo de la cervicitis uterina. No existen diferencias significativas en la cura microbiológica de pacientes tratadas con los esquemas de tratamiento mencionados.

2. ¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro del síndrome de infección cervical producidas por Neisseria gonorrhoeae?

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-12-12

Question: Should Ceftriaxone 500 mg I/V vs Spectinomycin 2 gm I/M be used in Women and men with infection by NG?

Settings: Primary care

Bibliography: Shams-ur-Rehman, Khan A, Amanullah, Akhter K. Clinical efficacy of the various drugs used in the treatment of gonorrhoeae. J AyubMedCollAbbottabad. 2009 Oct-Dec;21(4):28-30

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Ceftriaxone 500 mg I/V	Spectinomycin 2 gm I/M	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical efficacy (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations¹)												
1	Randomised trials	Very serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	90/100 (90%)	94/100 (94%)	- ⁴	940 fewer per 1000 (from 940 fewer to 940 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
Persistence (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations¹)												
1	Randomised trials	Very serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	10/100 (10%)	6/100 (6%)	- ⁴	60 fewer per 1000 (from 60 fewer to 60 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL

¹ At follow up, urine microscopy, along with gram staining and microscopy of the prostatic fluid in males and vaginal secretion in females were carried out.

² Randomization, allocation and blinding methods poorly described. Differences between the groups not reported except by age, which was significantly different between the gender.

³ Indirect population because the results cannot be separate by syndrome and they pooled cervical infection with urethral discharge.

⁴ The authors only described proportions. They did not calculate any measure of association.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	En el ECA de Rehman et al (2009), se evaluó la cura microbiológica de pacientes de los dos sexos con signos y síntomas de uretritis o cervicitis, con diagnóstico etiológico positivo para NG. En total se estudiaron 300 pacientes de 14 a 55 años de edad, 229 mujeres y 71 hombres. Fueron asignados según un método de aleatorización pobremente descrito a uno de tres grupos

	de tratamiento: Ciprofloxacina 500 mg DU, Ceftriaxona 500 mg IV DU o Espectinomomicina 2 gramos IM DU. La cura fue determinada por ausencia de síntomas y tinción de Gram más microscopía de fluido prostático o secreción vaginal. El porcentaje de eficacia clínica reportado fue de 90% en el grupo Ceftriaxona y 94% en el grupo Espectinomomicina los cuales no cuentan con análisis estadístico posterior. Los métodos de aleatorización, asignación y cegamiento son pobremente descritos, las diferencias entre los grupos no son reportadas excepto por edad y la diferencia de género fue estadísticamente significativa. La población fue analizada en conjunto, uniendo los resultados de mujeres hombres lo cual supone una limitación para extrapolar los resultados a los dos síndromes. Los autores solo describieron proporciones, no calcularon ninguna medida de asociación.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	Los eventos adversos no fueron evaluados en este ECA.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 anotan que la Ceftriaxona y Cefixime son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por NG, y constituyen la primera opción de tratamiento. En este mismo documento señalan que si bien es útil en personas que no toleran las cefalosporinas, es un medicamento costoso, inyectable y que no está disponible en Estados Unidos. Sin embargo, ha sido probada su efectividad en ECA anteriores reportando cura en el 98.2% de infecciones urogenitales y anorrectales causadas por NG. Sin embargo, otras Guías como la Canadiense del 2008 recomiendan el tratamiento con Espectinomomicina como alternativo al uso de las cefalosporinas.

INTERVENCION	CEFTRIAXONA 500 MG IV DOSIS ÚNICA
Cura microbiológica a los 5 días de tratamiento	
El porcentaje de pacientes con diagnóstico uretritis o cervicitis causada por NG en los cuales se identifica cura microbiológica al cabo de un seguimiento de 5 días fue de 90% en el grupo de Ceftriaxona y de 94% en el grupo tratado con Espectinomomicina. Los autores no reportan análisis estadísticos realizados a estos datos.	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-11-25

Question: Should Ceftriaxone 500 mg I/V vs Ciprofloxacin 500 mg orally be used in Women and men with infection by NG?¹

Settings: Primary care

Bibliography: Shams-ur-Rehman, 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

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Ceftriaxone 500 mg I/V	Ciprofloxacin 500 mg orally	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical efficacy (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations²)												
1	Randomised trials	Very serious ³	No serious inconsistency	Serious ⁴	No serious imprecision	None	90/100 (90%)	80/100 (80%)	- ⁵	800 fewer per 1000 (from 800 fewer to 800 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
Persistence (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations²)												
1	Randomised trials	Very serious ³	No serious inconsistency	Serious ⁴	No serious imprecision	None	10/100 (10%)	20/100 (20%)	- ⁵	200 fewer per 1000 (from 200 fewer to 200 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL

¹ In male patients the clinical diagnosis was almost straight forward with cloudy urethral discharge and dysuria after a recent history of sexual exposure. In woman the diagnostic criteria was the intracellular presence of gram negative diplococci in vaginal discharge.

² At follow up, urine microscopy, along with gram staining and microscopy of the prostatic fluid in males and vaginal secretion in females were carried out.

³ Randomization, allocation and blinding methods poorly described. Differences between the groups not reported except by age, which was significantly different between the gender.

⁴ Indirect population because the results cannot be separate by syndrome and they pooled cervical infection with urethral discharge.

⁵ The authors only described proportions. They did not calculate any measure of association.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	En el ECA de Rehman et al (2009), se evaluó la cura microbiológica de pacientes de los dos sexos con signos y síntomas de uretritis o cervicitis, con diagnóstico etiológico positivo para NG. En total se estudiaron 300 pacientes de 14 a 55 años de edad, 229 mujeres y 71 hombres. Fueron asignados según un método de aleatorización pobremente descrito a uno de tres grupos de tratamiento: Ciprofloxacina 500 mg DU, Ceftriaxona 500 mg IV DU o Espectinomicina 2 gramos IM DU. La cura fue determinada por ausencia de síntomas y tinción de Gram más microscopía de fluido prostático o secreción vaginal. El

	<p>porcentaje de eficacia clínica reportado fue de 90% en el grupo Ceftriaxona y 80% en el grupo Ciprofloxacina los cuales no cuentan con análisis estadístico posterior. Los métodos de aleatorización, asignación y cegamiento son pobremente descritos, las diferencias entre los grupos no son reportadas excepto por edad y la diferencia de género fue estadísticamente significativa. La población fue analizada en conjunto, uniendo los resultados de mujeres hombres lo cual supone una limitación para extrapolar los resultados a los dos síndromes. Los autores solo describieron proporciones, no calcularon ninguna medida de asociación.</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	<p>Los eventos adversos no fueron evaluados en este ECA.</p>
COMENTARIOS	<p>La GPC del CDC del 2010 anotan que la Ceftriaxona y Cefixime son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por NG, y constituyen la primera opción de tratamiento. Esta GPC señala que la NG ha demostrado generar resistencia para la Ciprofloxacina, razón por la cual no figura como tratamiento alternativo recomendado.</p>

INTERVENCION	CEFTRIAXONA 500 MG IV DOSIS ÚNICA
Cura microbiológica a los 5 días de tratamiento	
<p>El porcentaje de pacientes con diagnóstico uretritis o cervicitis causada por NG en los cuales se identifica cura microbiológica al cabo de un seguimiento de 5 días fue de 90% en el grupo de Ceftriaxona y de 80% en el grupo tratado con Ciprofloxacina. Los autores no reportan análisis estadísticos realizados a estos datos.</p>	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-12-12

Question: Should Spectinomycin 2 gm I/M vs Ciprofloxacin 500 mg orally be used in Women and men with infection by NG?

Settings: Primary care

Bibliography: Shams-ur-Rehman, Khan A, Amanullah, Akhter K. Clinical efficacy of the various drugs used in the treatment of gonorrhoeae. J AyubMedCollAbbottabad. 2009 Oct-Dec;21(4):28-30

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Spectinomycin 2 gm I/M	Ciprofloxacin 500 mg orally	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical efficacy (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations¹)												
1	Randomised trials	Very serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecisión	None	94/100 (94%)	80/100 (80%)	- ⁴	800 fewer per 1000 (from 800 fewer to 800 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
Persistence (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations¹)												
1	Randomised trials	Very serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecisión	None	6/100 (6%)	20/100 (20%)	- ⁴	200 fewer per 1000 (from 200 fewer to 200 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL

¹ At follow up, urine microscopy, along with gram staining and microscopy of the prostatic fluid in males and vaginal secretion in females were carried out.

² Randomization, allocation and blinding methods poorly described. Differences between the groups not reported except by age, which was significantly different between the gender.

³ Indirect population because the results cannot be separate by syndrome and they pooled cervical infection with urethral discharge.

⁴ The authors only described proportions. They did not calculate any measure of association.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	En el ECA de Rehman et al (2009), se evaluó la cura microbiológica de pacientes de los dos sexos con signos y síntomas de uretritis o cervicitis, con diagnóstico etiológico positivo para NG. En total se estudiaron 300 pacientes de 14 a 55 años de edad, 229 mujeres y 71 hombres. Fueron asignados según un método de aleatorización pobremente descrito a uno de tres grupos de tratamiento: Ciprofloxacina 500 mg DU, Ceftriaxona 500 mg IV DU o Espectinomicina 2 gramos IM DU. La cura fue determinada por ausencia de síntomas y tinción de Gram más microscopía de fluido prostático o secreción vaginal. El porcentaje de eficacia clínica reportado fue de 94% en el grupo Espectinomicina y 80% en el grupo Ciprofloxacina los cuales no cuentan con análisis estadístico posterior. Los métodos de aleatorización, asignación y cegamiento son pobremente descritos, las diferencias entre los grupos no son reportadas excepto por edad y la diferencia de género fue estadísticamente significativa. La población fue analizada en conjunto, uniendo los resultados de mujeres hombres lo cual supone una limitación para extrapolar los resultados a los dos síndromes. Los autores solo describieron proporciones, no calcularon ninguna medida de asociación.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	Los eventos adversos no fueron evaluados en este ECA.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 anotan que la Ceftriaxona y Cefixime son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por NG, y constituyen la primera opción de tratamiento. Esta GPC señala que la NG ha demostrado generar resistencia para la Ciprofloxacina, razón por la cual no figura como tratamiento alternativo recomendado.

INTERVENCION	ESPECTINOMICINA 2 GRAMOS IM DOSIS ÚNICA
Cura microbiológica a los 5 días de tratamiento	
El porcentaje de pacientes con diagnóstico uretritis o cervicitis causada por NG en los cuales se identifica cura microbiológica al cabo de un seguimiento de 5 días fue de 94% en el grupo de Espectinomicina y de 80% en el grupo tratado con Ciprofloxacina. Los autores no reportan análisis estadísticos realizados a estos datos.	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	

RECOMENDACIÓN El tratamiento con Ceftriaxona 500 mg I/V o Espectinomicina 2 g I/M o Ciprofloxacina 500 mg dosis única vía oral es efectivo para el manejo de la cervicitis uterina causada por *Neisseria gonorrhoeae*. No existen diferencias significativas en la cura microbiológica de pacientes tratadas con los esquemas de tratamiento mencionados, los eventos adversos son mayores en las pacientes tratadas con Ciprofloxacina 500 mg dosis única vía oral.

Author(s):

Date: 2012-12-18

Question: Should Penicillin G vs Azithromycin be used for early syphilis?

Settings: Primary care

Bibliography: Bai ZG,Wang B, Yang K, Tian JH, Ma B, Liu Y, Jiang L,GaiQY,He X, Li Y. Azithromycin versus penicillinGbenzathine for early syphilis. CochraneDatabase of Systematic Reviews 2012, Issue 6. Art.No.:CD007270. DOI: 10.1002/14651858.CD007270.pub2.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Penicillin G	Azithromycin	Relative (95% CI)	Absolute		
Cure rate (follow-up 3-9 months; assessed with: serological RPR decrease by at least two dilutions before nine months)												
3	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	333/392 (84.9%)	341/398 (85.7%)	OR 1.04 (0.69 to 1.56)	5 more per 1000 (from 52 fewer to 46 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL
								0%		-		
Adverse events (follow-up 3-12 months; assessed with: Mild or tolerated side events)												
2	randomised trials	no serious risk of bias	serious ¹	no serious indirectness	no serious imprecision	none	137/258 (53.1%)	183/285 (64.2%)	OR 1.43 (0.42 to 4.95)	77 more per 1000 (from 212 fewer to 257 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
								0%		-		

¹ Heterogeneity=74%

Pregunta No 13

Guía: ITS/ITG

Grupo temático: INFECCIÓN CERVICAL

¿CUAL ES EL TRATAMIENTO MÁS EFECTIVO Y SEGURO DE LA PACIENTE EMBARAZADA O LACTANTE CON SÍNDROME DE INFECCIÓN CERVICAL?

Población	Intervención	comparación	Desenlaces en orden de importancia
Pacientes gestantes o lactantes con infección cervical por Chlamydia trachomatis y/o Neisseria gonorrhoeae	Ceftriaxona o Cefixime o Levofloxacin o Ofloxacin o Espectinomycin	Ciprofloxacina	Mejoría clínica reportada por la paciente – cura microbiológica
	Azitromicina o Amoxicilina o Ofloxacin o Eritromicina o Tetraciclina o Levofloxacin o	Doxiciclina	Persistencia de la cervicitis uterina
			Reacciones adversas
			Recurrencia

1. ¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro en pacientes embarazadas o lactantes del síndrome de infección cervical producidas por *Chlamydia trachomatis*?

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-09-22

Question: Should Antibiotic therapy vs placebo or no therapy be used in Pregnant women with CT infection?¹

Settings: Primary care

Bibliography: Brocklehurst P, Rooney G. Interventions for treating genital chlamydia trachomatis infection in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 4. Art. No.: CD000054. DOI: 10.1002/14651858.CD000054.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Antibiotic therapy	Placebo or no therapy	Relative (95% CI)	Absolute		
Failure to achieve microbiological cure (follow-up 2 - 4 weeks; assessed with: Chlamydia trachomatis microbiological test²)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias ^{3,4}	No serious inconsistency ⁵	Serious ⁶	Serious ⁷	None ⁸	9/78 (11.5%)	34/44 (77.3%)	OR 0.06 (0.03 to 0.12) ⁵	603 fewer per 1000 (from 483 fewer to 680 fewer)	⊕⊕○○ LOW	CRITICAL
Side effects sufficient to stop treatment (follow-up 2 - 4 weeks; assessed with: Symptoms reported by patients)												
2	Randomised trials	Serious ^{3,9}	No serious inconsistency ⁵	Serious ⁶	Very serious ¹⁰	None ¹¹	4/91 (4.4%)	0/50 (0%)	OR 4.83 (0.6 to 38.67) ⁵	-	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
Preterm delivery (follow-up 2 - 4 weeks; assessed with: Delivery <37 weeks²)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias ⁴	No serious inconsistency ⁵	No serious indirectness	No serious imprecision	None ⁸	27/202 (13.4%)	30/203 (14.8%)	OR 0.89 (0.51 to 1.56) ⁵	14 fewer per 1000 (from 67 fewer to 65 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL

¹ Women identified at any stage during the antenatal period as having genital Chlamydia trachomatis infection (symptomatic or asymptomatic). Co-infection with other sexually transmitted infections will not be a reason to exclude women from the review

² 'Microbiological cure' is used in these trials as an alternative to eradication of infection. It varies from study to study, in some of them a culture from pathogen is performed, in other cases they use DNA tests.

³ The authors assessed the methodological quality for each included trial using a simple checklist, which included whether the allocated treatment was adequately concealed and the proportion of women lost to follow up. The overall quality of the studies was good. Four of the eleven included trials were double blind and all trials reported losses to follow up. Only four trials were found to be acceptable for allocation concealment. The description of the interventions was good (with the exception of Martin 1997) and the main outcome of all the trials was well described in most. The process by which the interventions were randomly assigned was not well specified in two of the trials, although both papers stated that the

allocation was random and both of these trials were double blind.

⁴ The study included was two blinded, randomization and allocation methods adequate.

⁵ Peto odds ratios have been calculated if appropriate (ie if there is no evidence of significant heterogeneity) using the Cochrane statistical software, RevMan.

⁶ The effectiveness outcome is not appropriate for syndromic management. However is a proxy of clinical betterness.

⁷ OR 0.06 CI 95% [0.03, 0.12]

⁸ The authors did not state publication bias.

⁹ The study included was two blinded, randomization and allocation methods adequate. However the sample size was too small (50 control, 90 treatment).

¹⁰ OR 4.83 [0.60, 38.67]

¹¹ No explanation was provided

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>En la revisión sistemática de Brocklehurst (2009) se incluyeron 11 ECA's que comparaban placebo o no tratamiento con esquemas antibióticos en mujeres gestantes con infección por CT. La revisión encontró 11 ECA's con un total de 1449 mujeres, reportan que la calidad general de los estudios fue buena. Se incluyeron estudios de mujeres con diagnóstico de infección genital por CT (asintomática o sintomática), independientemente de la semana de gestación. Para evaluar la calidad metodológica de cada estudio incluido evaluaron la asignación aleatoria y las pérdidas al seguimiento. Cuatro de los 11 ECA's fueron doble ciego, y solo cuatro reportaron un método válido de ocultamiento de la asignación.</p> <p>Todos los estudios evaluaron la cura microbiológica y ninguno los eventos adversos en el neonato. Reportan que ninguno de los estudios fue lo suficientemente grande para evaluar los eventos adversos.</p> <p>Se encuentra que el tratamiento produce menos fallas microbiológicas comparado con placebo o no tratamiento OR 0.06 IC 95% 0.03 – 0.12, p<0.00001. En cuanto a incidencia de parto pretérmino no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (OR 0.89 IC 95% 0.51 – 1.56, p=0.68).</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	<p>Se evaluaron los eventos adversos que eran suficientes para suspender el tratamiento, los mas frecuentes fueron los gastrointestinales. El tratamiento se asoció a 4 eventos y ningún evento se presentó en los grupo control (n tto: 91, n control: 50). OR 4.83 IC 95% 0.60 – 38.67.</p>
COMENTARIOS	<p>La GPC del CC de 2010 señala que a todas las mujeres gestantes se les debe realizar tamización de rutina para CT, igualmente a mujeres menores a 25 años con factores de riesgo para infección por CT deberían ser evaluadas nuevamente durante el tercer trimestre con el fin de prevenir complicaciones maternas en el puerperio así como infección por CT en el neonato. Este mismo documento recomienda la administración de Azitromicina 1 g DU o Amoxicilina 500 mg c/8 horas por 7 días para el tratamiento de la infección por CT y la Eritromicina la recomienda como régimen alternativo.</p>

INTERVENCION	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO
--------------	-------------------------

Falla microbiológica a las 3 semanas
El porcentaje de pacientes con infección antenatal por CT tratadas con algún antibiótico en las cuales se identifica falla microbiológica con el tratamiento al cabo de un seguimiento de 3 semanas en promedio, difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y a quienes no les fue administrado tratamiento alguno. Prevalencias de 11.5% y 77.3% respectivamente, OR 0.06 IC 95% 0.03 – 0.12, p<0.00001.
<i>Calidad de evidencia baja</i>
Presentación de eventos adversos gastrointestinales
La incidencia de eventos adversos gastrointestinales en pacientes gestantes con infección por CT tratadas con algún antibiótico no presenta diferencias estadísticamente significativas en comparación con pacientes que no reciben tratamiento antibiótico. Prevalencias 4.4% y 0% respectivamente. OR 4.83 IC 95% 0.60 – 38.67, p=0.14.
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>
Parto < 37 semanas
La incidencia de parto pretérmino de mujeres con infección por CT tratadas con antibiótico no presenta diferencias estadísticamente significativas en comparación con pacientes que reciben no recibieron tratamiento. Prevalencias de 13.4% y 14.6% respectivamente. OR 0.89 IC 95% 0.51 – 1.56, p=0.68.
<i>Calidad de evidencia alta</i>

RECOMENDACIÓN: En pacientes gestantes o lactantes con infección cervical causada por *Chlamydia trachomatis* el tratamiento con algún antibiótico comparado con placebo o no tratar es efectivo en términos de cura microbiológica. El tratamiento antibiótico se asocia con mayor número de eventos adversos.

Author(s): Carol Paez Canro

Date: 2011-10-27

Question: Should Amoxicillin 500 mg three times per day for seven days vs Erithromycin 500 mg four times at day for seven days be used in Pregnant women with antenatal CT infection?

Settings: Primary care

Bibliography: Turrentine M, Newton E. Amoxicillin or Erithromycin for the treatment of antenatal chlamydial infection: A meta-analysis. *ObstetGynecol.* 1995 Dec;86(6):1021-5.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision ³	Other considerations	Amoxicillin 500 mg three times per day for seven days	Erithromycin 500 mg four times at day for seven days	Relative (95% CI)	Absolute		
Microbiological cure (follow-up 3 - 4.8 weeks; assessed with: Microbiological cure test (culture))												
4	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency ²	No serious indirectness	No serious imprecision ³	Reporting bias ⁴	237/259 (91.5%)	211/255 (82.7%)	RR 1 (0.97 to 1.02)	0 fewer per 1000 (from 25 fewer to 17 more)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								72%		0 fewer per 1000 (from 22 fewer to 14 more)		
								88%		0 fewer per 1000 (from 26 fewer to 18 more)		
Gastrointestinal side effects (follow-up 3 - 4.8 weeks; assessed with: Symptoms reported)												
4	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency ²	No serious indirectness	No serious imprecision ³	Reporting bias ⁴	29/259 (11.2%)	103/255 (40.4%)	RR 0.29 (0.20 to 0.42)	287 fewer per 1000 (from 234 fewer to 323 fewer)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								25%		178 fewer per 1000 (from 145 fewer to 200 fewer)		
								49%		348 fewer per 1000 (from 284 fewer to 392 fewer)		

¹ The authors didn't do a duplicate data extraction, they only searched in MEDLINE, the characteristics of the included studies wasn't provided, The methodological quality of the included studies was assessed using a checklist, 3 of them fullfit all criteria for good evidence. AMSTAR: Yes (4), No (7).

² The X2 test of heterogeneity of treatment effect among trials was not significant for treatment succes (p=18), reported gastrointestinal side effects (p=62) or number of patients who discontinued therapy (p=0.81)

³The confidence intervals were not wide.

⁴ None of the selected trials showed a statistical increase in the treatment effect of amoxicillin compared with erythromycin, however, no attempt was made to obtain unpublished observations.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>La revisión sistemática de Turrentine et al (1995) evalúa los resultados encontrados en ECA's que comparaban la efectividad y seguridad del tratamiento con Amoxicilina 500 mg cada 8 horas por 7 días comparado con la administración de Eritromicina 500 mg cada 6 horas por 7 días para el manejo de la cervicitis en mujeres gestantes. Incluyeron 4 ECA's con un total de 551 gestantes (259 tratadas con Amoxicilina y 255 con Eritromicina). El coeficiente de heterogeneidad no fue estadísticamente significativo en cuanto a resultados de éxito del tratamiento, eventos adversos gastrointestinales reportados o número de pacientes que discontinuaron la terapia. El RR agrupado reportado como eficacia del tratamiento de amoxicilina comparado con eritromicina fue de 1.00 (IC 95% 0.97 – 1.02, p <0.70) y el de éxito del tratamiento, definido como adherencia 100% fue de 1.11 (IC 95% 1.05 – 1.18, p <0.01). Los autores señalan que la búsqueda realizada pudo llevar a un sesgo de citación pues se restringió a MEDLINE.</p> <p>Finalmente recomiendan el uso de la amoxicilina ya que no encontraron diferencias significativas en la cura microbiológica comparada con la eritromicina, pero lo EA gastrointestinales son menos frecuentes, lo que aumentaría la adherencia al tratamiento.</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	<p>Se evaluaron los eventos adversos gastrointestinales, el RR agrupado fue de 0.29 (IC 95% 0.20 – 0.42, p <0.01) lo cual indicaría una reducción del 71% en la incidencia de estos síntomas con la administración de amoxicilina. En el grupo de Amoxicilina la frecuencia fue de 11.2% y en el grupo de Eritromicina de 40.4%. La diferencia en las proporciones fue estadísticamente significativa.</p>
COMENTARIOS	<p>La GPC del CC de 2010 señala que a todas las mujeres gestantes se les debe realizar tamización de rutina para CT, igualmente a mujeres menores a 25 años con factores de riesgo para infección por CT deberían ser evaluadas nuevamente durante el tercer trimestre con el fin de prevenir complicaciones maternas en el puerperio así como infección por CT en el neonato. Este mismo documento recomienda la administración de Azitromicina 1 g DU o Amoxicilina 500 mg c/8 horas por 7 días para el tratamiento de la infección por CT y la Eritromicina la recomienda como régimen alternativo. La guía de la OMS 2005 recomienda Eritromicina o Amoxicilina argumentando que el uso de Azitromicina aún no es seguro por falta de estudios con tamaño de muestra suficiente.</p>

INTERVENCION	AMOXICILINA 500 MG CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS
Cura microbiológica a las 3.9 semanas	
El porcentaje de pacientes con infección antenatal por CT tratados con Amoxicilina en los cuales se identifica cura microbiológica y adherencia 100% al tratamiento al cabo de un seguimiento de 3.9 semanas en promedio, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratados con Eritromicina. Prevalencias de 91.5% y 82.7% respectivamente, RR agrupado 1.00 (IC 95% 0.97 – 1.02, p <0.70)	
<i>Calidad de evidencia baja</i>	
Presentación de eventos adversos gastrointestinales	
Las pacientes gestantes con infección por CT tratadas con Amoxicilina presentan una menor incidencia de eventos adversos gastrointestinales estadísticamente significativa en comparación con pacientes que reciben un tratamiento con Eritromicina RR agrupado fue de 0.29 (IC 95% 0.20 – 0.42, p <0.01).	
<i>Calidad de evidencia baja</i>	

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-09-21

Question: Should Amoxicillin vs Erythromycin be used in Pregnant women?

Settings: Primary care

Bibliography: Brocklehurst P, Rooney G. Interventions for treating genital *chlamydia trachomatis* infection in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 4.

Art. No.: CD000054. DOI: 10.1002/14651858.CD000054.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Amoxicillin	Erythromycin	Relative (95% CI)	Absolute		
Failure to achieve microbiological cure (follow-up 2 - 4 weeks; assessed with: CT microbiological test¹)												
3	Randomised trials	Serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	17/199 (8.5%)	28/191 (14.7%)	OR 0.54 (0.28 to 1.02)	62 fewer per 1000 (from 101 fewer to 2 more)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								9.33%		41 fewer per 1000 (from 65 fewer to 2 more)		
								18%		74 fewer per 1000 (from 122 fewer to 3 more)		
Side effects sufficient to stop treatment (follow-up 2 - 4 weeks; assessed with: Symptoms reported by patients)												
4	Randomised trials	Serious ⁴	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	4/234 (1.7%)	40/249 (16.1%)	OR 0.16 (0.09 to 0.3)	131 fewer per 1000 (from 106 fewer to 144 fewer)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE	CRITICAL
								11.32%		93 fewer per 1000 (from 76 fewer to 102 fewer)		
								23.07%		185 fewer per 1000 (from 148 fewer to 204 fewer)		

¹ 'Microbiological cure' is used in these trials as an alternative to eradication of infection. It varies from study to study, in some of them a culture from pathogen is performed, in other cases they use DNA tests.

² Two of three studies that assessed this outcome were not blinded and the allocation concealment was not used.

³ The effectiveness outcome is not appropriate for syndromic management. However is a proxy of clinical betterness.

⁴ Three from the four studies that assessed this outcome were not blinded and the allocation concealment was not used.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>En la revisión sistemática de Brocklehurst (2009) se incluyeron 11 ECA's que comparaban placebo o no tratamiento con esquemas antibióticos en mujeres gestantes con infección por CT. La revisión encontró 11 ECA's con un total de 1449 mujeres, reportan que la calidad general de los estudios fue buena. Se incluyeron estudios de mujeres con diagnóstico de infección genital por CT (asintomática o sintomática), independientemente de la semana de gestación. Para evaluar la calidad metodológica de cada estudio incluido evaluaron la asignación aleatoria y las pérdidas al seguimiento. Cuatro de los 11 ECA's fueron doble ciego, y solo cuatro reportaron un método válido de ocultamiento de la asignación.</p> <p>Todos los estudios evaluaron la cura microbiológica y ninguno la eventos adversos en el neonato. Reportan que ninguno de los estudios fue lo suficientemente grande para evaluar los eventos adversos.</p> <p>La amoxicilina parece ser igual de efectiva a la eritromicina en cuanto a cura microbiológica (OR 0.54 IC 95% 0.28 – 1.02). Clindamicina y Azitromicina parecen ser efectivos aunque los tamaños de muestra de los estudios son pequeños. Los autores consideran que la Amoxicilina puede ser una alternativa aceptable a la eritromicina y que la Clindamicina y Azitromicina deben ser considerados si los otros dos antibióticos no son tolerados o si están contraindicados.</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	<p>Se evaluaron los eventos adversos que eran suficientes para suspender el tratamiento, los mas frecuentes fueron los gastrointestinales, La amoxicilina fue mejor tolerada que la eritromicina (OR 0.16 IC 95% 0.09 – 0.30, $p < 0.00001$). La heterogeneidad con un coeficiente I² de 0.0%, $p = 0.72$. Se presentaron 4 eventos en el grupo de Amoxicilina y 40 en el grupo Eritromicina.</p>
COMENTARIOS	<p>La GPC del CC de 2010 señala que a todas las mujeres gestantes se les debe realizar tamización de rutina para CT, igualmente a mujeres menores a 25 años con factores de riesgo para infección por CT deberían ser evaluadas nuevamente durante el tercer trimestre con el fin de prevenir complicaciones maternas en el puerperio así como infección por CT en el neonato. Este mismo documento recomienda la administración de Azitromicina 1 g DU o Amoxicilina 500 mg c/8 horas por 7 días para el tratamiento de la infección por CT y la Eritromicina la recomienda como régimen alternativo. La guía de la OMS 2005 recomienda Eritromicina o Amoxicilina argumentando que el uso de Azitromicina aún no es seguro por falta de estudios con tamaño de muestra suficiente.</p>

INTERVENCION	AMOXICILINA 500 MG CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS
Cura microbiológica a las 3 semanas	
El porcentaje de pacientes con infección antenatal por CT tratados con Amoxicilina en los cuales se identifica falla microbiológica con el tratamiento al cabo de un seguimiento de 3 semanas en promedio, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratados con Eritromicina. Prevalencias de 8.54% y 14.65% respectivamente, OR agrupado (OR 0.54 IC 95% 0.28 – 1.02, p=0.059).	
<i>Calidad de evidencia baja</i>	
Presentación de eventos adversos gastrointestinales	
Las pacientes gestantes con infección por CT tratadas con Amoxicilina presentan una menor incidencia de eventos adversos gastrointestinales estadísticamente significativa en comparación con pacientes que reciben un tratamiento con Eritromicina. OR agrupado 0.16 IC 95% 0.09 – 0.30, p<0.00001.	
<i>Calidad de evidencia moderada</i>	

RECOMENDACIÓN. En pacientes gestantes con diagnóstico de infección genital causada por *Chlamydia trachomatis*, es posible que la Amoxicilina 500 mg cada 8 horas por 7 días vía oral dosis única sea igual de efectiva en cuanto a cura microbiológica a las 4 semanas con respecto al tratamiento con Eritromicina 500 mg cada 6 horas por 7 días. Sin embargo existen diferencias significativas en cuanto a eventos gastrointestinales lo cual soporta la recomendación de tratar con Amoxicilina.

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-09-24

Question: Should Clindamycin vs Erythromycin be used in Pregnant women?

Settings: Primary care

Bibliography: Brocklehurst P, Rooney G. Interventions for treating genital chlamydia trachomatis infection in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 4.

Art. No.: CD000054. DOI: 10.1002/14651858.CD000054.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Clindamycin 600 mg three times a day for 10 days	Erythromycin	Relative (95% CI)	Absolute		
Failure to achieve microbiological cure (Copy) (follow-up 2 / 4 weeks; assessed with: CT microbiological test¹)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	3/41 (7.3%)	6/37 (16.2%)	OR 0.42 (0.11 to 1.68)	87 fewer per 1000 (from 141 fewer to 83 more)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								6.66%		38 fewer per 1000 (from 59 fewer to 40 more)		
								27.7%		138 fewer per 1000 (from 237 fewer to 115 more)		
Side effects sufficient to stop treatment (Copy) (follow-up 2 / 4 weeks; assessed with: Symptoms reported by patients)												
2	Randomised trials	No serious risk of bias ²	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁴	None	4/94 (4.3%)	10/93 (10.8%)	OR 0.40 (0.13 to 1.18)	62 fewer per 1000 (from 92 fewer to 17 more)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL
								0%		-		
								18%		99 fewer per 1000 (from 152 fewer to 26 more)		

¹ 'Microbiological cure' is used in these trials as an alternative to eradication of infection. It varies from study to study, in some of them a culture from pathogen is performed, in other cases they use DNA tests.

² The authors assessed the methodological quality for each included trial using a simple checklist, which included whether the allocated treatment was adequately concealed and the proportion of women lost to follow up. Overall, the quality of the trials was good. Four of the eleven included trials were double blind and all trials reported losses to follow up. The description of the interventions was good (with the exception of Martin 1997) and the main outcome of all the trials was well described in most. The process by which the

interventions were randomly assigned was not well specified in two of the trials, although both papers stated that the allocation was random and both of these trials were double blind.

³ The effectiveness outcome is not appropriate for syndromic management. However is a proxy of clinical betterness.

⁴ OR 2.14 IC 95% 0.41 - 11.01, too wide confidence intervals, sample size 10 patients.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>En la revisión sistemática de Brocklehurst (2009) se incluyeron 11 ECA's que comparaban placebo o no tratamiento con esquemas antibióticos en mujeres gestantes con infección por CT. La revisión encontró 11 ECA's con un total de 1449 mujeres, reportan que la calidad general de los estudios fue buena. Se incluyeron estudios de mujeres con diagnóstico de infección genital por CT (asintomática o sintomática), independientemente de la semana de gestación. Para evaluar la calidad metodológica de cada estudio incluido evaluaron la asignación aleatoria y las pérdidas al seguimiento. Cuatro de los 11 ECA's fueron doble ciego, y solo cuatro reportaron un método válido de ocultamiento de la asignación.</p> <p>Todos los estudios evaluaron la cura microbiológica y ninguno la eventos adversos en el neonato. Reportan que ninguno de los estudios fue lo suficientemente grande para evaluar los eventos adversos.</p> <p>La Clindamicina (600 mg tres veces al día por 10 días) parece ser igual de efectiva a la eritromicina en cuanto a cura microbiológica (OR 0.40 IC 95% 0.13 – 1.18). Los autores señalan que los estudios de Clindamicina parecen ser efectivos aunque los tamaños de muestra de los estudios son pequeños.</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	<p>Se evaluaron los eventos adversos que eran suficientes para suspender el tratamiento, los mas frecuentes fueron los gastrointestinales, La clindamicina se asoció a 4 eventos y la amoxicilina a 2 (n total del estudio 107). OR 2.14 IC 95% 0.41 – 11.01.</p>
COMENTARIOS	<p>La GPC del CC de 2010 señala que a todas las mujeres gestantes se les debe realizar tamización de rutina para CT, igualmente a mujeres menores a 25 años con factores de riesgo para infección por CT deberían ser evaluadas nuevamente durante el tercer trimestre con el fin de prevenir complicaciones maternas en el puerperio así como infección por CT en el neonato. Este mismo documento recomienda la administración de Azitromicina 1 g DU o Amoxicilina 500 mg c/8 horas por 7 días para el tratamiento de la infección por CT y la Eritromicina la recomienda como régimen alternativo. La guía de la OMS 2005 recomienda Eritromicina o Amoxicilina argumentando que el uso de Azitromicina aún no es seguro por falta de estudios con tamaño de muestra suficiente.</p>

INTERVENCION	CLINDAMICINA 600 MG TRES VECES AL DÍA POR 10 DÍAS
Cura microbiológica a las 3 semanas	
El porcentaje de pacientes con infección antenatal por CT tratados con Amoxicilina en los cuales se identifica falla microbiológica con el tratamiento al cabo de un seguimiento de 3 semanas en promedio, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratados con Eritromicina. Prevalencias de 8.54% y 14.65% respectivamente, OR0.40 IC 95% 0.13 – 1.18, p=0.096.	
<i>Calidad de evidencia moderada</i>	
Presentación de eventos adversos gastrointestinales	
La incidencia de eventos adversos gastrointestinales en pacientes gestantes con infección por CT tratadas con Clindamicina no presenta diferencias estadísticamente significativas en comparación con pacientes que reciben un tratamiento con Eritromicina. OR agrupado OR 2.14 IC 95% 0.41 – 11.01, p=0.36.	
<i>Calidad de evidencia moderada</i>	

RECOMENDACIÓN: En pacientes gestantes o lactantes con infección cervical causada por *Chlamydia trachomatis* la Clindamicina y la Eritromicina son tratamientos efectivos en términos de cura microbiológica. No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a incidencia de eventos adversos.

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-09-25

Question: Should Azithromycin vs Erythromycin be used in Pregnant women?

Settings: Primary care

Bibliography: Brocklehurst P, Rooney G. Interventions for treating genital chlamydia trachomatis infection in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 4. Art. No.: CD000054. DOI: 10.1002/14651858.CD000054.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Azithromycin 1 g	Erythromycin	Relative (95% CI)	Absolute		
Failure to achieve microbiological cure (follow-up 2 / 4 weeks; assessed with: CT microbiological test¹)												
4	Randomised trials	Serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	11/145 (7.6%)	27/145 (18.6%)	OR 0.38 (0.19 to 0.74)	106 fewer per 1000 (from 41 fewer to 145 fewer)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								6.66%		40 fewer per 1000 (from 16 fewer to 53 fewer)		
								27.7%		150 fewer per 1000 (from 56 fewer to 209 fewer)		
Side effects sufficient to stop treatment (follow-up 2 / 4 weeks; assessed with: Symptoms reported by patients)												
3	Randomised trials	Serious ^{2,4}	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	1/80 (1.3%)	13/80 (16.3%)	OR 0.15 (0.05 to 0.45)	134 fewer per 1000 (from 82 fewer to 153 fewer)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								0%		-		
								18%		148 fewer per 1000 (from 90 fewer to 169 fewer)		

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Azithromycin 1 g	Erythromycin	Relative (95% CI)	Absolute		
Fetal anomalies (follow-up 2 / 4 weeks; assessed with: Clinical evaluation¹)												
1	Randomised trials	Serious ⁵	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	1/65 (1.5%)	1/65 (1.5%)	OR 1 (0.06 to 16.16)	0 fewer per 1000 (from 14 fewer to 186 more)	⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								5%		0 fewer per 1000 (from 47 fewer to 410 more)		
								18%		0 fewer per 1000 (from 167 fewer to 600 more)		

¹ 'Microbiological cure' is used in these trials as an alternative to eradication of infection. It varies from study to study, in some of them a culture from pathogen is performed, in other cases they uses DNA tests.

² None of studies was blinded, also 2 of them (n=4) had unclear allocation concealment.

³ The effectiveness outcome is not appropriate for syndromic management. However is a proxy of clinical betterness.

⁴ The authors assessed the methodological quality for each included trial using a simple checklist, which included whether the allocated treatment was adequately concealed and the proportion of women lost to follow up. Overall, the quality of the trials was good. Four of the eleven included trials were double blind and all trials reported losses to follow up. The description of the interventions was good (with the exception of Martin 1997) and the main outcome of all the trials was well described in most. The process by which the interventions were randomly assigned was not well specified in two of the trials, although both papers stated that the allocation was random and both of these trials were double blind.

⁵ Non blinded, no allocation concealment.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>En la revisión sistemática de Brocklehurst (2009) se incluyeron 11 ECA's que comparaban placebo o no tratamiento con esquemas antibióticos en mujeres gestantes con infección por CT. La revisión encontró 11 ECA's con un total de 1449 mujeres, reportan que la calidad general de los estudios fue buena. Se incluyeron estudios de mujeres con diagnóstico de infección genital por CT (asintomática o sintomática), independientemente de la semana de gestación. Para evaluar la calidad metodológica de cada estudio incluido evaluaron la asignación aleatoria y las pérdidas al seguimiento. Cuatro de los 11 ECA's fueron doble ciego, y solo cuatro reportaron un método válido de ocultamiento de la asignación.</p> <p>Todos los estudios evaluaron la cura microbiológica y ninguno los eventos adversos en el neonato. Reportan que ninguno de los estudios fue lo suficientemente grande para evaluar los eventos adversos.</p> <p>Para la comparación Azitromicina – Eritromicina, cada grupo de tratamiento se componía de 145 mujeres, 9 de ellas</p>

	<p>presentaron falla en el grupo de Azitromicina y 27 en el grupo Eritromicina.</p> <p>La Azitromicina 1 gramo DU parece ser más efectiva comparada con la eritromicina en cuanto cura microbiológica (OR calculado de falla microbiológica 0.38 IC 95% 0.19 – 0.74). Los autores señalan que los estudios de Azitromicina parecen ser efectivos aunque los tamaños de muestra de los estudios son pequeños.</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	<p>Se evaluaron los eventos adversos que eran suficientes para suspender el tratamiento, los mas frecuentes fueron los gastrointestinales, La Azitromicina se asoció a 1 evento y la eritromicina a 10 (n en cada brazo: 80 pacientes). OR 0.15 IC 95% 0.05 – 0.45.</p>
COMENTARIOS	<p>La GPC del CC de 2010 señala que a todas las mujeres gestantes se les debe realizar tamización de rutina para CT, igualmente a mujeres menores a 25 años con factores de riesgo para infección por CT deberían ser evaluadas nuevamente durante el tercer trimestre con el fin de prevenir complicaciones maternas en el puerperio así como infección por CT en el neonato. Este mismo documento recomienda la administración de Azitromicina 1 g DU o Amoxicilina 500 mg c/8 horas por 7 días para el tratamiento de la infección por CT y la Eritromicina la recomienda como régimen alternativo. La guía de la OMS 2005 recomienda Eritromicina o Amoxicilina argumentando que el uso de Azitromicina aún no es seguro por falta de estudios con tamaño de muestra suficiente.</p>

INTERVENCION	AZITROMICINA 1 GRAMO DOSIS ÚNICA
Falla microbiológica a las 3 semanas	
<p>El porcentaje de pacientes con infección antenatal por CT tratados con Azitromicina en las cuales se identifica falla microbiológica con el tratamiento al cabo de un seguimiento de 3 semanas en promedio, difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratados con Eritromicina. Prevalencias de 7.6% y 18.6% respectivamente, OR 0.38 IC 95% 0.19 – 0.74, p=0.0050.</p>	
<i>Calidad de evidencia baja</i>	
Presentación de eventos adversos gastrointestinales	
<p>La incidencia de eventos adversos gastrointestinales en pacientes gestantes con infección por CT tratadas con Azitromicina presenta diferencias estadísticamente significativas en comparación con pacientes que reciben un tratamiento con Eritromicina. Prevalencias 1.3% y 16.3% respectivamente. OR agrupado 0.15 IC 95% 0.05 – 0.45, p=0.00075</p>	
<i>Calidad de evidencia baja</i>	

Anomalías fetales
La incidencia de anomalías fetales en neonatos de embarazos con infección por CT tratados con Azitromicina no presenta diferencias estadísticamente significativas en comparación con pacientes que reciben un tratamiento con Eritromicina. Prevalencias de 1.53% en los dos grupos (solo un caso). OR agrupado 1.00 IC 95% 0.06 – 16.16.
<i>Calidad de evidencia baja</i>

RECOMENDACIÓN: En pacientes gestantes o lactantes con infección cervical causada por *Chlamydia trachomatis* la Azitromicina y la Eritromicina son tratamientos efectivos en términos de cura microbiológica. Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a incidencia de eventos adversos lo cual favorece la recomendación de tratamiento con Azitromicina. No se encontraron diferencias en la presentación de anomalías fetales derivadas de los tratamientos, aunque solo un estudio evaluó este desenlace y el tamaño de muestra fue de 65 neonatos en cada grupo.

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-09-08

Question: Should Azithromycin 1 g one dose vs Erythromycin 500 mg p.o three times a day for 7 days be used in Pregnant women with asymptomatic infection by Chlamydia trachomatis?¹

Settings: Primary care

Bibliography: Pitsouni E, Iavazzo C, Athanasiou S, Falagas M. Single-dose azithromycin versus erythromycin or amoxicillin for Chlamydia trachomatis infection during pregnancy: a meta-analysis of randomised controlled trials

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Azithromycin 1 g one dose	Erythromycin 500 mg p.o three times a day for 7 days	Relative (95% CI)	Absolute		
Treatment success (follow-up 2-6 weeks; assessed with: Negative cultures ²)												
4	Randomised trials ³	Serious ⁴	No serious inconsistency ⁵	Serious ⁶	Serious ⁷	None ⁸	95/102 (93.1%)	88/98 (89.8%)	OR 1.46 (0.56 to 3.78)	3 more per 100 (from 7 fewer to 7 more)	⊕000 VERY LOW	IMPORTANT
								72%		7 more per 100 (from 13 fewer to 19 more)		
								94%		2 more per 100 (from 4 fewer to 4 more)		
Gastrointestinal adverse events (follow-up 2-6 weeks; assessed with: Symptoms reported by patient⁹)												
6	Randomised trials	Serious ⁴	No serious inconsistency ⁵	No serious indirectness ⁶	Serious ⁷	Reporting bias ⁸	21/142 (14.8%)	92/144 (63.9%)	OR 0.11 (0.07 to 0.18)	48 fewer per 100 (from 40 fewer to 53 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
								45%		37 fewer per 100 (from 32 fewer to 40 fewer)		
								100%		-		

¹ Diagnosis of *C. trachomatis* infection was based on positive cultures for *C. trachomatis* obtained from pregnant women at the first prenatal visit and at the early third trimester in a routinely screened fashion. All pregnant women were free of symptoms.

- ² Treatment success was defined as negative cultures for *C. trachomatis* DNA obtained 2–6 weeks after completion of therapy at a test-of-cure visit.
- ³ From the remaining nine RCTs, eight were finally included in the meta-analysis. Seven RCTs were published articles, whilst one RCT was an abstract from a clinical conference.
- ⁴ The reviewers independently evaluated the methodological quality of each RCT using a modified Jadad score. The mean quality score of the included RCTs was 3.25 (range 2–4). Three of the four studies that reported this outcome had a Jadad’s quality score of 4 and one had a score of 2. The authors didn’t mention the arguments underneath scores.
- ⁵ The reviewers did not mentioned the result of homogeneity test. However, they did make the calculation for random and fixed effect models.
- ⁶ The reviewers separate the outcomes by drug regimen. The treatments are the same among the studies and the treatment success was evaluated by CT negative cultures in all the studies. This outcome is proxy for clinical betterness
- ⁷ Treatment success of azithromycin compared with erythromycin in the ITT population did not differ (293 patients, random-effect model (REM), odds ratio (OR) = 2.66, 95% confidence interval (CI) 0.69–10.29, data from four RCTs. In the CE population, treatment success of azithromycin compared with erythromycin also did not differ (200 patients, fixed-effect model (FEM), OR= 1.46, 95% CI 0.56–3.78, data from four RCTs.
- ⁸ They stated: "No publication bias was detected in any analysis presented in the review". However, they didnt present any method of publication bias assesment.
- ⁹ Adverse events consisted of gastrointestinal adverse events (vomiting, nausea, anorexia, abdominal pain and diarrhoea) and other adverse events (rash, pruritus, cramping and dizziness).

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-09-08

Question: Should Azithromycin 1 g one dose vs Erythromycin 500 mg p.o three times a day for 7 days OR Amoxicillin 500 four times a day for seven days be used in Pregnant women with asymptomatic infection by Chlamydia trachomatis?¹

Settings: Primary care

Bibliography: Pitsouni E, Iavazzo C, Athanasiou S, Falagas M. Single-dose azithromycin versus erythromycin or amoxicillin for Chlamydia trachomatis infection during pregnancy: a meta-analysis of randomised controlled trials

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Azithromycin 1 g one dose	Erythromycin 500 mg p.o three times a day for 7 days OR Amoxicillin 500 four times a day for	Relative (95% CI)	Absolute		
Treatment success (follow-up 2-6 weeks; assessed with: Negative cultures ²)												
7	Randomised trials ³	Serious ⁴	No serious inconsistency ⁵	Serious ⁶	Serious ⁷	None ⁸	146/176 (83%)	132/168 (78.6%)	OR 1.45 (0.82 to 2.57)	6 more per 100 (from 4 fewer to 12 more)	⊕○○○ VERY LOW	IMPORTANT
								58%		9 more per 100 (from 5 fewer to 20 more)		
								949%		100 more per 100 (from 100 fewer to 100 more)		
Gastrointestinal adverse events (follow-up 2-6 weeks; assessed with: Symptoms reported by patient⁹)												
7	Randomised trials	Serious ¹⁰	No serious inconsistency ⁵	No serious indirectness ⁶	Serious ⁷	Reporting bias ⁸	40/211 (19%)	122/201 (60.7%)	OR 0.16 (0.07 to 0.4)	41 fewer per 100 (from 23 fewer to 51 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								45%		33 fewer per 100 (from 20 fewer to 40 fewer)		

								100%		-		
--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	---	--	--

¹ Diagnosis of *C. trachomatis* infection was based on positive cultures for *C. trachomatis* obtained from pregnant women at the first prenatal visit and at the early third trimester in a routinely screened fashion. All pregnant women were free of symptoms.

² Treatment success was defined as negative cultures for *C. trachomatis* DNA obtained 2–6 weeks after completion of therapy at a test-of-cure visit.

³ From the remaining nine RCTs, eight were finally included in the meta-analysis. Seven RCTs were published articles, whilst one RCT was an abstract from a clinical conference.

⁴ The reviewers independently evaluated the methodological quality of each RCT using a modified Jadad score. The mean quality score of the included RCTs was 3.25 (range 2-4). Six of the seven studies that reported this outcome had a Jadad's quality score of 4 and one had a score of 2. The authors didn't mention the arguments underneath scores.

⁵ The reviewers did not mentioned the result of homogeneity test. However, they did make the calculation for random and fixed effect models.

⁶ The reviewers separate the outcomes by drug regimen. The treatments are the same among the studies and the treatment success was evaluated by CT negative cultures in all the studies. This outcome is proxy for clinical betterness

⁷ Treatment success of azithromycin compared with erythromycin in the ITT population did not differ (293 patients, random-effect model (REM), odds ratio (OR) = 2.66, 95% confidence interval (CI) 0.69–10.29, data from four RCTs. In the CE population, treatment success of azithromycin compared with erythromycin also did not differ (200 patients, fixed-effect model (FEM), OR= 1.46, 95% CI 0.56–3.78, data from 4 RCTs.

⁸ They stated: "No publication bias was detected in any analysis presented in the review". However, they didn't present any method of publication bias assessment.

⁹ Adverse events consisted of gastrointestinal adverse events (vomiting, nausea, anorexia, abdominal pain and diarrhoea) and other adverse events (rash, pruritus, cramping and dizziness).

¹⁰ The reviewers independently evaluated the methodological quality of each RCT using a modified Jadad score. The mean quality score of the included RCTs was 3.25 (range 2–4). The quality score of five RCTs was 4, whilst the quality score of three RCTs was 2.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>En la revisión sistemática de Pitsouni (2007) se compararon datos de la efectividad y la seguridad de la Azitromicina con los de Eritromicina y la Amoxicilina para el tratamiento de infección genital asintomática por CT en mujeres gestantes. Realizaron la búsqueda en Scopus y Pubmed, el análisis se enfocó en la comparación Azitromicina – Eritromicina y un análisis secundario comparó la Azitromicina con Eritromicina o Amoxicilina. Incluyeron 8 ECA's que estudiaron 587 mujeres gestantes con diagnóstico microbiológico de CT. La calidad de los artículos se evaluó utilizando la escala de Jadad, el promedio de puntajes fue de 3.25 (5 ECA's= 4, 3 ECA's= 2). Los autores calcularon los OR agrupados con un modelo de efectos aleatorios, no reportan cálculo de heterogeneidad entre los resultados de los estudios.</p> <p>El éxito del tratamiento fue definido por cultivo negativo de la bacteria en un rango de tiempo de 2 – 6 semanas post-tratamiento.</p> <p>No encontraron diferencias en la efectividad del tratamiento medido como cura microbiológica por ITT entre Azitromicina y Eritromicina (OR agrupado = 2.66, IC 95% 0.69–10.29) o como efectividad clínica OR = 1.46, IC 95% 0.56–3.78) así como menor abandono del tratamiento, (OR = 0.12, 95% CI 0.04–0.37) y mayor comodidad con el mismo (OR = 23.7, IC 95% 9.34–60.14) comparado con la Eritromicina.</p> <p>Los autores de esta revisión comentan que debe considerarse el costo de la Azitromicina ya que es de 3 a 5 veces más</p>

	costosa que la eritromicina y/o el tratamiento con Amoxicilina.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	Se evaluaron los eventos adversos gastrointestinales (emesis, náuseas, anorexia, dolor abdominal o diarrea), Azitromicina se asoció con menor incidencia de los mismos OR = 0.11, IC 95% 0.07–0.18). Se evaluaron los eventos adversos de todo tipo (rash, prurito, calambres y mareo), Azitromicina se asoció con menor incidencia de los mismos OR = 0.11, IC 95% 0.07–0.18).
COMENTARIOS	La GPC del CC de 2010 señala que a todas las mujeres gestantes se les debe realizar tamización de rutina para CT, igualmente a mujeres menores a 25 años con factores de riesgo para infección por CT deberían ser evaluadas nuevamente durante el tercer trimestre con el fin de prevenir complicaciones maternas en el puerperio así como infección por CT en el neonato. Este mismo documento recomienda la administración de Azitromicina 1 g DU o Amoxicilina 500 mg c/8 horas por 7 días para el tratamiento de la infección por CT y la Eritromicina la recomienda como régimen alternativo. La guía de la OMS 2005 recomienda Eritromicina o Amoxicilina argumentando que el uso de Azitromicina aún no es seguro por falta de estudios con tamaño de muestra suficiente.

INTERVENCION	AZITROMICINA 1 GRAMO DOSIS ÚNICA
Tratamiento exitoso a las 3.1 semanas	
<p>El porcentaje de pacientes con infección antenatal por CT tratados con Azitromicina en las cuales se identifica un tratamiento exitoso (cura microbiológica) al cabo de un seguimiento de 3.1 semanas en promedio, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratados con Eritromicina. Prevalencias de 93.1% y 89.8% respectivamente, OR 1.46 IC 95% (0.56 - 3.78).</p> <p>Cuando la intervención se compara con Eritromicina o Amoxicilina se identifica un tratamiento exitoso (cura microbiológica) al cabo de un seguimiento de 3.1 semanas en promedio, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratados con Eritromicina. Prevalencias de 83% y 78.6% respectivamente, OR 1.45 IC 95% (0.82 - 2.57)</p>	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	
Presentación de eventos adversos gastrointestinales	
<p>La incidencia de eventos adversos gastrointestinales en pacientes gestantes con infección por CT tratadas con Azitromicina presenta diferencias estadísticamente significativas en comparación con pacientes que reciben un tratamiento con Eritromicina. Prevalencias 14.8% y 63.9% respectivamente. OR 0.11 (0.07 - 0.18).</p> <p>Cuando este mismo desenlace se compara con Eritromicina o Amoxicilina se encuentra que la incidencia de eventos adversos gastrointestinales en pacientes gestantes con infección por CT tratadas con Azitromicina presenta diferencias estadísticamente significativas en comparación con pacientes que reciben un tratamiento con Eritromicina. Prevalencias 19% y 60.7% respectivamente OR 0.16 (0.07 to 0.4)</p>	

RECOMENDACIÓN: En pacientes gestantes o lactantes con infección cervical causada por *Chlamydia trachomatis* la Azitromicina y la Eritromicina son tratamientos efectivos en términos de cura microbiológica, sin embargo no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la efectividad del tratamiento. Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a incidencia de eventos adversos lo cual favorece la recomendación de tratamiento con Azitromicina.

2. ¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro en pacientes embarazadas o lactantes del síndrome de infección cervical producidas por *Neisseria gonorrhoeae*?

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-10-19

Question: Should Penicillin (any dosage regimen, any agent, any route of administration) vs any other antibiotic agent (any dosage regimen, any agent, any route of administration) be used in Women of any age, at any stage of pregnancy with a diagnosis of genital infection by NG?¹

Settings: Primary care

Bibliography: Brocklehurst P. Antibiotics for gonorrhoea in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD000098. DOI: 10.1002/14651858.CD000098.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Penicillin (any dosage regimen, any agent, any route of administration)	Any other antibiotic agent (any dosage regimen, any agent, any route of administration)	Relative (95% CI)	Absolute		
Failure to achieve microbiological cure (follow-up 14 days; assessed with: Positive culture for NG)												
1	Randomised trials	Very serious ²	No serious inconsistency ³	No serious indirectness	Serious ²	None	9/84 (10.7%)	8/164 (4.9%)	OR 2.49 (0.88 to 7.02)	64 more per 1000 (from 6 fewer to 216 more)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL

¹ This antibiotic isn't included as comparator in the guidelines

² The confidence interval is too wide. The quality of the study is indoubt, no clear method of randomization, no blinding.

³ Is not possible to evaluate because there is only one study for this outcome

Author(s): Carol Paez Canro

Date: 2011-12-05

Question: Should Ceftriaxone vs Cefixime be used in Women of any age, at any stage of pregnancy with a diagnosis of genital infection by NG?

Settings: Primary care

Bibliography: Brocklehurst P. Antibiotics for gonorrhoea in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD000098. DOI: 10.1002/14651858.CD000098.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Ceftriaxone	Cefixime	Relative (95% CI)	Absolute		
Failure to achieve microbiological cure (follow-up 14 days; assessed with: Positive culture for NG)												
1	Randomised trials	Very serious ¹	No serious inconsistency ²	No serious indirectness	Serious ³	None	2/43 (4.7%)	2/52 (3.8%)	OR 1.22 (0.16 to 9.01)	8 more per 1000 (from 32 fewer to 226 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL

¹ The included studies didn't stated explicitly the allocation method, over 30% of losts at follow up and lack of blinding. Also, the author only searched in the Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register by contacting the Trials Search Co-ordinator. Is possible that the strategy used wasnt capable of detect all the articles pertinent for this review. The quality of evidence was assesed with a simple checklist.

² Is not possible to evaluate because there is only one study for this outcome

³The confidence interval is too wide.

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-10-20

Question: Should Amoxicillin and probenicidvsSpectinomycin be used in Women of any age, at any stage of pregnancy with a diagnosis of genital infection by NG?

Settings: Primary care

Bibliography: Brocklehurst P. Antibiotics for gonorrhoea in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD000098. DOI: 10.1002/14651858.CD000098.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Amoxicillin and probenicid	Spectinomy cin	Relative (95% CI)	Absolute		
Failure to achieve microbiological cure (follow-up 14 days; assessed with: Positive culture for NG)												
1	Randomised trials	Very serious ¹	No serious inconsistency ²	No serious indirectness	Serious ³	None	9/84 (10.7%)	4/84 (4.8%)	OR 2.29 (0.74 to 7.08)	55 more per 1000 (from 12 fewer to 214 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL

¹ The included studies didn't stated explicitly the allocation method, over 30% of losts at follow up and lack of blinding. Also, the author only searched in the Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register by contacting the Trials Search Co-ordinator. Is possible that the strategy used wasnt capable of detect all the articles pertinent for this review. The quality of evidence was assesed with a simple checklist.

² Is not possible to evaluate because there is only one study for this outcome

³The confidence interval is too wide.

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-12-17

Question: Should Amoxicillin and probenecidvsCeftriaxone be used in Women of any age, at any stage of pregnancy with a diagnosis of genital infection by NG?

Settings: Primary care

Bibliography: Brocklehurst P. Antibiotics for gonorrhoea in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD000098. DOI: 10.1002/14651858.CD000098.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Amoxicillin and probenicid	Ceftriaxone	Relative (95% CI)	Absolute		
Failure to achieve microbiological cure (follow-up 14 days; assessed with: Positive culture for NG)												
1	Randomised trials	Very serious ¹	No serious inconsistency ²	No serious indirectness	Serious ³	None	9/84 (10.7%)	4/84 (4.8%)	OR 2.29 (0.74 to 7.08)	55 more per 1000 (from 12 fewer to 214 more)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL

¹ The included studies didn't stated explicitly the allocation method, over 30% of losts at follow up and lack of blinding. Also, the author only searched in the Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register by contacting the Trials Search Co-ordinator. Is possible that the strategy used wasnt capable of detect all the articles pertinent for this review. The quality of evidence was assesed with a simple checklist. The author did not reported the adverse events in newborns that appeared at Ramus study.

² Is not possible to evaluate because there is only one study for this outcome.

³ The confidence interval is too wide.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	En la revisión sistemática de Brocklehurst (2009) se evalúan los efectos de varios esquemas de tratamiento para la infección genital por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> en pacientes gestantes con respecto a la morbilidad materna y neonatal. Realizaron la búsqueda en el "Cochrane Pregnancy and ChildbirthGroup'sTrialsRegister", seleccionaron ECA's que incluyeran tratamiento antibiótico para la infección gonocócica confirmada por cultivo. Los ECA's se seleccionaron y evaluaron por un solo autor quien escogió dos ECA's con 346 mujeres incluidas. Las fallas en la cura microbiológica fueron similares en todos los esquemas de tratamiento: Amoxicilina mas probenecid comparados con Espectinomicina (Peto OR

	2.29, IC 95% (0.74 - 7.08)) y Ceftriaxona comparado con Cefixime (Peto OR 1.22, IC 95% (0.16 - 9.01)) y Amoxicilina mas probenecidcomparadocon Ceftriaxona (Peto OR 2.29, IC 95% (0.74 - 7.08)). El autor señala que los tamaños de muestra son insuficientes por lo tanto es posible que esto haya dificultado la detección de diferencias en la efectividad de los tratamientos aunque asegura que la revisión confirma la posibilidad de utilizar Ceftriaxona o Cefixime en mujeres alérgicas a la penicilina, con una efectivida similar en cuanto a cura microbiológica.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	De los dos estudios incluidos en la revisión, solo uno (Cavenee 1993) reportó un caso de suspensión del tratamiento por eventos adversos asociados al medicamento.
COMENTARIOS	La GPC del CC de 2010 señala que a todas las mujeres gestantes que procedan de un área con alta prevalencia de infección por NG se les debe realizar tamización de rutina para esta bacteria en la primera consulta prenatal, igualmente a mujeres menores a 25 años con factores de riesgo para infección por NG deberían ser evaluadas nuevamente durante el tercer trimestre. Recomiendan tratamiento dual para NG y CT teniendo en cuenta la coinfección en la mayoría de los casos. Este mismo documento recomienda la administración de Ceftriaxona 250 mg IM dosis única O Cefixime 400 mg VO dosis única u otra cefalosporina en dosis única, acompañado de tratamiento con Azitromicina 1 g VO DU para la infección por CT. Señala que la Especitnomicina ha demostrado ser efectiva en el 92% de los casos, pero que esta opción es costosa y no está disponible en Estados Unidos pero que es una opción en pacientes que no toleran las cefalosporinas.

INTERVENCION	OPCIONES DE TRATAMIENTO CERVICITIS POR NG
Fallamicrobiológica a las 2 semanas. Penicilina Vs otro antibiótico	
El porcentaje de pacientes gestantes con infección genital causada por NG tratadas con cualquier penicilina en las cuales se identifica falla microbiológica con el tratamiento al cabo de un seguimiento de 2 semanas en promedio, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratadas con cualquier otro antibiótico. Prevalencias de 10.7% y 4.9% respectivamente, OR2.49 IC 95% 0.88 – 7.02.	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	
Fallamicrobiológica a las 2 semanas. Ceftriaxona Vs Cefixime	
El porcentaje de pacientes con infección genital causada por NG tratadas con Ceftriaxona <u>125</u> mg IM DU en las cuales se identifica falla microbiológica con el tratamiento al cabo de un seguimiento de 2 semanas en promedio, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratadas con Cefixime 400 mg VO DU. Prevalencias de 4.7% y 3.8% respectivamente, OR1.22 IC 95% 0.16 – 9.01.	
<i>Calidad de evidencia baja</i>	

Fallamicrobiológica a las 2 semanas. Amoxicilina más Probenecid Vs Espectinomicina

El porcentaje de pacientes con infección genital causada por NG tratadas con Amoxicilina más Probenecid en las cuales se identifica falla microbiológica con el tratamiento al cabo de un seguimiento de 2 semanas en promedio, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratadas con Espectinomicina. Prevalencias de 10.7% y 4.8% respectivamente, OR2.29 IC 95% 0.74 – 7.08.

Calidad de evidencia muy baja

Fallamicrobiológica a las 2 semanas. Amoxicilina más Probenecid Vs Ceftriaxona

El porcentaje de pacientes con infección genital causada por NG tratadas con Amoxicilina más Probenecid en las cuales se identifica falla microbiológica con el tratamiento al cabo de un seguimiento de 2 semanas en promedio, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratadas con Ceftriaxona 125 mg IM DU. Prevalencias de 10.7% y 4.8% respectivamente, OR2.29 IC 95% 0.74 – 7.08.

Calidad de evidencia muy baja

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-12-01

Question: Should Cefixime 400 mg orally vs Ceftriaxone 125 mg intramuscularly be used in Pregnant women with positive culture for NG?

Settings: Primary care

Bibliography: Ramus RM, Sheffield JS, Mayfield JA, Wendel GD Jr. A randomized trial that compared oral cefixime and intramuscular ceftriaxone for the treatment of gonorrhoea in pregnancy. *Am J ObstetGynecol.* 2001 Sep;185(3):629-32.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Cefixime 400 mg orally	Ceftriaxone 125 mg intramuscularly	Relative (95% CI)	Absolute		
Microbiological cure (follow-up 4 - 10 days; assessed with: Positive post-treatment test)												
1	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	None	50/52 (96.2%)	41/43 (95.3%)	- ²	953 fewer per 1000 (from 953 fewer to 953 fewer)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
Adverse effects in the newborn (follow-up 4 - 10 days; assessed with: Bilirubin serum levels³)												
1	Randomised trials	Serious ^{1,4}	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	None	0/62 (0%)	5/60 (8.3%)	- ²	83 fewer per 1000 (from 83 fewer to 83 fewer)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL

¹ Randomization made by random number table. Informed consent was obtained, and the women were assigned for randomization to 1 of 2 treatment regimens (ceftriaxone 125 mg intramuscularly or cefixime 400 mg orally), which were unblinded with the use of a random number table.

² The authors did not calculate any effect measure or confidence intervals. They only reported relative frequencies of cured cases. According to the OR calculation from Brocklehurst's review, the confidence intervals are too wide (OR 1.22 IC 95% 0.16 - 9.01). Small sample size (52 in each arm of treatment).

³ The medical records of all infants of the study participants were reviewed.

⁴ Information bias due to previous medical records used to assess the adverse effects in newborns.

RECOMENDACIÓN: En pacientes gestantes o lactantes con infección cervical causada por *Neisseria gonorrhoeae* Amoxicilina más Probenecid, Ceftriaxona, Cefixime y Espectinomicina son tratamientos efectivos en términos de cura microbiológica, sin embargo no existen diferencias estadísticamente significativas este desenlace. El tratamiento con Ceftriaxona 125 mg IM DU se asocia con mayor número de eventos adversos en los neonatos, particularmente hiperbilirrubinemia.

Pregunta No 15

Guía: ITS/ITG

Grupo temático: INFECCIÓN CERVICAL

¿CUÁL ES EL MANEJO DE INFECCIÓN CERVICAL PERSISTENTE O RECURRENTE?

Población	Intervención	comparación	Desenlaces en orden de importancia
Paciente con Infección cervical por Chlamydia trachomatis y/o Neisseria gonorrhoeae persistente o recurrente	Ceftriaxona o Cefixime o Levofloxacin o Ofloxacin o Espectinomycin	Ciprofloxacina	Mejoría clínica reportada por el paciente – cura microbiológica
	Azitromicina o Amoxicilina o Ofloxacin o Eritromicina o Tetraciclina o Levofloxacin o	Doxiciclina	Reacciones adversas
			Recurrencia

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-11-25

Question: Should Azythromicin 1 gram only dose with empty stomach vs Doxycycline 100 mg twice daily for seven days be used in Women with nongonococcal cervical infection?¹

Settings: Primary care

Bibliography: 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. Epub 2005 Mar 19

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Azythromicin 1 gram only dose with empty stomach	Doxycycline 100 mg twice daily for seven days	Relative (95% CI)	Absolute		
Erradication rate (follow-up 10 days; assessed with: Immunoassay²)												
1	Randomised trials	Serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁴	None	36/41 (87.8%)	37/40 (92.5%)	-	925 fewer per 1000 (from 925 fewer to 925 fewer)	⊕⊕○○ LOW	CRITICAL
Recurrence (follow-up 10 days; assessed with: Retest at 10th day⁵)												
1	Randomised trials	Serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁴	None	5/41 (12.2%)	3/40 (7.5%)	- ⁶	75 fewer per 1000 (from 75 fewer to 75 fewer)	⊕⊕○○ LOW	CRITICAL

¹ Chlamydia trachomatis (CT), Ureaplasma urealyticum (UU) and Mycoplasma hominis (MH)

²Immunoessays of endocervical secretions. The chlamydial assays were obtained by an optical immunoassay for the detection of CT CHLAMYFAST TEST. The Biostar Chlamydia optical immunoassay (OIA) (Biostar, Inc., Boulder, CO, USA.) is an OIA that provides test results in less than 30 min and uses a test format, which allows office-based testing. The sensitivity of this test for Chlamydia is 73.8%. Urogenital MH and UU diagnoses were performed by the MYCOFAST TEST.

³ The randomization and allocation method was poorly described, The baseline characteristics of the groups didn't showed significant differences.

⁴Uncertainty of the results because of small sample size.

⁵ The authors did not clarify the way they diagnose recurrence

⁶The authors only described proportions. They did not calculate any measure of association

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	El ECA de Guven et al (2004) tenía por objeto comparar el efecto terapéutico del tratamiento con Azitromicina 1 g DU versus Doxiciclina 100 mg c/12 horas por 7 días en mujeres que acudieron por diferentes síntomas, que los autores no aclaran, y que fueron positivas para CT, <i>Ureaplasma urealyticum</i> (UU) y/o <i>Mycoplasma hominis</i> (MH) según ensayos inmunoenzimáticos. De las 533 mujeres inicialmente estudiadas, solo 81 fueron positivas para algún patógeno de los mencionados. Fueron asignadas aleatoriamente (los autores no reportan el método) a cada tratamiento. Reportan recurrencia a los 10 días de tratamiento de 12.2% y 7.5% en los grupos de Azitromicina y Doxiciclina respectivamente, resultados sin diferencia estadísticamente significativa.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	Los eventos adversos no fueron evaluados en este ensayo clínico.
COMENTARIOS	La guía de la OMS del 2005 y la GPC del CDC del 2010 anotan que la Azitromicina y la doxiciclina son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por CT, pero que se debe tener en cuenta las infecciones por <i>Mycobacterium genitalium</i> las cuales responden mejor a la Azitromicina. Este mismo documento señala que la mayoría de casos de cervicitis persistente o recurrente se debe a otros factores diferentes a reinfección por CT o NG, tales como duchas vaginales, anormalidad persistente en la flora vaginal, exposición a agentes irritantes o inflamación idiopática en la zona de ectopia cervical.

INTERVENCION	AZITROMICINA 1 GRAMO DOSIS UNICA
Recurrencia a las 2 semanas	
El porcentaje de pacientes con diagnóstico etiológico de infección genital por CT tratados con Azitromicina en los cuales se identifica recurrencia al cabo de un seguimiento de 2 semanas, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratados con Doxiciclina. Incidencias de 12.5% y 7.5% respectivamente, los autores no aportan datos estadísticos para apoyar la no diferencia significativa.	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	

RECOMENDACIÓN: La Doxiciclina y la Azitromicina son efectivas para evitar la recurrencia de la infección por CT a las 2 semanas de tratamiento, sin embargo es posible que la Azitromicina sea más efectiva pero la calidad de la evidencia es baja.

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-12-12

Question: Should Ceftriaxone 500 mg I/V vs Spectinomycin 2 gm I/M be used in Women and men with infection by NG?

Settings: Primary care

Bibliography: Shams-ur-Rehman, Khan A, Amanullah, Akhter K. Clinical efficacy of the various drugs used in the treatment of gonorrhoeae. J AyubMedCollAbbottabad. 2009 Oct-Dec;21(4):28-30

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Ceftriaxone 500 mg I/V	Spectinomycin 2 gm I/M	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical efficacy (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations¹)												
1	Randomised trials	Very serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	90/100 (90%)	94/100 (94%)	- ⁴	940 fewer per 1000 (from 940 fewer to 940 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
Persistence (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations¹)												
1	Randomised trials	Very serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	10/100 (10%)	6/100 (6%)	- ⁴	60 fewer per 1000 (from 60 fewer to 60 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL

¹ At follow up, urine microscopy, along with gram staining and microscopy of the prostatic fluid in males and vaginal secretion in females were carried out.

² Randomization, allocation and blinding methods poorly described. Differences between the groups not reported except by age, which was significantly different between the gender.

³ Indirect population because the results cannot be separate by syndrome and they pooled cervical infection with urethral discharge.

⁴ The authors only described proportions. They did not calculate any measure of association.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	En el ECA de Rehman et al (2009), se evaluó la cura microbiológica de pacientes de los dos sexos con signos y síntomas de uretritis o cervicitis, con diagnóstico etiológico positivo para NG. En total se estudiaron 300 pacientes de 14 a 55 años de edad, 229 mujeres y 71 hombres. Fueron asignados según un método de aleatorización pobremente descrito a uno de tres grupos de tratamiento: Ciprofloxacina 500 mg DU, Ceftriaxona 500 mg IV DU o Espectinomicina 2 gramos IM DU. La cura fue determinada por ausencia de síntomas y tinción de Gram más microscopía de fluido prostático o secreción vaginal. El porcentaje de persistencia reportado fue de 10% en el grupo Ceftriaxona y 6% en el grupo Espectinomicina los cuales no cuentan con análisis estadístico posterior. Los métodos de aleatorización, asignación y cegamiento son pobremente descritos, las diferencias entre los grupos no son reportadas excepto por edad y la diferencia de género fue estadísticamente significativa. La población fue analizada en conjunto, uniendo los resultados de mujeres hombres lo cual supone una limitación para extrapolar los resultados a los dos síndromes. Los autores solo describieron proporciones, no calcularon ninguna medida de asociación.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	Los eventos adversos no fueron evaluados en este ECA.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 anotan que la Ceftriaxona y Cefixime son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por NG, y constituyen la primera opción de tratamiento. En este mismo documento señalan que si bien es útil en personas que no toleran las cefalosporinas, es un medicamento costoso, inyectable y que no está disponible en Estados Unidos. Sin embargo, ha sido probada su efectividad en ECA anteriores reportando cura en el 98.2% de infecciones urogenitales y anorrectales causadas por NG. Sin embargo, otras Guías como la Canadiense del 2008 recomiendan el tratamiento con Espectinomicina como alternativo al uso de las cefalosporinas. Este mismo documento señala que la mayoría de casos de cervicitis persistente o recurrente se debe a otros factores diferentes a reinfección por CT o NG, tales como duchas vaginales, anormalidad persistente en la flora vaginal, exposición a agentes irritantes o inflamación idiopática en la zona de ectopia cervical.

INTERVENCION	CEFTRIAXONA 500 MG IV DOSIS ÚNICA
Persistencia	
El porcentaje de pacientes con diagnóstico uretritis o cervicitis causada por NG en los cuales se identifica persistencia de los síntomas al cabo de un seguimiento de 5 días fue de 10% en el grupo de Ceftriaxona y de 6% en el grupo tratado con Espectinomicina. Los autores no reportan análisis estadísticos realizados a estos datos.	

Calidad de evidencia muy baja

RECOMENDACIÓN: La Ceftriaxona y la Espectinomicina son efectivas para evitar la persistencia de la infección por NG a los 5 días de tratamiento, sin embargo es posible que la Espectinomicina se asocie con menor persistencia de la infección pero la calidad de la evidencia es muy baja.

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-11-25

Question: Should Ceftriaxone 500 mg I/V vs Ciprofloxacin 500 mg orally be used in Women and men with infection by NG?¹

Settings: Primary care

Bibliography: Shams-ur-Rehman, 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

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Ceftriaxone 500 mg I/V	Ciprofloxacin 500 mg orally	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical efficacy (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations²)												
1	Randomised trials	Very serious ³	No serious inconsistency	Serious ⁴	No serious imprecision	None	90/100 (90%)	80/100 (80%)	-.5	800 fewer per 1000 (from 800 fewer to 800 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
Persistence (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations²)												
1	Randomised trials	Very serious ³	No serious inconsistency	Serious ⁴	No serious imprecision	None	10/100 (10%)	20/100 (20%)	-.5	200 fewer per 1000 (from 200 fewer to 200 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL

¹ In male patients the clinical diagnosis was almost straight forward with cloudy urethral discharge and dysuria after a recent history of sexual exposure. In woman the diagnostic criteria was the intracellular presence of gram negative diplococci in vaginal discharge.

² At follow up, urine microscopy, along with gram staining and microscopy of the prostatic fluid in males and vaginal secretion in females were carried out.

³ Randomization, allocation and blinding methods poorly described. Differences between the groups not reported except by age, which was significantly different between the gender.

⁴ Indirect population because the results cannot be separate by syndrome and they pooled cervical infection with urethral discharge.

⁵ The authors only described proportions. They did not calculate any measure of association.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	En el ECA de Rehman et al (2009), se evaluó la cura microbiológica de pacientes de los dos sexos con signos y síntomas de uretritis o cervicitis, con diagnóstico etiológico positivo para NG. En total se estudiaron 300 pacientes de 14 a 55 años de edad, 229 mujeres y 71 hombres. Fueron asignados según un método de aleatorización pobremente descrito a uno de tres grupos de tratamiento: Ciprofloxacina 500 mg DU, Ceftriaxona 500 mg IV DU o Espectinomicina 2 gramos IM DU. La cura fue determinada por ausencia de síntomas y tinción de Gram más microscopía de fluido prostático o secreción vaginal. El porcentaje de persistencia reportado fue de 10% en el grupo Ceftriaxona y 20% en el grupo Ciprofloxacina los cuales no cuentan con análisis estadístico posterior. Los métodos de aleatorización, asignación y cegamiento son pobremente descritos, las diferencias entre los grupos no son reportadas excepto por edad y la diferencia de género fue estadísticamente significativa. La población fue analizada en conjunto, uniendo los resultados de mujeres hombres lo cual supone una limitación para extrapolar los resultados a los dos síndromes. Los autores solo describieron proporciones, no calcularon ninguna medida de asociación.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	Los eventos adversos no fueron evaluados en este ECA.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 anotan que la Ceftriaxona y Cefixime son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por NG, y constituyen la primera opción de tratamiento. Esta GPC señala que la NG ha demostrado generar resistencia para la Ciprofloxacina, razón por la cual no figura como tratamiento alternativo recomendado. Este mismo documento señala que la mayoría de casos de cervicitis persistente o recurrente se debe a otros factores diferentes a reinfección por CT o NG, tales como duchas vaginales, anormalidad persistente en la flora vaginal, exposición a agentes irritantes o inflamación idiopática en la zona de ectopia cervical.

INTERVENCION	CEFTRIAXONA 500 MG IV DOSIS ÚNICA
Persistencia	
El porcentaje de pacientes con diagnóstico uretritis o cervicitis causada por NG en los cuales se identifica persistencia de los síntomas al cabo de un seguimiento de 5 días fue de 10% en el grupo de Ceftriaxona y de 10% en el grupo tratado con Ciprofloxacina. Los autores no reportan análisis estadísticos realizados a estos datos.	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	

RECOMENDACIÓN: La Ceftriaxona y la Ciprofloxacina son efectivas para evitar la persistencia de la infección por NG a los 5 días de tratamiento.

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-12-12

Question: Should Spectinomycin 2 gm I/M vs Ciprofloxacin 500 mg orally be used in Women and men with infection by NG?

Settings: Primary care

Bibliography: Shams-ur-Rehman, Khan A, Amanullah, Akhter K. Clinical efficacy of the various drugs used in the treatment of gonorrhoeae. J AyubMedCollAbbottabad. 2009 Oct-Dec;21(4):28-30

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Spectinomycin 2 gm I/M	Ciprofloxacin 500 mg orally	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical efficacy (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations¹)												
1	Randomised trials	Very serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	94/100 (94%)	80/100 (80%)	- ⁴	800 fewer per 1000 (from 800 fewer to 800 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
Persistence (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations¹)												
1	Randomised trials	Very serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	6/100 (6%)	20/100 (20%)	- ⁴	200 fewer per 1000 (from 200 fewer to 200 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL

¹ At follow up, urine microscopy, along with gram staining and microscopy of the prostatic fluid in males and vaginal secretion in females were carried out.

² Randomization, allocation and blinding methods poorly described. Differences between the groups not reported except by age, which was significantly different between the gender.

³ Indirect population because the results cannot be separate by syndrome and they pooled cervical infection with urethral discharge.

⁴ The authors only described proportions. They did not calculate any measure of association.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	En el ECA de Rehman et al (2009), se evaluó la cura microbiológica de pacientes de los dos sexos con signos y síntomas de uretritis o cervicitis, con diagnóstico etiológico positivo para NG. En total se estudiaron 300 pacientes de 14 a 55 años de edad, 229 mujeres y 71 hombres. Fueron asignados según un método de aleatorización pobremente descrito a uno de tres grupos de tratamiento: Ciprofloxacina 500 mg DU, Ceftriaxona 500 mg IV DU o Espectinomicina 2 gramos IM DU. La cura fue determinada por ausencia de síntomas y tinción de Gram más microscopía de fluido prostático o secreción vaginal. El

	<p>porcentaje de persistencia reportado fue de 6% en el grupo Espectinomicina y 20% en el grupo Ciprofloxacina los cuales no cuentan con análisis estadístico posterior. Los métodos de aleatorización, asignación y cegamiento son pobremente descritos, las diferencias entre los grupos no son reportadas excepto por edad y la diferencia de género fue estadísticamente significativa. La población fue analizada en conjunto, uniendo los resultados de mujeres hombres lo cual supone una limitación para extrapolar los resultados a los dos síndromes. Los autores solo describieron proporciones, no calcularon ninguna medida de asociación.</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	<p>Los eventos adversos no fueron evaluados en este ECA.</p>
COMENTARIOS	<p>La GPC del CDC del 2010 anotan que la Ceftriaxona y Cefixime son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por NG, y constituyen la primera opción de tratamiento. Esta GPC señala que la NG ha demostrado generar resistencia para la Ciprofloxacina, razón por la cual no figura como tratamiento alternativo recomendado. Este mismo documento señala que la mayoría de casos de cervicitis persistente o recurrente se debe a otros factores diferentes a reinfección por CT o NG, tales como duchas vaginales, anormalidad persistente en la flora vaginal, exposición a agentes irritantes o inflamación idiopática en la zona de ectopia cervical.</p>

INTERVENCION	ESPECTINOMICINA 2 GRAMOS IM DOSIS ÚNICA
Persistencia	
	<p>El porcentaje de pacientes con diagnóstico uretritis o cervicitis causada por NG en los cuales se identifica persistencia de los síntomas al cabo de un seguimiento de 5 días fue de 6% en el grupo de Espectinomicina y de 20% en el grupo tratado con Ciprofloxacina. Los autores no reportan análisis estadísticos realizados a estos datos.</p>
	<p><i>Calidad de evidencia muy baja</i></p>

RECOMENDACIÓN: La Ciprofloxacina y la Espectinomicina son efectivas para evitar la recurrencia de la infección por NG a los 5 días de tratamiento, sin embargo es posible que la Espectinomicina se asocie con menor persistencia de la infección pero la calidad de la evidencia es muy baja.

Pregunta No 12

Guía: ITS/ITG

Grupo temático: INFECCIÓN CERVICAL

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS EFECTIVO Y SEGURO DE LA PAREJA DE LA PACIENTE CON SÍNDROME DE INFECCIÓN CERVICAL?

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces en orden de importancia
Pareja de paciente con Infección cervical por Chlamydia trachomatis y/o Neisseria gonorrhoeae	Ceftriaxona o Cefixime o Levofloxacin o Ofloxacin o Espectinomycin	Ciprofloxacina	Mejoría clínica reportada por el paciente – cura microbiológica
	Azitromicina o Amoxicilina o Ofloxacin o Eritromicina o Tetraciclina o Levofloxacin o	Doxiciclina	Reacciones adversas
			Recurrencia

En la revisión sistemática de Trelle (2007) los autores evalúan la efectividad de los métodos utilizados para mejorar la notificación a la pareja de los pacientes diagnosticados con una ITS (tres estrategias: tratamiento llevado por el paciente a su pareja, información llevada por el paciente a su pareja, envío de kits de diagnóstico para las parejas). Realizaron búsquedas en siete diferentes bases de datos, la selección de los estudios, la extracción de los datos y la evaluación de la calidad metodológica fue realizada por dos evaluadores independientes. Seleccionaron 14 ECA's de 12389 pacientes diagnosticados con NG, CT, uretritis no gonocócica, tricomoniasis o un síndrome de ITS. El desenlace primario fue la reducción de la incidencia o la prevalencia de ITS en los pacientes índice. Los desenlaces secundarios incluían número de pacientes tratados, positivos o solo notificados. Realizaron un análisis de efectos aleatorios.

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-12-05

Question: Should Patient-delivered partner treatment vs Self-referral be used in Women aged 14 to 34 years with laboratory-confirmed uncomplicated urogenital chlamydial infection?^{1,2}

Settings: Primary care - STD clinics

Bibliography: Schillinger et al. Patient-Delivered Partner Treatment With Azithromycin to Prevent Repeated Chlamydia trachomatis Infection Among Women. *exTransm Dis.* 2003 Jan;30(1):49-56

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Patient-delivered partner treatment	Self-referral	Relative (95% CI)	Absolute		
Recurrence of infection by Chlamydia trachomatis (follow-up 4 months; assessed with: C trachomatis DNA detected by urine ligase chain reaction (LCR) or polymerase chain reaction (PCR)³												
1	Randomised trials	No serious risk of bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision ⁴	None	87/728 (12%)	106/726 (14.6%)	RR 0.80 (0.62 to 1.05)	29 fewer per 1000 (from 55 fewer to 7 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL

¹ Study participants were provided with as many as four doses of 1.0 g oral azithromycin in sachet form (one dose for each male partner named) and were instructed to tell each of their partners that he had been exposed to a chlamydial infection, to encourage him to seek treatment, and to offer him the azithromycin as treatment for possible infection.

² Study participants were instructed to tell each of their sex partners that he had been exposed to a chlamydial infection and to recommend that he seek treatment.

³ The main outcome measure was C trachomatis DNA detected by urine ligase chain reaction (LCR) or polymerase chain reaction (PCR) by 4 months after treatment

⁴ Over 20% lost at follow up.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	El estudio de Schillinger (2003) evaluó la efectividad en términos de recurrencia o persistencia de la infección en mujeres cuyas parejas habían sido tratadas con Azitromicina 1 gramo dosis única luego de que ellas les llevaron los tratamientos a casa comparada con la efectividad de la práctica estándar en E.U – self-referral -. Fue un estudio aleatorizado, multicéntrico, de 1787 mujeres de edades entre 14 – 34 años con infección no complicada causada por CT. Las mujeres fueron tratadas en su totalidad y se asignaron aleatoriamente a los dos grupos ya mencionados. El desenlace fue persistencia o recurrencia dadas por PCR positiva para CT luego de 4 meses del tratamiento inicial. Reportan un riesgo de reinfección menor en el grupo de envío de tratamiento (20%<), sin embargo estos resultados no fueron estadísticamente significativos (OR 0.80, IC 95% 0.62 – 1.05, p=0.102). Además el 80% de las pacientes reportaron sentirse a gusto con el envío del tratamiento a sus parejas.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	Se evaluaron los eventos adversos que eran suficientes para suspender el tratamiento, los mas frecuentes fueron los gastrointestinales. El tratamiento se asoció a 4 eventos y ningún evento se presentó en los grupo control (n tto: 91, n control: 50). OR 4.83 IC 95% 0.60 – 38.67.
COMENTARIOS	La GPC del CC de 2010 recomienda que los entes de salud deben priorizar la notificación a las parejas y contactos sexuales de los pacientes con infección por CT con el fin de disminuir las fallas en el tratamiento con cefalosporinas asociadas a reinfección y con ello aumento de la resistencia antimicrobiana. Si el paciente tiene infección por NG debe ser tratado también para CT. Lo anterior debe ir acompañado de educación en salud sexual y reproductiva. En este documento señalan que si el paciente está sintomático y no han pasado más de 60 días luego de su ultima relación sexual, su pareja debe recibir tratamiento. Además, si son tratados se les debe decir a los pacientes que no pueden tener contactos sexuales hasta que el tratamiento haya terminado y los síntomas hayan desaparecido.

INTERVENCION	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO
Recurrencia o persistencia de la infección por CT a los 4 meses de tratamiento	
El porcentaje de pacientes con infección por CT tratadas y cuyas parejas fueron tratadas con Azitromicina 1 gramo dosis única enviada a su casa en las cuales se identifica PCr positiva a los 4 meses del tratamiento no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y cuyas parejas se les envió remisión sin tratamiento. Prevalencias de 12% y 14.6% respectivamente, RR 0.80 (0.62 to 1.05), p = 0.102.	

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-12-02

Question: Should Expedited partner treatment of partners vs Standard referral of partners be used in Women diagnosed with NG infection?¹

Settings: Primary care

Bibliography: Golden M et al. Effect of Expedited Treatment of Sex Partners on Recurrent or Persistent Gonorrhoea or Chlamydial Infection. N Engl J Med 2005;352:676-85.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Expedited partner treatment of partners	Standard referral of partners	Relative (95% CI)	Absolute		
Persistence or recurrence (follow-up 3 - 19 weeks; assessed with: positive culture or nucleic acid–amplification test for the patient’s initial infection²)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁴	None	3/107 (2.8%)	11/94 (11.7%)	RR 0.25 (0.07 to 0.83)	88 fewer per 1000 (from 20 fewer to 109 fewer)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL

¹ Women diagnosed with NG infection.

² The original protocol defined persistent or recurrent infections to include a positive culture or nucleic acid–amplification test for the patient's initial infection 21 to 126 days after treatment.

³ The authors did not reported an allocation method.

⁴ Wide confidence intervals, the groups are not symmetrical.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	El estudio de Golden (2005) evaluó la efectividad en términos de reducción de la infección genital recurrente o persistente por CT o NG en mujeres y hombres heterosexuales de la estrategia de envío de tratamiento comparada con otros métodos. Asignaron aleatoriamente a mujeres y hombres heterosexuales diagnosticados con infección por CT o NG a dos grupos: envío de tratamiento (n=931) o remisión estándar a la pareja (n=929). En el grupo de envío de tratamiento el paciente le llevaba a su pareja el medicamento o una persona del estudio lo contactaba para ofrecérselo. En el grupo de remisión estándar se invitaba a la pareja del pacientes a asistir a una consulta para recibir tratamiento. El desenlace primario fue infección por CT o NG persistente o recurrente en pacientes de 3 – 19 semanas post – tratamiento. El desenlace se presentó en 121 de 931 del grupo de envío del tratamiento y en 92 de 929 del grupo remitido (RR 0.76, IC 95% 0.59 – 0.98). El envío

	del tratamiento fue más efectivo en pacientes con infección por NG (2% Vs 22%, p=0.001) comparados con pacientes con infección por CT (11% Vs 13%, p=0.17). Los tratamientos fueron: Cefixime 400 mg DU más Azitromicina 1 gramo DU.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se evaluaron los eventos adversos de las intervenciones.
COMENTARIOS	La GPC del CC de 2010 recomienda que los entes de salud deben priorizar la notificación a las parejas y contactos sexuales de los pacientes con infección por CT con el fin de disminuir las fallas en el tratamiento con cefalosporinas asociadas a reinfección y con ello aumento de la resistencia antimicrobiana. Si el paciente tiene infección por NG debe ser tratado también para CT. Lo anterior debe ir acompañado de educación en salud sexual y reproductiva. En este documento señalan que si el paciente está sintomático y no han pasado más de 60 días luego de su última relación sexual, su pareja debe recibir tratamiento. Además, si son tratados se les debe decir a los pacientes que no pueden tener contactos sexuales hasta que el tratamiento haya terminado y los síntomas hayan desaparecido.

INTERVENCION	ENVIO DE TRATAMIENTO A PAREJAS DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NG
Recurrencia o persistencia de la infección por NG (3 – 9 semanas post-tratamiento)	
El porcentaje de pacientes con infección por CT tratadas y a cuyas parejas les fue enviado el tratamiento que además presentaron PCR positiva para NG difiere significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y cuyas parejas solo se les envió remisión. Prevalencias de 2.8% y 11.7% respectivamente, RR 0.25 (0.07 – 0.83), p = 0.01.	

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-12-01

Question: Should Expedited partner treatment of partners vs Standard referral of partners be used in Women diagnosed with CT infection?¹

Settings: Primary care

Bibliography: Golden M et al. Effect of Expedited Treatment of Sex Partners on Recurrent or Persistent Gonorrhoea or Chlamydial Infection. N Engl J Med 2005;352:676-85.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Expedited partner treatment of partners	Standard referral of partners	Relative (95% CI)	Absolute		
Persistence or recurrence (follow-up 3 - 19 weeks; assessed with: positive culture or nucleic acid–amplification test for the patient’s initial infection²)												
1	Randomised trials	No serious risk of bias ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	76/665 (11.4%)	88/663 (13.3%)	RR 0.86 (0.65 to 1.15)	19 fewer per 1000 (from 46 fewer to 20 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL

¹ Women who received a diagnosis of gonorrhoea or genital chlamydial infection in King County, Washington, between September 29, 1998, and March 7, 2003.

² The original protocol defined persistent or recurrent infections to include a positive culture or nucleic acid–amplification test for the patient’s initial infection 21 to 126 days after treatment.

³The authors did not reported an allocation method.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	El estudio de Golden (2005) evaluó la efectividad en términos de reducción de la infección genital recurrente o persistente por CT o NG en mujeres y hombres heterosexuales de la estrategia de envío de tratamiento comparada con otros métodos. Asignaron aleatoriamente a mujeres y hombres heterosexuales diagnosticados con infección por CT o NG a dos grupos: envío de tratamiento (n=931) o remisión estándar a la pareja (n=929). En el grupo de envío de tratamiento el paciente le llevaba a su pareja el medicamento o una persona del estudio lo contactaba para ofrecérselo. En el grupo de remisión estándar se invitaba a la pareja del pacientes a asistir a una consulta para recibir tratamiento. El desenlace primario fue infección por CT o NG persistente o recurrente en pacientes de 3 – 19 semanas post – tratamiento. El desenlace se presentó en 121 de 931 del grupo de envío del tratamiento y en 92 de 929 del grupo remitido (RR 0.76, IC 95% 0.59 – 0.98). El envío del tratamiento fue más efectivo en pacientes con infección por NG (2% Vs 22%, p=0.001) comparados con pacientes con infección por CT (11% Vs 13%, p=0.17).
EVENTOS ADVERSOS-	No se evaluaron los eventos adversos de las intervenciones.

RIESGO	
COMENTARIOS	La GPC del CC de 2010 recomienda que los entes de salud deben priorizar la notificación a las parejas y contactos sexuales de los pacientes con infección por CT con el fin de disminuir las fallas en el tratamiento con cefalosporinas asociadas a reinfección y con ello aumento de la resistencia antimicrobiana. Si el paciente tiene infección por NG debe ser tratado también para CT. Lo anterior debe ir acompañado de educación en salud sexual y reproductiva. En este documento señalan que si el paciente está sintomático y no han pasado más de 60 días luego de su última relación sexual, su pareja debe recibir tratamiento. Además, si son tratados se les debe decir a los pacientes que no pueden tener contactos sexuales hasta que el tratamiento haya terminado y los síntomas hayan desaparecido.

INTERVENCION	ENVIO DE TRATAMIENTO A PAREJAS DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NG
Recurrencia o persistencia de la infección por CT (3 – 9 semanas post-tratamiento)	
El porcentaje de pacientes con infección por CT tratadas y a cuyas parejas les fue enviado el tratamiento que además presentaron PCR positiva para NG no difiere significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y cuyas parejas solo se les envió remisión. Prevalencias de 11.4% y 13.3% respectivamente, RR 0.86 (0.65 – 1.15), p = 0.17	

RECOMENDACIÓN: La evidencia consultada revela que se presenta menor persistencia y recurrencia cuando el tratamiento (Cefixime 400 mg DU más Azitromicina 1 gramos DU) es enviado a la pareja de la paciente diagnosticada con infección urogenital no complicada causada por *Chlamydia trachomatis* o *Neisseria gonorrhoeae* comparado con la asistencia al centro médico para ser tratado.

Pregunta No 17

Guía: ITS/ITG

Grupo temático: DESCARGA URETRAL

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS EFECTIVO Y SEGURO DEL SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL?

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces en orden de importancia
Descarga uretral causada por <i>Chlamydia trachomatis</i> y/o <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona o Cefixime o Levofloxacin o Ofloxacin o Espectinomicina	Ciprofloxacina	Mejoría clínica reportada por el paciente – cura microbiológica
	Azitromicina o Amoxicilina o Ofloxacin o Eritromicina o Tetraciclina o Levofloxacin o	Doxiciclina	Persistencia de la descarga uretral
			Reacciones adversas
			Recurrencia

1. Descarga uretral producida por *Chlamydia trachomatis*

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-08-24

Question: Should Azitromicine 1 g only dose vs Doxycycline 100 mg twice daily for seven days be used in Men and woman >15 years with cervicitis or urethritis caused by chlamydia trachomatis?

Settings: Primary care

Bibliography: Lau Chuen-Len, Azhar Q. Azithromycin Versus Doxycycline for Genital Chlamydial Infections A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Azitromicine 1 g only dose	Doxycycline 100 mg twice daily for seven days	Relative (95% CI)	Absolute		
Microbiological cure (follow-up mean 3.7 weeks; assessed with: Biological assay¹)												
12	Randomised trials ²	Very serious ³	No serious inconsistency ^{4,5}	Serious ⁶	No serious imprecision ⁷	None ^{8,9}	853/884 (96.5%)	645/659 (97.9%)	Efficacy difference 0.01 (-0.01 to 0.02)	969 fewer per 1000 (from 959 fewer to 989 fewer)	⊕000 VERY LOW	IMPORTANT ¹⁰
								90%		891 fewer per 1000 (from 882 fewer to 909 fewer)		
								100%		990 fewer per 1000 (from 980 fewer to 1000 fewer)		
Adverse events (follow-up mean 3.6 weeks; assessed with: Patients report¹¹)												
9	Randomised trials	Very serious ³	No serious inconsistency ⁴	Serious ⁶	No serious imprecision ⁷	None ⁸	319/1274 (25%)	205/897 (22.9%)	Efficacy difference (proportion difference) 0 (-0.19 to 0.037)	229 fewer per 1000 (from 220 fewer to 272 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
								2%		20 fewer per 1000 (from 19 fewer to 24 fewer)		
								37%		370 fewer per 1000 (from 356 fewer to 440 fewer)		

¹ Microbial cure was defined as CT negativity in biological assay (culture or enzyme immunoassay). One study involved the use of DNA amplification tests (polymerase chain reaction) for evaluation of cure. For evaluation of microbial cure, nine studies used culture, two used enzyme immunoabsorbent assay, and one used DNA amplification tests.

² Of the 12 included studies, 5 were masked and 7 were open-label. Two studies included female patients only; six studies, male patients only; and another four, both.

³ "We recognize that the estimates of efficacy presented herein were obtained from studies conducted under optimal conditions. A stratified meta-analysis was performed to assess possible bias in the results. Data were stratified by various subgroups: type of diagnostic assay (culture/nonculture), sex (male/female), attrition rate (_10%/_10%), follow-up time (2 weeks/_2 weeks), publication date (pre-1995/post- 1995), study design (open/blind) and study sponsorship (Pfizer/non-Pfizer [Pfizer Corporation holds the patent for azithromycin])"

⁴ The test for homogeneity shows that results for individual trials are consistent with the overall pooled ED (chi-square=10.48; df= 11; P=0.488).

⁵ The quality of included studios is in doubt

⁶ The comparisons were made between studies with women or men only or both sexes. They asume that results are comparable between those populations. The diagnostic is related with the ethiological agent, not by the syndrome.

⁷ The condifence nterval are not wide, the total population was 1543 patients.

⁸ Neither Begg's nor Egger's test showed evidence of publication bias. For Egger's test, the bias coefficient was 0.53 (95% CI, 0.70–1.66), which is not statistically significant (t= 1.03; p = 0.327). The Begg's funnel plot did not reveal any trials outside of the pseudo-95% CI (Z=0.55; P=0.583).

⁹ The pooled ED for microbial cure of azithromycin versus doxycycline is 0.008 (95% CI = 0.007–0.022). This result is not statistically significant (Z=1.05; P=0.296).

¹⁰ Microbiological cure is not an outcome of syndromic management, it is used as part of etiologic management. However, the treatments evaluated here are the same of syndromic management, so this results can be useful for the guideline.

¹¹ The most frequently reported adverse events were gastrointestinal in nature (87.3%). Gastrointestinal adverse events include diarrhea, abdominal pain, nausea, vomiting, dyspepsia, constipation, flatulence, and other (unspecified) symptoms. Other nongastrointestinal symptoms were neurological (fatigue, malaise, sweating, dizziness, headache, and other [unspecified] symptoms); dermatological (skin rash and drug eruption); and miscellaneous (genitourinary, fever, and unspecified). Reporting of adverse events was nonuniform across studies, precluding further analysis by type of event.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>El meta-análisis de Lau et al (2001) compara dos tratamientos para el manejo de la descarga uretral o cervicitis causadas por <i>Chlamydia trachomatis</i> (CT) en hombres y mujeres mayores a 15 años de edad. Los dos tratamientos comparados fueron: Azitromicina 1 gramo dosis única versus Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días. Se incluyeron 12 ECA's de los cuales 10 incluían hombres en su El desenlace fue cura microbiológica definida como inmunoensayo enzimático o de cultivo negativo para CT en un rango de seguimiento de 2 a 5 semanas post-tratamiento. Los autores hacen comparaciones de cura entre grupos de los dos sexos, asumen que los resultados son comparables entre esas dos poblaciones. La calidad metodológica de los estudios incluidos no fue evaluada, 7 de los 12 estudios fueron open label. Los autores señalan que la calidad de los estudios incluidos es dudosa sin embargo no mencionan la herramienta utilizada para esta afirmación.</p> <p>La población total fue de 1543 pacientes (726 hombres y 817 mujeres), se calcularon diferencias de proporciones de cura. En el grupo de doxiciclina, la cura microbiológica ocurrió en 97.9% de los pacientes y en el grupo de Azitromicina la cura microbiológica fue del 96.5%. La diferencia de proporciones no tuvo diferencias estadísticamente significativas. La heterogeneidad no fue relevante en los resultados de los 12 estudios evaluados.</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	<p>El grupo de eventos adversos más frecuentes fué el de síntomas gastrointestinales. El reporte de eventos adversos reportados en los estudios no fue uniforme, el análisis se realizó por evento. En el grupo de Azitromicina la frecuencia fue de 25% y en el grupo de Doxiciclina 22.9% de los pacientes presentaron eventos adversos. La diferencia en las proporciones no fue estadísticamente significativa.</p>
COMENTARIOS	<p>La guía de la OMS del 2005 y la GPC del CDC del 2010 anotan que la Azitromicina y la doxiciclina son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por CT, pero que se debe tener en cuenta las infecciones por</p>

	Mycobacterium genitalium las cuales responden mejor a la Azitromicina. Lo anterior sumado a una mejor adherencia apoyan la recomendación del manejo de estas infecciones con el esquema de dosis única en el lugar de atención.
--	---

INTERVENCION	AZITROMICINA 1 GRAMO DOSIS UNICA
Cura microbiológica a las 3.7 semanas	
El porcentaje de pacientes con diagnóstico etiológico de infección genital por CT tratados con Azitromicina en los cuales se identifica cura microbiológica al cabo de un seguimiento de 3.7 semanas en promedio, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratados con Doxiciclina. Prevalencias de 96.5% y 97.9% respectivamente, diferencia de proporciones 0.008 (95% IC,-0.007–0.022), ($Z = 1.05$; $P = 0.296$).	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	
Presentación de eventos adversos	
Los pacientes con infección genital por CT tratados con Azitromicina (25%) no presentan diferencias en la incidencia de eventos adversos asociados al medicamento, en comparación con pacientes que reciben un tratamiento con Doxiciclina (22.9%) La diferencia de proporciones no es estadísticamente significativa 0.009 (IC 95%,-.019–0.037), ($Z = 0.62$; $P = 0.533$).	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2012-12-20

Question: Should Doxycycline 100 mg twice daily for seven days with or without Tinidazole 2 g vs Azithromycin 1 g with or without Tinidazole 2 g be used for Urethritis ?

Settings:

Bibliography: Schwabke et al. Re-Evaluating the Treatment of Nongonococcal Urethritis: Emphasizing Emerging pathogens—A Randomized Clinical Trial. *Clinical Infectious Diseases* 2011;52(2):163–170

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Doxycycline 100 mg twice daily for seven days with or without Tinidazole 2 g	Azithromycin 1 g with or without Tinidazole 2 g	Relative (95% CI)	Absolute		
Microbiological efficacy for Chlamydia trachomatis infection (follow-up 35-45 days; assessed with: Negative urine test)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	very serious ¹	no serious imprecision	none	55/58 (94.8%)	41/53 (77.4%)	-	774 fewer per 1000 (from 774 fewer to 774 fewer)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
								0%		-		
Microbiological efficacy for M. genitalium (follow-up 35-45 days; assessed with: Negative urine test)												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	serious ¹	no serious imprecision	none	12/39 (30.8%)	30/45 (66.7%)	-	667 fewer per 1000 (from 667 fewer to 667 fewer)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE	CRITICAL
								0%		-		

¹ The authors did not calculate any estimate of effect. Also, the comparisons were pooled without taking into account type of antibiotic regimen or type of infection. The authors results from microbiological efficacy in Trichomonas vaginalis infection are not clear,

2. Descarga uretral producida por *N. gonorrhoeae*

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-12-12

Question: Should Ceftriaxone 500 mg I/V vs Spectinomycin 2 gm I/M be used in Women and men with infection by NG?

Settings: Primary care

Bibliography: Shams-ur-Rehman, 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

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Ceftriaxone 500 mg I/V	Spectinomycin 2 gm I/M	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical efficacy (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations¹)												
1	Randomised trials	Very serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	90/100 (90%)	94/100 (94%)	- ⁴	940 fewer per 1000 (from 940 fewer to 940 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
Persistence (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations¹)												
1	Randomised trials	Very serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	10/100 (10%)	6/100 (6%)	- ⁴	60 fewer per 1000 (from 60 fewer to 60 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL

¹ At follow up, urine microscopy, along with gram staining and microscopy of the prostatic fluid in males and vaginal secretion in females were carried out.

² Randomization, allocation and blinding methods poorly described. Differences between the groups not reported except by age, which was significantly different between the gender.

³ Indirect population because the results cannot be separate by syndrome and they pooled cervical infection with urethral discharge.

⁴ The authors only described proportions. They did not calculate any measure of association.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	En el ECA de Rehman et al (2009), se evaluó la cura microbiológica de pacientes de los dos sexos con signos y síntomas de uretritis o cervicitis, con diagnóstico etiológico positivo para NG. En total se estudiaron 300 pacientes de 14 a 55 años de edad, 229 mujeres y 71 hombres. Fueron asignados según un método de aleatorización pobremente descrito a uno de tres grupos de tratamiento: Ciprofloxacina 500 mg DU, Ceftriaxona 500 mg IV DU o Espectinomicina 2 gramos IM DU. La cura fue determinada por ausencia de síntomas y tinción de Gram más microscopía de fluido prostático o secreción vaginal. El porcentaje de eficacia clínica reportado fue de 90% en el grupo Ceftriaxona y 94% en el grupo Espectinomicina los cuales no cuentan con análisis estadístico posterior. Los métodos de aleatorización, asignación y cegamiento son pobremente descritos, las diferencias entre los grupos no son reportadas excepto por edad y la diferencia de género fue estadísticamente significativa. La población fue analizada en conjunto, uniendo los resultados de mujeres hombres lo cual supone una limitación para extrapolar los resultados a los dos síndromes. Los autores solo describieron proporciones, no calcularon ninguna medida de asociación.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	Los eventos adversos no fueron evaluados en este ECA.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 anotan que la Ceftriaxona y Cefixime son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por NG, y constituyen la primera opción de tratamiento. En este mismo documento señalan que si bien es útil en personas que no toleran las cefalosporinas, es un medicamento costoso, inyectable y que no está disponible en Estados Unidos. Sin embargo, ha sido probada su efectividad en ECA anteriores reportando cura en el 98.2% de infecciones urogenitales y anorrectales causadas por NG. Sin embargo, otras Guías como la Canadiense del 2008 recomiendan el tratamiento con Espectinomicina como alternativo al uso de las cefalosporinas.

INTERVENCION	CEFTRIAXONA 500 MG IV DOSIS ÚNICA
Cura microbiológica a los 5 días de tratamiento	
El porcentaje de pacientes con diagnóstico uretritis o cervicitis causada por NG en los cuales se identifica cura microbiológica al cabo de un seguimiento de 5 días fue de 90% en el grupo de Ceftriaxona y de 94% en el grupo tratado con Espectinomicina. Los autores no reportan análisis estadísticos realizados a estos datos.	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-11-25

Question: Should Ceftriaxone 500 mg I/V vs Ciprofloxacin 500 mg orally be used in Women and men with infection by NG?¹

Settings: Primary care

Bibliography: Shams-ur-Rehman, 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

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Ceftriaxone 500 mg I/V	Ciprofloxacin 500 mg orally	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical efficacy (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations²)												
1	Randomised trials	Very serious ³	No serious inconsistency	Serious ⁴	No serious imprecision	None	90/100 (90%)	80/100 (80%)	-. ⁵	800 fewer per 1000 (from 800 fewer to 800 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
Persistence (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations²)												
1	Randomised trials	Very serious ³	No serious inconsistency	Serious ⁴	No serious imprecision	None	10/100 (10%)	20/100 (20%)	-. ⁵	200 fewer per 1000 (from 200 fewer to 200 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL

¹ In male patients the clinical diagnosis was almost straight forward with cloudy urethral discharge and dysuria after a recent history of sexual exposure. In woman the diagnostic criteria was the intracellular presence of gram negative diplococci in vaginal discharge.

² At follow up, urine microscopy, along with gram staining and microscopy of the prostatic fluid in males and vaginal secretion in females were carried out.

³ Randomization, allocation and blinding methods poorly described. Differences between the groups not reported except by age, which was significantly different between the gender.

⁴ Indirect population because the results cannot be separate by syndrome and they pooled cervical infection with urethral discharge.

⁵ The authors only described proportions. They did not calculate any measure of association.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	En el ECA de Rehman et al (2009), se evaluó la cura microbiológica de pacientes de los dos sexos con signos y síntomas de uretritis o cervicitis, con diagnóstico etiológico positivo para NG. En total se estudiaron 300 pacientes de 14 a 55 años de edad, 229 mujeres y 71 hombres. Fueron asignados según un método de aleatorización pobremente descrito a uno de tres grupos de tratamiento: Ciprofloxacina 500 mg DU, Ceftriaxona 500 mg IV DU o Espectinomicina 2 gramos IM DU. La cura fue determinada por ausencia de síntomas y tinción de Gram más microscopía de fluido prostático o secreción vaginal. El porcentaje de eficacia clínica reportado fue de 90% en el grupo Ceftriaxona y 80% en el grupo Ciprofloxacina los cuales no cuentan con análisis estadístico posterior. Los métodos de aleatorización, asignación y cegamiento son pobremente descritos, las diferencias entre los grupos no son reportadas excepto por edad y la diferencia de género fue estadísticamente significativa. La población fue analizada en conjunto, uniendo los resultados de mujeres hombres lo cual supone una limitación para extrapolar los resultados a los dos síndromes. Los autores solo describieron proporciones, no calcularon ninguna medida de asociación.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	Los eventos adversos no fueron evaluados en este ECA.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 anotan que la Ceftriaxona y Cefixime son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por NG, y constituyen la primera opción de tratamiento. Esta GPC señala que la NG ha demostrado generar resistencia para la Ciprofloxacina, razón por la cual no figura como tratamiento alternativo recomendado.

INTERVENCION	CEFTRIAXONA 500 MG IV DOSIS ÚNICA
Cura microbiológica a los 5 días de tratamiento	
El porcentaje de pacientes con diagnóstico uretritis o cervicitis causada por NG en los cuales se identifica cura microbiológica al cabo de un seguimiento de 5 días fue de 90% en el grupo de Ceftriaxona y de 80% en el grupo tratado con Ciprofloxacina. Los autores no reportan análisis estadísticos realizados a estos datos.	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-12-12

Question: Should Spectinomycin 2 gm I/M vs Ciprofloxacin 500 mg orally be used in Women and men with infection by NG?

Settings: Primary care

Bibliography: Shams-ur-Rehman, 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

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Ceftriaxone 500 mg I/V	Ciprofloxacin 500 mg orally	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical efficacy (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations¹)												
1	Randomised trials	Very serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecisión	None	94/100 (94%)	80/100 (80%)	- ⁴	800 fewer per 1000 (from 800 fewer to 800 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL
Persistence (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations¹)												
1	Randomised trials	Very serious ²	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	6/100 (6%)	20/100 (20%)	- ⁴	200 fewer per 1000 (from 200 fewer to 200 fewer)	⊕000 VERY LOW	CRITICAL

¹ At follow up, urine microscopy, along with gram staining and microscopy of the prostatic fluid in males and vaginal secretion in females were carried out.

² Randomization, allocation and blinding methods poorly described. Differences between the groups not reported except by age, which was significantly different between the gender.

³ Indirect population because the results cannot be separate by syndrome and they pooled cervical infection with urethral discharge.

⁴ The authors only described proportions. They did not calculate any measure of association.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	En el ECA de Rehman et al (2009), se evaluó la cura microbiológica de pacientes de los dos sexos con signos y síntomas de uretritis o cervicitis, con diagnóstico etiológico positivo para NG. En total se estudiaron 300 pacientes de 14 a 55 años de edad, 229 mujeres y 71 hombres. Fueron asignados según un método de aleatorización pobremente descrito a uno de tres grupos de tratamiento: Ciprofloxacina 500 mg DU, Ceftriaxona 500 mg IV DU o Espectinomicina 2 gramos IM DU. La cura fue determinada por ausencia de síntomas y tinción de Gram más microscopía de fluido prostático o secreción vaginal. El porcentaje de eficacia clínica reportado fue de 94% en el grupo Espectinomicina y 80% en el grupo Ciprofloxacina los cuales no cuentan con análisis estadístico posterior. Los métodos de aleatorización, asignación y cegamiento son pobremente descritos, las diferencias entre los grupos no son reportadas excepto por edad y la diferencia de género fue estadísticamente significativa. La población fue analizada en conjunto, uniendo los resultados de mujeres hombres lo cual supone una limitación para extrapolar los resultados a los dos síndromes. Los autores solo describieron proporciones, no calcularon ninguna medida de asociación.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	Los eventos adversos no fueron evaluados en este ECA.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 anotan que la Ceftriaxona y Cefixime son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por NG, y constituyen la primera opción de tratamiento. Esta GPC señala que la NG ha demostrado generar resistencia para la Ciprofloxacina, razón por la cual no figura como tratamiento alternativo recomendado.

INTERVENCION	ESPECTINOMICINA 2 GRAMOS IM DOSIS ÚNICA
Cura microbiológica a los 5 días de tratamiento	
El porcentaje de pacientes con diagnóstico uretritis o cervicitis causada por NG en los cuales se identifica cura microbiológica al cabo de un seguimiento de 5 días fue de 94% en el grupo de Espectinomicina y de 80% en el grupo tratado con Ciprofloxacina. Los autores no reportan análisis estadísticos realizados a estos datos.	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	

RECOMENDACIÓN. El tratamiento con Ceftriaxona 500 mg I/V o Espectinomicina 2 g I/M o Ciprofloxacina 500 mg dosis única vía oral es efectivo para el manejo de la cervicitis uterina causada por *Neisseria gonorrhoeae*. No existen diferencias significativas en la cura microbiológica de pacientes tratadas con los esquemas de tratamiento mencionados, los eventos adversos son mayores en las pacientes tratadas con Ciprofloxacina 500 mg dosis única vía oral.

Pregunta No 20.

Guía: ITS/ITG

Grupo temático: DESCARGA URETRAL

¿CUÁL ES LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO PARA LA PAREJA DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL?

Población	Intervención	Comparación	Desenlaces en orden de importancia
<p>Descarga uretral causada por Chlamydia trachomatis y/o Neisseria gonorrhoeae</p>	<p>Ceftriaxona o Cefixime o Levofloxacin o Ofloxacin o Espectinomycin</p>	<p>Ciprofloxacina</p>	<p>Mejoría clínica reportada por el paciente – cura microbiológica</p>
	<p>Azitromicina o Amoxicilina o Ofloxacin o Eritromicina o Tetraciclina o Levofloxacin o</p>	<p>Doxiciclina</p>	<p>Persistencia de la descarga uretral</p>
			<p>Reacciones adversas</p>
			<p>Recurrencia</p>

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2012-01-26

Question: Should Partner delivery treatment vs Standard referral be used in Partners of men diagnosed with urethral discharge ?¹

Settings: STD clinic

Bibliography: Kissinger et al. Patient-Delivered Partner Treatment for Male Urethritis: A Randomized, Controlled Trial. Clinical Infectious Diseases 2005; 41:623–9

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Partner delivery treatment	Standard referral	Relative (95% CI)	Absolute		
Reinfection (follow-up 2-5 weeks; assessed with: Positive test of cure)												
1	Randomised trials	Serious ²	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	79/344 (23%)	121/285 (42.5%)	OR 0.40 (0.19 to 0.74)	197 fewer per 1000 (from 71 fewer to 302 fewer)	⊕⊕⊕O MODERATE	CRITICAL

¹ Positive for CT o NG

² No allocation concealment, 62.5% of index cases didn't accept to make a second pool of tests. The authors adjusted the OR by age and initial diagnosis and the results did not change.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>El estudio de Kissinger et al (2005) compara tres alternativas de manejo para la pareja de pacientes diagnosticados con uretritis con el fin de la reducción de la recurrencia de la infección por CT o NG. Incluyeron 997 hombres en el estudio, con diagnóstico etiológico positivo para CT o NG, de 16 a 44 años de edad y al menos una pareja mujer. El diagnóstico se realizó por medio de examen al microscopio de secreción uretral más PCR para los patógenos. A los casos índice* les fue administrado Cefixime 400 mg DU o Ciprofloxacina 500 mg luego de que Cefixime fue retirado del mercado. Anotan que el consumo de los medicamentos fue supervisado por enfermeras. Los casos índice fueron aleatorizados según la secuencia de llegada a uno de tres brazos de estudio: remisión estándar (=285), remisión acompañada de manual informativo de la ITS (n=348, contenía información para el paciente y las recomendaciones de manejo para los profesionales que trataran al paciente) o envío de tratamiento antibiótico para la infección (n= 344, Azitromicina 1 gramo y Cefixime 400 mg más información de dosis, eventos adversos del medicamento, y teléfono de contacto de las enfermeras del estudio). Los casos índice fueron evaluados a las 4 semanas de tratamiento donde se evaluaba la recurrencia de la infección. 770 de los casos índice volvió a la entrevista de seguimiento pero solo el 37.5% accedieron a tomarse las pruebas, basados en esos 289 hombres se realizaron los cálculos de OR. De los hombres positivos para CT, 32.9% recurrieron y de los inicialmente positivos para NG recurrió el 14.8%. 3.9% de los hombres fueron positivos para NG y CT. Según los grupos de tratamiento, los pacientes que recurrieron representaron los siguientes porcentajes: 23% (grupo tratamiento enviado), 14.3% (folleto) y</p>

	42.7% (remisión estándar). Calcularon OR para la posibilidad de reinfección entre aquellos que aceptaron las pruebas del brazo tratamiento enviado comparado con el brazo de remisión estándar OR 0.40 IC 0.19 – 0.74, p<0.001.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se evaluaron los eventos adversos de las intervenciones.
COMENTARIOS	La GPC del CC de 2010 recomienda que los entes de salud deben priorizar la notificación a las parejas y contactos sexuales de los pacientes con infección por CT con el fin de disminuir las fallas en el tratamiento con cefalosporinas asociadas a reinfección y con ello aumento de la resistencia antimicrobiana. Si el paciente tiene infección por NG debe ser tratado también para CT. Lo anterior debe ir acompañado de educación en salud sexual y reproductiva. En este documento señalan que si el paciente está sintomático y no han pasado más de 60 días luego de su última relación sexual, su pareja debe recibir tratamiento. Además, si son tratados se les debe decir a los pacientes que no pueden tener contactos sexuales hasta que el tratamiento haya terminado y los síntomas hayan desaparecido.

INTERVENCION	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO
Reinfección a las 4 semanas de tratamiento	
El porcentaje de pacientes con descarga uretral por CT y/o NG tratadas y cuyas parejas fueron tratadas con Azitromicina 1 gramo dosis única más Cefixime 400 mg DU enviados a su casa en las cuales se encuentra una prueba positiva para CT y/o NG a las 4 semanas del tratamiento difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y cuyas parejas se les envió remisión sin tratamiento. Prevalencias de 23% y 42.5% respectivamente, OR 0.4 (0.19 – 0.74), p = <0.001.	
<i>Evidencia de calidad moderada</i>	

PREGUNTA 17. ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS EFECTIVO Y SEGURO DEL SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL?

Guía: ITS/ITG

Grupo temático: DESCARGA URETRAL

Población	Intervención	comparación	Desenlaces en orden de importancia
<p>Descarga uretral causada por Chlamydia trachomatis y/o Neisseria gonorrhoeae</p>	<p>Ceftriaxona o Cefixime o Levofloxacin o Ofloxacin o Espectinomycin</p>	<p>Ciprofloxacina</p>	<p>Mejoría clínica reportada por el paciente – cura microbiológica</p>
	<p>Azitromicina o Amoxicilina o Ofloxacin o Eritromicina o Tetraciclina o Levofloxacin o</p>	<p>Doxiciclina</p>	<p>Persistencia de la descarga uretral</p>
	<p>Reacciones adversas</p>		
	<p>Recurrencia</p>		

PREGUNTA NÚMERO 17 ¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro del síndrome de descarga uretral ?

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-08-24

Question: Should Azitromicine 1 g only dose vs Doxycycline 100 mg twice daily for seven days be used in Men and woman >15 years with cervicitis or urethritis caused by chlamydia trachomatis?

Settings: Primary care

Bibliography: Lau Chuen-Len, Azhar Q. Azithromycin Versus Doxycycline for Genital Chlamydial Infections A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Azitromicine 1 g only dose	Doxycycline 100 mg twice daily for seven days	Relative (95% CI)	Absolute		
Microbiological cure (follow-up mean 3.7 weeks; assessed with: Biological assay¹)												
12	randomised trials ²	very serious ³	no serious inconsistency ^{4,5}	serious ⁶	no serious imprecision ⁷	none ^{8,9}	853/884 (96.5%)	645/659 (97.9%)	Efficacy difference 0.01 (-0.01 to 0.02)	969 fewer per 1000 (from 959 fewer to 989 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	IMPORTANT ¹⁰
								90%		891 fewer per 1000 (from 882 fewer to 909 fewer)		
								100%		990 fewer per 1000 (from 980 fewer to 1000 fewer)		
Adverse events (follow-up mean 3.6 weeks; assessed with: Patients report¹¹)												
9	randomised trials	very serious ³	no serious inconsistency ⁴	serious ⁶	no serious imprecision ⁷	none ⁸	319/1274 (25%)	205/897 (22.9%)	Efficacy difference (proportion difference) 0 (-0.19 to 0.037)	229 fewer per 1000 (from 220 fewer to 272 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
								2%		20 fewer per 1000 (from 19 fewer to 24 fewer)		
								37%		370 fewer per 1000 (from 356 fewer to 440 fewer)		

¹ Microbial cure was defined as CT negativity in biological assay (culture or enzyme immunoassay). One study involved the use of DNA amplification tests (polymerase chain reaction) for evaluation of cure. For evaluation of microbial cure, nine studies used culture, two used enzyme immunoabsorbent assay, and one used DNA amplification tests.

² Of the 12 included studies, 5 were masked and 7 were open-label. Two studies included female patients only; six studies, male patients only; and another four, both.

³ "We recognize that the estimates of efficacy presented herein were obtained from studies conducted under optimal conditions. A stratified meta-analysis was performed to assess possible bias in the results. Data were stratified by various subgroups: type of diagnostic assay (culture/nonculture), sex (male/female), attrition rate (<_10%/_10%), follow-up time (2 weeks/_2 weeks), publication date (pre-1995/post- 1995), study design (open/blind) and study sponsorship (Pfizer/non-Pfizer [Pfizer Corporation holds the patent for azithromycin])"

⁴ The test for homogeneity shows that results for individual trials are consistent with the overall pooled ED (chi-square=10.48; df= 11; P=0.488).

⁵ The quality of included studios is in doubt

⁶ The comparisons were made between studies with women or men only or both sexes. They asume that results are comparable between those populations. The diagnostic is related with the ethiological agent, not by the syndrome.

⁷ The condifence nterval are not wide, the total population was 1543 patients.

⁸ Neither Begg's nor Egger's test showed evidence of publication bias. For Egger's test, the bias coefficient was 0.53 (95% CI, 0.70–1.66), which is not statistically significant (t= 1.03; p = 0.327). The Begg's funnel plot did not reveal any trials outside of the pseudo-95% CI (Z=0.55; P=0.583).

⁹ The pooled ED for microbial cure of azithromycin versus doxycycline is 0.008 (95% CI = 0.007–0.022). This result is not statistically significant (Z=1.05; P=0.296).

¹⁰ Microbiological cure is not an outcome of syndromic management, it is used as part of etiologic management. However, the treatments evaluated here are the same of syndromic management, so this results can be useful for the guideline.

¹¹ The most frequently reported adverse events were gastrointestinal in nature (87.3%). Gastrointestinal adverse events include diarrhea, abdominal pain, nausea, vomiting, dyspepsia, constipation, flatulence, and other (unspecified) symptoms. Other nongastrointestinal symptoms were neurological (fatigue, malaise, sweating, dizziness, headache, and other [unspecified] symptoms); dermatological (skin rash and drug eruption); and miscellaneous (genitourinary, fever, and unspecified). Reporting of adverse events was nonuniform across studies, precluding further analysis by type of event.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>El meta-análisis de Lau et al (2001) compara dos tratamientos para el manejo de la descarga uretral o cervicitis causadas por <i>Chlamydia trachomatis</i> (CT) en hombres y mujeres mayores a 15 años de edad. Los dos tratamientos comparados fueron: Azitromicina 1 gramo dosis única versus Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días. Se incluyeron 12 ECA's de los cuales 10 incluían hombres en su El desenlace fue cura microbiológica definida como inmunoensayo enzimático o de cultivo negativo para CT en un rango de seguimiento de 2 a 5 semanas post-tratamiento. Los autores hacen comparaciones de cura entre grupos de los dos sexos, asumen que los resultados son comparables entre esas dos poblaciones. La calidad metodológica de los estudios incluidos no fue evaluada, 7 de los 12 estudios fueron open label. Los autores señalan que la calidad de los estudios incluidos es dudosa sin embargo no mencionan la herramienta utilizada para esta afirmación.</p> <p>La población total fue de 1543 pacientes (726 hombres y 817 mujeres), se calcularon diferencias de proporciones de cura. En el grupo de doxiciclina, la cura microbiológica ocurrió en 97.9% de los pacientes y en el grupo de Azitromicina la cura microbiológica fue del 96.5%. La diferencia de proporciones no tuvo diferencias estadísticamente significativas. La heterogeneidad no fue relevante en los resultados de los 12 estudios evaluados.</p>
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	<p>El grupo de eventos adversos más frecuentes fué el de síntomas gastrointestinales. El reporte de eventos adversos reportados en los estudios no fue uniforme, el análisis se realizó por evento. En el grupo de Azitromicina la frecuencia fue de 25% y en el grupo de Doxiciclina 22.9% de los pacientes presentaron eventos adversos. La diferencia en las proporciones no fue estadísticamente significativa.</p>
COMENTARIOS	<p>La guía de la OMS del 2005 y la GPC del CDC del 2010 anotan que la Azitromicina y la doxiciclina son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por CT, pero que se debe tener en cuenta las infecciones por Mycobacterium genitalium las cuales responden mejor a la Azitromicina. Lo anterior sumado a una mejor adherencia apoyan la recomendación del manejo de estas infecciones con el esquema de dosis única en el lugar de atención.</p>

INTERVENCION	AZITROMICINA 1 GRAMO DOSIS UNICA
Cura microbiológica a las 3.7 semanas	
El porcentaje de pacientes con diagnóstico etiológico de infección genital por CT tratados con Azitromicina en los cuales se identifica cura microbiológica al cabo de un seguimiento de 3.7 semanas en promedio, no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratados con Doxiciclina. Prevalencias de 96.5% y 97.9% respectivamente, diferencia de proporciones 0.008 (95% IC,-0.007–0.022), ($Z = 1.05$; $P = 0.296$).	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	
Presentación de eventos adversos	
Los pacientes con infección genital por CT tratados con Azitromicina (25%) no presentan diferencias en la incidencia de eventos adversos asociados al medicamento, en comparación con pacientes que reciben un tratamiento con Doxiciclina (22.9%) La diferencia de proporciones no es estadísticamente significativa 0.009 (IC 95%,-.019–0.037), ($Z = 0.62$; $P = 0.533$).	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-12-12

Question: Should Ceftriaxone 500 mg I/V vs Spectinomycin 2 gm I/M be used in Women and men with infection by NG?

Settings: Primary care

Bibliography: Shams-ur-Rehman, 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

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Ceftriaxone 500 mg I/V	Spectinomycin 2 gm I/M	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical efficacy (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations¹)												
1	randomised trials	very serious ²	no serious inconsistency	serious ³	no serious imprecision	None	90/100 (90%)	94/100 (94%)	- ⁴	940 fewer per 1000 (from 940 fewer to 940 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
Persistence (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations¹)												
1	randomised trials	very serious ²	no serious inconsistency	serious ³	no serious imprecision	None	10/100 (10%)	6/100 (6%)	- ⁴	60 fewer per 1000 (from 60 fewer to 60 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL

¹ At follow up, urine microscopy, along with gram staining and microscopy of the prostatic fluid in males and vaginal secretion in females were carried out.

² Randomization, allocation and blinding methods poorly described. Differences between the groups not reported except by age, which was significantly different between the gender.

³ Indirect population because the results cannot be separate by syndrome and they pooled cervical infection with urethral discharge.

⁴ The authors only described proportions. They did not calculate any measure of association.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	En el ECA de Rehman et al (2009), se evaluó la cura microbiológica de pacientes de los dos sexos con signos y síntomas de uretritis o cervicitis, con diagnóstico etiológico positivo para NG. En total se estudiaron 300 pacientes de 14 a 55 años de edad, 229 mujeres y 71 hombres. Fueron asignados según un método de aleatorización pobremente descrito a uno de tres grupos de tratamiento: Ciprofloxacina 500 mg DU, Ceftriaxona 500 mg IV DU o Espectinomycinina 2 gramos IM DU. La cura fue determinada por ausencia de síntomas y tinción de Gram más microscopía de fluido prostático o secreción vaginal. El porcentaje de eficacia clínica reportado fue de 90% en el grupo Ceftriaxona y 94% en el grupo Espectinomycinina los cuales no cuentan con análisis estadístico posterior. Los métodos de aleatorización, asignación y cegamiento son pobremente descritos, las diferencias entre los grupos no son reportadas excepto por edad y la diferencia de género fue estadísticamente significativa. La población fue analizada en conjunto, uniendo los resultados de mujeres hombres lo cual supone una limitación para extrapolar los resultados a los dos síndromes. Los autores solo describieron proporciones, no calcularon ninguna medida de asociación.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	Los eventos adversos no fueron evaluados en este ECA.

COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 anotan que la Ceftriaxona y Cefixime son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por NG, y constituyen la primera opción de tratamiento. En este mismo documento señalan que si bien es útil en personas que no toleran las cefalosporinas, es un medicamento costoso, inyectable y que no está disponible en Estados Unidos. Sin embargo, ha sido probada su efectividad en ECA anteriores reportando cura en el 98.2% de infecciones urogenitales y anorrectales causadas por NG. Sin embargo, otras Guías como la Canadiense del 2008 recomiendan el tratamiento con Espectinomicina como alternativo al uso de las cefalosporinas.
-------------	---

INTERVENCION	CEFTRIAXONA 500 MG IV DOSIS ÚNICA
Cura microbiológica a los 5 días de tratamiento	
El porcentaje de pacientes con diagnóstico uretritis o cervicitis causada por NG en los cuales se identifica cura microbiológica al cabo de un seguimiento de 5 días fue de 90% en el grupo de Ceftriaxona y de 94% en el grupo tratado con Espectinomicina. Los autores no reportan análisis estadísticos realizados a estos datos.	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-11-25

Question: Should Ceftriaxone 500 mg I/V vs Ciprofloxacin 500 mg orally be used in Women and men with infection by NG?¹

Settings: Primary care

Bibliography: Shams-ur-Rehman, 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

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Ceftriaxone 500 mg I/V	Ciprofloxacin 500 mg orally	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical efficacy (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations²)												
1	randomised trials	very serious ³	no serious inconsistency	serious ⁴	no serious imprecision	None	90/100 (90%)	80/100 (80%)	- ⁵	800 fewer per 1000 (from 800 fewer to 800 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
Persistence (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations²)												
1	randomised trials	very serious ³	no serious inconsistency	serious ⁴	no serious imprecision	None	10/100 (10%)	20/100 (20%)	- ⁵	200 fewer per 1000 (from 200 fewer to 200 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL

¹ In male patients the clinical diagnosis was almost straight forward with cloudy urethral discharge and dysuria after a recent history of sexual exposure. In woman the diagnostic criteria was the intracellular presence of gram negative diplococci in vaginal discharge.

² At follow up, urine microscopy, along with gram staining and microscopy of the prostatic fluid in males and vaginal secretion in females were carried out.

³ Randomization, allocation and blinding methods poorly described. Differences between the groups not reported except by age, which was significantly different between the gender.

⁴ Indirect population because the results cannot be separate by syndrome and they pooled cervical infection with urethral discharge.

⁵ The authors only described proportions. They did not calculate any measure of association.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	En el ECA de Rehman et al (2009), se evaluó la cura microbiológica de pacientes de los dos sexos con signos y síntomas de uretritis o cervicitis, con diagnóstico etiológico positivo para NG. En total se estudiaron 300 pacientes de 14 a 55 años de edad, 229 mujeres y 71 hombres. Fueron asignados según un método de aleatorización pobremente descrito a uno de tres grupos de tratamiento: Ciprofloxacina 500 mg DU, Ceftriaxona 500 mg IV DU o Espectinomicina 2 gramos IM DU. La cura fue determinada por ausencia de síntomas y tinción de Gram más microscopía de fluido prostático o secreción vaginal. El porcentaje de eficacia clínica reportado fue de 90% en el grupo Ceftriaxona y 80% en el grupo Ciprofloxacina los cuales no cuentan con análisis estadístico posterior. Los métodos de aleatorización, asignación y cegamiento son pobremente descritos, las diferencias entre los grupos no son reportadas excepto por edad y la diferencia de género fue estadísticamente significativa. La población fue analizada en conjunto, uniendo los resultados de mujeres hombres lo cual supone una limitación para extrapolar los resultados a los dos síndromes. Los autores solo describieron proporciones, no calcularon ninguna medida de asociación.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	Los eventos adversos no fueron evaluados en este ECA.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 anotan que la Ceftriaxona y Cefixime son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por NG, y constituyen la primera opción de tratamiento. Esta GPC señala que la NG ha demostrado generar resistencia para la Ciprofloxacina, razón por la cual no figura como tratamiento alternativo recomendado.

INTERVENCION	CEFTRIAXONA 500 MG IV DOSIS UNICA
Cura microbiológica a los 5 días de tratamiento	
El porcentaje de pacientes con diagnóstico uretritis o cervicitis causada por NG en los cuales se identifica cura microbiológica al cabo de un seguimiento de 5 días fue de 90% en el grupo de Ceftriaxona y de 80% en el grupo tratado con Ciprofloxacina. Los autores no reportan análisis estadísticos realizados a estos datos.	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2011-12-12

Question: Should Spectinomycin 2 gm I/M vs Ciprofloxacin 500 mg orally be used in Women and men with infection by NG?

Settings: Primary care

Bibliography: Shams-ur-Rehman, 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

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Spectinomycin 2 gm I/M	Ciprofloxacin 500 mg orally	Relative (95% CI)	Absolute		
Clinical efficacy (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations¹)												
1	randomised trials	very serious ²	no serious inconsistency	serious ³	no serious imprecisión	none	94/100 (94%)	80/100 (80%)	- ⁴	800 fewer per 1000 (from 800 fewer to 800 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
Persistence (follow-up 5 days; assessed with: re-examined clinically along with laboratory investigations¹)												
1	randomised trials	very serious ²	no serious inconsistency	serious ³	no serious imprecisión	None	6/100 (6%)	20/100 (20%)	- ⁴	200 fewer per 1000 (from 200 fewer to 200 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL

¹ At follow up, urine microscopy, along with gram staining and microscopy of the prostatic fluid in males and vaginal secretion in females were carried out.

² Randomization, allocation and blinding methods poorly described. Differences between the groups not reported except by age, which was significantly different between the gender.

³ Indirect population because the results cannot be separate by syndrome and they pooled cervical infection with urethral discharge.

⁴ The authors only described proportions. They did not calculate any measure of association.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	En el ECA de Rehman et al (2009), se evaluó la cura microbiológica de pacientes de los dos sexos con signos y síntomas de uretritis o cervicitis, con diagnóstico etiológico positivo para NG. En total se estudiaron 300 pacientes de 14 a 55 años de edad, 229 mujeres y 71 hombres. Fueron asignados según un método de aleatorización pobremente descrito a uno de tres grupos de tratamiento: Ciprofloxacina 500 mg DU, Ceftriaxona 500 mg IV DU o Espectinomycinina 2 gramos IM DU. La cura fue determinada por ausencia de síntomas y tinción de Gram más microscopía de fluido prostático o secreción vaginal. El porcentaje de eficacia clínica reportado fue de 94% en el grupo Espectinomycinina y 80% en el grupo Ciprofloxacina los cuales no cuentan con análisis estadístico posterior. Los métodos de aleatorización, asignación y cegamiento son pobremente descritos, las diferencias entre los grupos no son reportadas excepto por edad y la diferencia de género fue estadísticamente significativa. La población fue analizada en conjunto, uniendo los resultados de mujeres hombres lo cual supone una limitación para extrapolar los resultados a los dos síndromes. Los autores solo describieron proporciones, no calcularon

	ninguna medida de asociación.
EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	Los eventos adversos no fueron evaluados en este ECA.
COMENTARIOS	La GPC del CDC del 2010 anotan que la Ceftriaxona y Cefixime son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por NG, y constituyen la primera opción de tratamiento. Esta GPC señala que la NG ha demostrado generar resistencia para la Ciprofloxacina, razón por la cual no figura como tratamiento alternativo recomendado.

INTERVENCION	ESPECTINOMICINA 2 GRAMOS IM DOSIS ÚNICA
Cura microbiológica a los 5 días de tratamiento	
El porcentaje de pacientes con diagnóstico uretritis o cervicitis causada por NG en los cuales se identifica cura microbiológica al cabo de un seguimiento de 5 días fue de 94% en el grupo de Espectinomicina y de 80% en el grupo tratado con Ciprofloxacina. Los autores no reportan análisis estadísticos realizados a estos datos.	
<i>Calidad de evidencia muy baja</i>	

RECOMENDACIÓN. El tratamiento con Ceftriaxona 500 mg I/V o Espectinomicina 2 g I/M o Ciprofloxacina 500 mg dosis única vía oral es efectivo para el manejo de la cervicitis uterina causada por *Neisseria gonorrhoeae*. No existen diferencias significativas en la cura microbiológica de pacientes tratados con los esquemas de tratamiento mencionados, los eventos adversos son mayores en las pacientes tratados con Ciprofloxacina 500 mg dosis única vía oral.

PREGUNTA 20. ¿CUÁL ES LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO PARA LA PAREJA DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL?

Guía: ITS/ITG

Grupo temático: DESCARGA URETRAL

Población	Intervención	comparación	Desenlaces en orden de importancia
Descarga uretral causada por Chlamydia trachomatis y/o Neisseria gonorrhoeae	Ceftriaxona o Cefixime o Levofloxacinina o Ofloxacinina o Espectinomycinina	Ciprofloxacina	Mejoría clínica reportada por el paciente – cura microbiológica
	Azitromycinina o Amoxicilina o Ofloxacinina o Eritromycinina o Tetraciclina o Levofloxacinina o	Doxiciclina	Persistencia de la descarga uretral
	Reacciones adversas		
	Recurrencia		

Author(s): Carol Páez Canro

Date: 2012-01-26

Question: Should Partner delivery treatment vs Standard referral be used in Partners of men diagnosed with urethral discharge ?¹

Settings: STD clinic

Bibliography: Kissinger et al. Patient-Delivered Partner Treatment for Male Urethritis: A Randomized, Controlled Trial. Clinical Infectious Diseases 2005; 41:623–9

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Partner delivery treatment	Standard referral	Relative (95% CI)	Absolute		
Reinfection (follow-up 2-5 weeks; assessed with: Positive test of cure)												
1	randomised trials	serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	79/344 (23%)	121/285 (42.5%)	OR 0.40 (0.19 to 0.74)	197 fewer per 1000 (from 71 fewer to 302 fewer)	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL

¹ Positive for CT o NG

² No allocation concealment, 62.5% of index cases didn't accept to make a second pool of tests. The authors adjusted the OR by age and initial diagnosis and the results did not change.

RESUMEN DE EVIDENCIA	
BENEFICIOS	<p>El estudio de Kissinger et al (2005) compara tres alternativas de manejo para la pareja de pacientes diagnosticados con uretritis con el fin de la reducción de la recurrencia de la infección por CT o NG. Incluyeron 997 hombres en el estudio, con diagnóstico etiológico positivo para CT o NG, de 16 a 44 años de edad y al menos una pareja mujer. El diagnóstico se realizó por medio de examen al microscopio de secreción uretral más PCR para los patógenos. A los casos índice* les fue administrado Cefixime 400 mg DU o Ciprofloxacina 500 mg luego de que Cefixime fue retirado del mercado. Anotan que el consumo de los medicamentos fue supervisado por enfermeras. Los casos índice fueron aleatorizados según la secuencia de llegada a uno de tres brazos de estudio: remisión estándar (=285), remisión acompañada de manual informativo de la ITS (n=348, contenía información para el paciente y las recomendaciones de manejo para los profesionales que trataran al paciente) o envío de tratamiento antibiótico para la infección (n= 344, Azitromicina 1 gramo y Cefixime 400 mg más información de dosis, eventos adversos del medicamento, y teléfono de contacto de las enfermeras del estudio). Los casos índice fueron evaluados a las 4 semanas de tratamiento donde se evaluaba la recurrencia de la infección. 770 de los casos índice volvió a la entrevista de seguimiento pero solo el 37.5% accedieron a tomarse las pruebas, basados en esos 289 hombres se realizaron los cálculos de OR. De los hombres positivos para CT, 32.9% recurrieron y de los inicialmente positivos para NG recurrió el 14.8%. 3.9% de los hombres fueron positivos para NG y CT. Según los grupos de tratamiento, los pacientes que recurrieron representaron los siguientes porcentajes: 23% (grupo tratamiento enviado), 14.3% (folleto) y 42.7% (remisión estándar). Calcularon OR para la posibilidad de reinfección entre aquellos que aceptaron las pruebas del brazo tratamiento enviado comparado con el brazo de remisión estándar OR 0.40 IC 0.19 – 0.74, p<0.001.</p>

EVENTOS ADVERSOS-RIESGO	No se evaluaron los eventos adversos de las intervenciones.
COMENTARIOS	La GPC del CC de 2010 recomienda que los entes de salud deben priorizar la notificación a las parejas y contactos sexuales de los pacientes con infección por CT con el fin de disminuir las fallas en el tratamiento con cefalosporinas asociadas a reinfección y con ello aumento de la resistencia antimicrobiana. Si el paciente tiene infección por NG debe ser tratado también para CT. Lo anterior debe ir acompañado de educación en salud sexual y reproductiva. En este documento señalan que si el paciente está sintomático y no han pasado más de 60 días luego de su última relación sexual, su pareja debe recibir tratamiento. Además, si son tratados se les debe decir a los pacientes que no pueden tener contactos sexuales hasta que el tratamiento haya terminado y los síntomas hayan desaparecido.

INTERVENCION	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO
Reinfección a las 4 semanas de tratamiento	
El porcentaje de pacientes con descarga uretral por CT y/o NG tratadas y cuyas parejas fueron tratadas con Azitromicina 1 gramo dosis única más Cefixime 400 mg DU enviados a su casa en las cuales se encuentra una prueba positiva para CT y/o NG a las 4 semanas del tratamiento difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y cuyas parejas se les envió remisión sin tratamiento. Prevalencias de 23% y 42.5% respectivamente, OR 0.4 (0.19 – 0.74), p = <0.001.	
<i>Evidencia de calidad moderada</i>	

INFLAMACIÓN ESCROTAL

Guía de la Organización Mundial de la Salud 2005:

Recomienda manejo para infección gonocócica no complicada más tratamiento para infección por *Chlamydia*.

Régimen recomendado infección gonocócica

- ciprofloxacina, 500 mg por vía oral, como dosis única
-
- ceftriaxona, 125 mg por vía intramuscular, como dosis única
-
- cefixima, 400 mg por vía oral, como dosis única
-
- espectinomicina, 2 g por vía intramuscular, como dosis única

Régimen recomendado para infección por *Chlamydia trachomatis*

- doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días
-
- azitromicina, 1 g por vía oral, como dosis única

Régimen alternativo

- amoxicilina, 500 mg por vía oral, 3 veces al día durante 7 días
-

- eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días

○

- ofloxacina, 300 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días

○

- tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días

- La evidencia actual sugiere que el tratamiento con 1 g de azitromicina como dosis única es eficaz contra la infección por clamidia.

- La evidencia indica que la prolongación del tratamiento más allá de los 7 días no implica una mejoría en la tasa de curación de la infección por clamidia no complicada.

Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. Public health agency of Canada. 2008

La Guía Canadiense de 2008 recomienda tratar para infección por CT y NG, más Ofloxacina si hay sospecha de infección por microorganismos entéricos. Se hace referencia a la epididimitis o epidídimo-orquitis.

Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 10–14 días

MÁS

Ceftriaxona 250 mg IM dosis única ○ Ciprofloxacina 500 mg vía oral dosis única

Infección de etiología entérica: Ofloxacina 200 mg cada 12 horas por 14 días

Due to the rapid increase in quinolone resistant *Neisseria gonorrhoeae*, quinolones such as ciprofloxacin and ofloxacin are no longer preferred drugs for the treatment of gonococcal infections in Canada.

Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, Centers for Disease Control and Prevention. 2010

Tratamiento para gonococo y chlamydia, explorar factores de riesgo para otros agentes etiológicos.

- Ceftriaxona 250 mg IM dosis única **MÁS** Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 10 días

Si hay sospecha de epididymitis aguda causada por microorganismos entéricos (factores de riesgo HSH, relaciones anales)

Levofloxacin 500 mg vía oral cada 24 horas por 10 días

○

Ofloxacin 300 mg vía oral cada 12 horas por 10 días

Complementos del tratamiento

Reposo en cama y uso de un soporte escrotal hasta que disminuyan la inflamación local y la fiebre.

ciprofloxacina, 500 mg por vía oral, como dosis única

○

ceftriaxona, 125 mg por vía intramuscular, como dosis única

○

cefixime, 400 mg por vía oral, como dosis única

○

espectinomicina, 2 g por vía intramuscular, como dosis única

BUBÓN INGUINAL

Guía de la Organización Mundial de la Salud 2005:

Manejo sintomático recomendado

■ ciprofloxacina, 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 3 días

Y

■ doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 14 días

○

■ eritromicina, 500 mg por vía oral, cuatro veces al día durante 14 días

Nota

Los reportes publicados sobre el tratamiento del linfogranuloma venéreo son limitados. Las recomendaciones de tratamiento se basan en la opinión de expertos y se ha publicado un estudio comparativo en el Boletín de la OMS de 1963.

En algunos casos, el tratamiento puede ser más prolongado que el que aquí se recomienda, de 14 días. Se debe realizar una punción aspirativa de los ganglios linfáticos fluctuantes, a través de la piel sana. La incisión y drenaje o la escisión de los ganglios linfáticos pueden retardar la cicatrización, por lo que no se deben realizar dichos procedimientos. En los casos dudosos o cuando fracase el tratamiento, se aconseja derivar para una biopsia diagnóstica.

No dan alternativas para el manejo de la mujer gestante con síndrome de bubón inguinal.

Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. Public health agency of Canada. 2008

Los casos sospechosos deben ser tratados empíricamente para linfogranuloma venéreo hasta la confirmación de la infección.

Tratamiento de primera línea: Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 21 días

Tratamiento alternativo: Eritromicina 500 mg vía oral cada 8 horas por 21 días

Posible tratamiento: Azitromicina 1 gramo cada semana por 3 semanas*

* While some experts believe azithromycin to be effective in the treatment of LGV, clinical data are lacking.

Aspiration of buboes may help symptomatically; however, incision/drainage or excision of nodes is not helpful and may delay healing.

Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, Centers for Disease Control and Prevention. 2010

Tratamiento recomendado: Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 21 días

Tratamiento alternativo: Eritromicina 500 mg cada 6 horas por 21 días

Although clinical data are lacking, azithromycin 1 g orally once weekly for 3 weeks is probably effective based on its chlamydial antimicrobial activity. Fluoroquinolone-based treatments might also be effective, but extended treatment intervals are likely required.

Persons who have had sexual contact with a patient who has LGV within the 60 days before onset of the patient's symptoms should be examined, tested for urethral or cervical chlamydial infection, and treated with a chlamydia regimen (azithromycin 1 gm orally single dose or doxycycline 100 mg orally twice a day for 7 days).

ANEXO 8

ANEXO 6. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Most safe and effective treatment for cervical infection	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Otros límites	
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uterine Cervicitis[mh] 2. Cervicitis[tw] 3. Chlamydia trachomatis[mh] 4. Neisseria gonorrhoeae[mh] 5. Gonorrhea[tw] 6. Gonorrheas[tw] 7. Gonococcus[tw] 8. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 6 OR # 7 9. Therapeutics[mh] 10. Therapeutic[tw] 11. Treatment[tw] 12. Treatments[tw] 13. 9 OR # 10 OR # 11 OR # 12 14. Treatment Outcome[mh] 15. Outcome, Treatment[tw] 16. Rehabilitation Outcome[tw] 17. Outcome, Rehabilitation[tw] 18. Treatment Effectiveness[tw] 19. Effectiveness Treatment[tw] 20. Treatment Efficacy[tw] 21. Efficacy, Treatment[tw] 22. Drug toxicity[mh] 23. Drug Toxicities[tw] 24. Drug Safety[tw] 25. Safety, Drug[tw] 26. Adverse Drug Reaction[tw] 27. Adverse Drug Reactions[tw] 28. Drug Reaction, Adverse[tw] 29. Drug Reactions, Adverse[tw] 30. Reaction, Adverse Drug[tw] 31. Adverse Drug Event[tw] 32. Adverse Drug Events[tw] 33. Events, Adverse Drug[tw] 34. 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21 OR # 22 OR # 23 OR # 24 OR # 25 OR # 26 OR # 27 OR # 28 OR # 29 OR # 30 OR # 31 OR # 32 OR # 33 35. Meta-Analysis as Topic[mh] 36. Meta-Analysis[pt] 37. Systematic review[tiab] 38. 35 OR # 36 OR # 37 39. 8 AND # 13 AND # 34 AND # 38
Número de referencias identificadas	11

Most safe and effective treatment for cervical infection	
Base de datos	Portal de evidencias BVS
Motor de búsqueda	-
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Otros límites	
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cervicitis uterina 2. Cervicitis 3. Chlamydia trachomatis 4. Neisseria gonorrhoeae 5. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 6. Terapeutica 7. 5 AND # 6
Número de referencias identificadas	1

Most safe and effective treatment for partner of patient with cervical infection	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Otros límites	
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sexual Partners[mh] 2. Partner, Sexual[tw] 3. Partners, Sexual[tw] 4. Sexual Partner[tw] 5. Multiple Partners[tw] 6. Partners, Multiple[tw] 7. Spouses[mh] 8. Married Persons[tw] 9. Married Person[tw] 10. Person, Married[tw] 11. Persons, Married[tw] 12. Spouse[tw] 13. Husbands[tw] 14. Husband[tw] 15. Domestic Partners[tw] 16. Domestic Partner[tw] 17. Partner, Domestic[tw] 18. Partners, Domestic[tw] 19. Spousal Notification[tw] 20. Notification, Spousal[tw] 21. Wives[tw] 22. Wife[tw] 23. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 6 OR # 7 OR # 8 OR # 9 OR # 10 OR # 11 OR # 12 OR # 13 OR # 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21 OR # 22 24. Uterine Cervicitis[mh] 25. Cervicitis[tw] 26. Chlamydia trachomatis[mh] 27. Neisseria gonorrhoeae[mh] 28. Gonorrhoea[tw] 29. Gonorrhoeas[tw] 30. Gonococcus[tw] 31. 24 OR # 25 OR # 26 OR # 27 OR # 28 OR # 29 OR # 30

	32. Therapeutics[mh] 33. Therapeutic[tw] 34. Treatment[tw] 35. Treatments[tw] 36. 32 OR # 33 OR # 34 OR # 35 37. Treatment Outcome[mh] 38. Outcome, Treatment[tw] 39. Rehabilitation Outcome[tw] 40. Outcome, Rehabilitation[tw] 41. Treatment Effectiveness[tw] 42. Effectiveness Treatment[tw] 43. Treatment Efficacy[tw] 44. Efficacy, Treatment[tw] 45. Drug toxicity[mh] 46. Drug Toxicities[tw] 47. Drug Safety[tw] 48. Safety, Drug[tw] 49. Adverse Drug Reaction[tw] 50. Adverse Drug Reactions[tw] 51. Drug Reaction, Adverse[tw] 52. Drug Reactions, Adverse[tw] 53. Reaction, Adverse Drug[tw] 54. Adverse Drug Event[tw] 55. Adverse Drug Events[tw] 56. Events, Adverse Drug[tw] 57. 37 OR # 38 OR # 39 OR # 40 OR # 41 OR # 42 OR # 43 OR # 44 OR # 45 OR # 46 OR # 47 OR # 48 OR # 49 OR # 50 OR # 51 OR # 52 OR # 53 OR # 54 OR # 55 OR # 56 58. Meta-Analysis as Topic[mh] 59. Meta-Analysis[pt] 60. Systematic review[tiab] 61. 58 OR # 59 OR # 60 62. 23 AND # 31 AND # 36 AND # 57 AND # 61
Número de referencias identificadas	0

Most safe and effective treatment for partner of patient with cervical infection	
Base de datos	Portal de evidencias BVS
Motor de búsqueda	-
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Otros límites	
Estrategia de búsqueda	1. Parejas sexuales 2. Cervicitis uterina 3. Cervicitis 4. Chlamydia trachomatis 5. Neisseria gonorrhoeae 6. 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 7. Terapeutica 8. 1 AND # 6 AND # 7
Número de referencias identificadas	0

Most safe and effective treatment for cervical infection in pregnancy	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	

Otros límites	
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uterine Cervicitis[mh] 2. Cervicitis[tw] 3. Chlamydia trachomatis[mh] 4. Neisseria gonorrhoeae[mh] 5. Gonorrhoea[tw] 6. Gonorrhoeas[tw] 7. Gonococcus[tw] 8. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 6 OR # 7 9. Pregnancy[mh] 10. Pregnancies[tw] 11. Gestation[tw] 12. Breast Feeding[mh] 13. Feeding, Breast[tw] 14. Breastfeeding[tw] 15. Breast Feeding, Exclusive[tw] 16. Exclusive Breast Feeding[tw] 17. Breastfeeding, Exclusive[tw] 18. Exclusive Breastfeeding[tw] 19. 9 OR # 10 OR # 11 OR # 12 OR # 13 OR # 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18 20. Therapeutics[mh] 21. Therapeutic[tw] 22. Treatment[tw] 23. Treatments[tw] 24. 20 OR # 21 OR # 22 OR # 23 25. Meta-Analysis as Topic[mh] 26. Meta-Analysis[pt] 27. Systematic review[tiab] 28. 25 OR # 26 OR # 27 29. 8 AND # 17 AND # 22 AND # 28
Número de referencias identificadas	4

Most safe and effective treatment for cervical infection in pregnancy	
Base de datos	Portal de evidencias BVS
Motor de búsqueda	-
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Otros límites	
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cervicitis uterina 2. Cervicitis 3. Chlamydia trachomatis 4. Neisseria gonorrhoeae 5. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 6. Embarazo 7. Terapeutica 8. 5 AND # 6 AND # 7
Número de referencias identificadas	

Most safe and effective treatment for urethral discharge	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Otros límites	
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Urethritis[mh]

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Urethritides[tw] 3. 1 OR # 2 4. Therapeutics[mh] 5. Therapeutic[tw] 6. Treatment[tw] 7. Treatments[tw] 8. 4 OR # 5 OR # 6 OR # 7 9. Treatment Outcome[mh] 10. Outcome, Treatment[tw] 11. Rehabilitation Outcome[tw] 12. Outcome, Rehabilitation[tw] 13. Treatment Effectiveness[tw] 14. Effectiveness Treatment[tw] 15. Treatment Efficacy[tw] 16. Efficacy, Treatment[tw] 17. Drug toxicity[mh] 18. Drug Toxicities[tw] 19. Drug Safety[tw] 20. Safety, Drug[tw] 21. Adverse Drug Reaction[tw] 22. Adverse Drug Reactions[tw] 23. Drug Reaction, Adverse[tw] 24. Drug Reactions, Adverse[tw] 25. Reaction, Adverse Drug[tw] 26. Adverse Drug Event[tw] 27. Adverse Drug Events[tw] 28. Events, Adverse Drug[tw] 29. 9 OR # 10 OR # 11 OR # 12 OR # 13 OR # 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21 OR # 22 OR # 23 OR # 24 OR # 25 OR # 26 OR # 27 OR # 28 30. Meta-Analysis as Topic[mh] 31. Meta-Analysis[pt] 32. Systematic review[tiab] 33. 30 OR # 31 OR # 32 34. 3 AND # 8 AND # 29 AND # 33
Número de referencias identificadas	1

Most safe and effective treatment for urethral discharge	
Base de datos	Portal de evidencias BVS
Motor de búsqueda	-
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Otros límites	
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Urethritis 2. Urethritides 3. Chlamydia trachomatis 4. Neisseria gonorrhoeae 5. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 6. Terapeutica 7. 5 AND # 6
Número de referencias identificadas	3

Most safe and effective treatment for partner of patient with urethral discharge	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Otros límites	

Estrategia de búsqueda

1. Sexual Partners[mh]
2. Partner, Sexual[tw]
3. Partners, Sexual[tw]
4. Sexual Partner[tw]
5. Multiple Partners[tw]
6. Partners, Multiple[tw]
7. Spouses[mh]
8. Married Persons[tw]
9. Married Person[tw]
10. Person, Married[tw]
11. Persons, Married[tw]
12. Spouse[tw]
13. Husbands[tw]
14. Husband[tw]
15. Domestic Partners[tw]
16. Domestic Partner[tw]
17. Partner, Domestic[tw]
18. Partners, Domestic[tw]
19. Spousal Notification[tw]
20. Notification, Spousal[tw]
21. Wives[tw]
22. Wife[tw]
23. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 6 OR # 7
OR # 8 OR # 9 OR # 10 OR # 11 OR # 12 OR #
13 OR # 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18
OR # 19 OR # 20 OR # 21 OR # 22
24. Urethritis[mh]
25. Urethritides[tw]
26. Chlamydia trachomatis[mh]
27. Neisseria gonorrhoeae[mh]
28. 24 OR # 25 OR # 26 OR # 27
29. Gonorrhea[tw]
30. Gonorrhoeas[tw]
31. Gonococcus[tw]
32. 29 OR # 30 OR # 31
33. Ciprofloxacin[mh]
34. Ciprofloxacin[tw]
35. Doxycycline[mh]
36. Doxycycline[tw]
37. Tetracycline[mh]
38. Tetracycline[tw]
39. Erythromycin[mh]
40. Erythromycin[tw]
41. Amoxicillin[mh]
42. Amoxicillin[tw]
43. Azithromycin[mh]
44. Azythromycin[tw]
45. Spectinomycin[mh]
46. Cefixime[mh]
47. Cefixime[tw]
48. Ofloxacin[mh]
49. Levofloxacin[tw]
50. Ceftriaxone[mh]
51. Ceftriaxone[tw]
52. 33 OR # 34 OR # 35 OR # 36 OR # 37 OR # 38
OR # 39 OR # 40 OR # 41 OR # 42 OR # 43 OR
44 OR # 45 OR # 46 OR # 47 OR # 48 OR #
49 OR # 50 OR # 51
53. Treatment Outcome[mh]
54. Outcome, Treatment[tw]
55. Rehabilitation Outcome[tw]
56. Outcome, Rehabilitation[tw]

	57. Treatment Effectiveness[tw] 58. Effectiveness Treatment[tw] 59. Treatment Efficacy[tw] 60. Efficacy, Treatment[tw] 61. Drug toxicity[mh] 62. Drug Toxicities[tw] 63. Drug Safety[tw] 64. Safety, Drug[tw] 65. Adverse Drug Reaction[tw] 66. Adverse Drug Reactions[tw] 67. Drug Reaction, Adverse[tw] 68. Drug Reactions, Adverse[tw] 69. Reaction, Adverse Drug[tw] 70. Adverse Drug Event[tw] 71. Adverse Drug Events[tw] 72. Events, Adverse Drug[tw] 73. 53 OR # 54 OR # 55 OR # 56 OR # 57 OR # 58 OR # 59 OR # 60 OR # 61 OR # 62 OR # 63 OR # 64 OR # 65 OR # 66 OR # 67 OR # 68 OR # 69 OR # 70 OR # 71 OR # 72 74. Randomized controlled trial[pt] 75. Controlled clinical trial[pt] 76. Randomized[tiab] 77. Placebo[tiab] 78. Drug therapy[MeSH Subheading] 79. Randomly[tiab] 80. Trial[tiab] 81. Groups[tiab] 82. 74 OR # 75 OR # 76 OR # 77 OR # 78 OR # 79 OR # 80 OR # 81 83. Animals[mh] 84. Humans[mh] 85. 83 AND # 84 86. 82 NOT 83 NOT 85 87. 23 AND # 28 AND # 32 AND # 52 AND # 73 AND # 86
Número de referencias identificadas	

Most safe and effective treatment for patient with scrotal inflammation	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Otros límites	
Estrategia de búsqueda	1. Epididymitis[mh] 2. Epididymitides[tw] 3. Orchitis[mh] 4. Orchitides[tw] 5. Chlamydia trachomatis[mh] 6. Gonorrhoea[mh] 7. Gonorrhoeas[tw] 8. Neisseria gonorrhoeae[mh] 9. Gonococcus[tw] 10. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 6 OR # 7 OR # 8 OR # 9 11. Scrotum[mh] 12. Scrotal[tw] 13. 11 OR # 12 14. Swelling[tw] 15. 13 AND # 14 16. 10 OR # 15

17. Ciprofloxacin[mh]
18. Ciprofloxacin[tw]
19. Doxycycline[mh]
20. Doxycycline[tw]
21. Tetracycline[mh]
22. Tetracycline[tw]
23. Erythromycin[mh]
24. Erythromycin[tw]
25. Amoxicillin[mh]
26. Amoxicillin[tw]
27. Azithromycin[mh]
28. Azythromycin[tw]
29. Spectinomycin[mh]
30. Cefixime[mh]
31. Cefixime[tw]
32. Ofloxacin[mh]
33. Levofloxacin[tw]
34. Ceftriaxone[mh]
35. Ceftriaxone[tw]
36. 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21 OR # 22
OR # 23 OR # 24 OR # 25 OR # 26 OR # 27 OR
28 OR # 29 OR # 30 OR # 31 OR # 32 OR #
33 OR # 34 OR # 35
37. Treatment Outcome[mh]
38. Outcome, Treatment[tw]
39. Rehabilitation Outcome[tw]
40. Outcome, Rehabilitation[tw]
41. Treatment Effectiveness[tw]
42. Effectiveness Treatment[tw]
43. Treatment Efficacy[tw]
44. Efficacy, Treatment[tw]
45. Drug toxicity[mh]
46. Drug Toxicities[tw]
47. Drug Safety[tw]
48. Safety, Drug[tw]
49. Adverse Drug Reaction[tw]
50. Adverse Drug Reactions[tw]
51. Drug Reaction, Adverse[tw]
52. Drug Reactions, Adverse[tw]
53. Reaction, Adverse Drug[tw]
54. Adverse Drug Event[tw]
55. Adverse Drug Events[tw]
56. Events, Adverse Drug[tw]
57. 37 OR # 38 OR # 39 OR # 40 OR # 41 OR # 42
OR # 43 OR # 44 OR # 45 OR # 46 OR # 47 OR
48 OR # 49 OR # 50 OR # 51 OR # 52 OR #
53 OR # 54 OR # 55 OR # 56
58. Randomized controlled trial[pt]
59. Controlled clinical trial[pt]
60. Randomized[tiab]
61. Placebo[tiab]
62. Drug therapy[MeSH Subheading]
63. Randomly[tiab]
64. Trial[tiab]
65. Groups[tiab]
66. 58 OR # 59 OR # 60 OR # 61 OR # 62 OR # 63
OR # 64 OR # 65
67. Animals[mh]
68. Humans[mh]
69. 67 AND # 68
70. 66 NOT 67 NOT 69
71. 16 AND # 36 AND # 57 AND # 70

Número de referencias identificadas	
-------------------------------------	--

Most safe and effective treatment for patient with bubon inguinale	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Otros límites	
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lymphogranuloma Venereum[mh] 2. Lymphogranuloma Inguinale[tw] 3. Chlamydia trachomatis[mh] 4. Haemophilus ducreyi[mh] 5. Hemophilus ducreyi[tw] 6. Bubo[tw] 7. Buboes[tw] 8. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 6 OR # 7 9. Ciprofloxacin[mh] 10. Ciprofloxacin[tw] 11. Doxycycline[mh] 12. Doxycycline[tw] 13. Tetracycline[mh] 14. Tetracycline[tw] 15. Erythromycin[mh] 16. Erythromycin[tw] 17. Amoxicillin[mh] 18. Amoxicillin[tw] 19. Azithromycin[mh] 20. Azythromycin[tw] 21. Spectinomycin[mh] 22. Cefixime[mh] 23. Cefixime[tw] 24. Ofloxacin[mh] 25. Levofloxacin[tw] 26. Ceftriaxone[mh] 27. Ceftriaxone[tw] 28. 9 OR # 10 OR # 11 OR # 12 OR # 13 OR # 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21 OR # 22 OR # 23 OR # 24 OR # 25 OR # 26 OR # 27 29. Treatment Outcome[mh] 30. Outcome, Treatment[tw] 31. Rehabilitation Outcome[tw] 32. Outcome, Rehabilitation[tw] 33. Treatment Effectiveness[tw] 34. Effectiveness Treatment[tw] 35. Treatment Efficacy[tw] 36. Efficacy, Treatment[tw] 37. Drug toxicity[mh] 38. Drug Toxicities[tw] 39. Drug Safety[tw] 40. Safety, Drug[tw] 41. Adverse Drug Reaction[tw] 42. Adverse Drug Reactions[tw] 43. Drug Reaction, Adverse[tw] 44. Drug Reactions, Adverse[tw] 45. Reaction, Adverse Drug[tw] 46. Adverse Drug Event[tw] 47. Adverse Drug Events[tw] 48. Events, Adverse Drug[tw]

	<p>49. 29 OR # 30 OR # 31 OR # 32 OR # 33 OR # 34 OR # 35 OR # 36 OR # 37 OR # 38 OR # 39 OR # 40 OR # 41 OR # 42 OR # 43 OR # 44 OR # 45 OR # 46 OR # 47 OR # 48</p> <p>50. Randomized controlled trial[pt]</p> <p>51. Controlled clinical trial[pt]</p> <p>52. Randomized[tiab]</p> <p>53. Placebo[tiab]</p> <p>54. Drug therapy[MeSH Subheading]</p> <p>55. Randomly[tiab]</p> <p>56. Trial[tiab]</p> <p>57. Groups[tiab]</p> <p>58. 58 OR # 59 OR # 60 OR # 61 OR # 62 OR # 63 OR # 64 OR # 65</p> <p>59. Animals[mh]</p> <p>60. Humans[mh]</p> <p>61. 59 AND # 60</p> <p>62. 58 NOT 59 NOT 61</p> <p>63. 8 AND # 28 AND # 49 AND # 62</p>
Número de referencias identificadas	

Most safe and effective treatment for partner of patient with bubon inguinale	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Otros límites	
Estrategia de búsqueda	<p>1. Sexual Partners[mh]</p> <p>2. Partner, Sexual[tw]</p> <p>3. Partners, Sexual[tw]</p> <p>4. Sexual Partner[tw]</p> <p>5. Multiple Partners[tw]</p> <p>6. Partners, Multiple[tw]</p> <p>7. Spouses[mh]</p> <p>8. Married Persons[tw]</p> <p>9. Married Person[tw]</p> <p>10. Person, Married[tw]</p> <p>11. Persons, Married[tw]</p> <p>12. Spouse[tw]</p> <p>13. Husbands[tw]</p> <p>14. Husband[tw]</p> <p>15. Domestic Partners[tw]</p> <p>16. Domestic Partner[tw]</p> <p>17. Partner, Domestic[tw]</p> <p>18. Partners, Domestic[tw]</p> <p>19. Spousal Notification[tw]</p> <p>20. Notification, Spousal[tw]</p> <p>21. Wives[tw]</p> <p>22. Wife[tw]</p> <p>23. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 6 OR # 7 OR # 8 OR # 9 OR # 10 OR # 11 OR # 12 OR # 13 OR # 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21 OR # 22</p> <p>24. Lymphogranuloma Venereum[mh]</p> <p>25. Lymphogranuloma Inguinale[tw]</p> <p>26. Chlamydia trachomatis[mh]</p> <p>27. Haemophilus ducreyi[mh]</p> <p>28. Hemophilus ducreyi[tw]</p> <p>29. Bubo[tw]</p>

	30. Buboes[tw]
	31. 24 OR # 25 OR # 26 OR # 27 OR # 28 OR # 29 OR # 30
	32. Ciprofloxacin[mh]
	33. Ciprofloxacin[tw]
	34. Doxycycline[mh]
	35. Doxycycline[tw]
	36. Tetracycline[mh]
	37. Tetracycline[tw]
	38. Erythromycin[mh]
	39. Erythromycin[tw]
	40. Amoxicillin[mh]
	41. Amoxicillin[tw]
	42. Azithromycin[mh]
	43. Azithromycin[tw]
	44. Spectinomycin[mh]
	45. Cefixime[mh]
	46. Cefixime[tw]
	47. Ofloxacin[mh]
	48. Levofloxacin[tw]
	49. Ceftriaxone[mh]
	50. Ceftriaxone[tw]
	51. 32 OR # 33 OR # 34 OR # 35 OR # 36 OR # 37 OR # 38 OR # 39 OR # 40 OR # 41 OR # 42 OR # 43 OR # 44 OR # 45 OR # 46 OR # 47 OR # 48 OR # 49 OR # 50
	52. Treatment Outcome[mh]
	53. Outcome, Treatment[tw]
	54. Rehabilitation Outcome[tw]
	55. Outcome, Rehabilitation[tw]
	56. Treatment Effectiveness[tw]
	57. Effectiveness Treatment[tw]
	58. Treatment Efficacy[tw]
	59. Efficacy, Treatment[tw]
	60. Drug toxicity[mh]
	61. Drug Toxicities[tw]
	62. Drug Safety[tw]
	63. Safety, Drug[tw]
	64. Adverse Drug Reaction[tw]
	65. Adverse Drug Reactions[tw]
	66. Drug Reaction, Adverse[tw]
	67. Drug Reactions, Adverse[tw]
	68. Reaction, Adverse Drug[tw]
	69. Adverse Drug Event[tw]
	70. Adverse Drug Events[tw]
	71. Events, Adverse Drug[tw]
	72. 52 OR # 53 OR # 54 OR # 55 OR # 56 OR # 57 OR # 58 OR # 59 OR # 60 OR # 61 OR # 62 OR # 63 OR # 64 OR # 65 OR # 66 OR # 67 OR # 68 OR # 69 OR # 70 OR # 71
	73. Randomized controlled trial[pt]
	74. Controlled clinical trial[pt]
	75. Randomized[tiab]
	76. Placebo[tiab]
	77. Drug therapy[MeSH Subheading]
	78. Randomly[tiab]
	79. Trial[tiab]
	80. Groups[tiab]
	81. 73 OR # 74 OR # 75 OR # 76 OR # 77 OR # 78 OR # 79 OR # 80
	82. Animals[mh]
	83. Humans[mh]

	84. 82 AND # 83 85. 81 NOT 82 NOT 84 86. 23 AND # 31 AND # 51 AND # 72 AND # 85
Número de referencias identificadas	

Most safe and effective treatment for bubon inguinale in pregnancy	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Otros límites	
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lymphogranuloma Venereum[mh] 2. Lymphogranuloma Inguinale[tw] 3. Chlamydia trachomatis[mh] 4. Haemophilus ducreyi[mh] 5. Hemophilus ducreyi[tw] 6. Bubo[tw] 7. Buboes[tw] 8. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 6 OR # 7 9. Pregnancy[mh] 10. Pregnancies[tw] 11. Gestation[tw] 12. Breast Feeding[mh] 13. Feeding, Breast[tw] 14. Breastfeeding[tw] 15. Breast Feeding, Exclusive[tw] 16. Exclusive Breast Feeding[tw] 17. Breastfeeding, Exclusive[tw] 18. Exclusive Breastfeeding[tw] 19. 9 OR # 10 OR # 11 OR # 12 OR # 13 OR # 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18 20. Ciprofloxacin[mh] 21. Ciprofloxacin[tw] 22. Doxycycline[mh] 23. Doxycycline[tw] 24. Tetracycline[mh] 25. Tetracycline[tw] 26. Erythromycin[mh] 27. Erythromycin[tw] 28. Amoxicillin[mh] 29. Amoxicillin[tw] 30. Azithromycin[mh] 31. Azythromycin[tw] 32. Spectinomycin[mh] 33. Cefixime[mh] 34. Cefixime[tw] 35. Ofloxacin[mh] 36. Levofloxacin[tw] 37. Ceftriaxone[mh] 38. Ceftriaxone[tw] 39. 20 OR # 21 OR # 22 OR # 23 OR # 24 OR # 25 OR # 26 OR # 27 OR # 28 OR # 29 OR # 30 OR # 31 OR # 32 OR # 33 OR # 34 OR # 35 OR # 36 OR # 37 OR # 38 40. Treatment Outcome[mh] 41. Outcome, Treatment[tw] 42. Rehabilitation Outcome[tw] 43. Outcome, Rehabilitation[tw] 44. Treatment Effectiveness[tw]

	45. Effectiveness Treatment[tw] 46. Treatment Efficacy[tw] 47. Efficacy, Treatment[tw] 48. Drug toxicity[mh] 49. Drug Toxicities[tw] 50. Drug Safety[tw] 51. Safety, Drug[tw] 52. Adverse Drug Reaction[tw] 53. Adverse Drug Reactions[tw] 54. Drug Reaction, Adverse[tw] 55. Drug Reactions, Adverse[tw] 56. Reaction, Adverse Drug[tw] 57. Adverse Drug Event[tw] 58. Adverse Drug Events[tw] 59. Events, Adverse Drug[tw] 60. 40 OR # 41 OR # 42 OR # 43 OR # 44 OR # 45 OR # 46 OR # 47 OR # 48 OR # 49 OR # 50 OR # 51 OR # 52 OR # 53 OR # 54 OR # 55 OR # 56 OR # 57 OR # 58 OR # 59 61. Randomized controlled trial[pt] 62. Controlled clinical trial[pt] 63. Randomized[tiab] 64. Placebo[tiab] 65. Drug therapy[MeSH Subheading] 66. Randomly[tiab] 67. Trial[tiab] 68. Groups[tiab] 69. 61 OR # 62 OR # 63 OR # 64 OR # 65 OR # 66 OR # 67 OR # 68 70. Animals[mh] 71. Humans[mh] 72. 70 AND # 71 73. 69 NOT 70 NOT 72 74. 8 AND # 19 AND # 39 AND # 60 AND # 73
Número de referencias identificadas	

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	23/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Syphilis[mh] 2. Treponema pallidum[mh] 3. Treponema pallidum[tiab] 4. Great Pox[tiab] 5. Syphilis[tiab] 6. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 7. Meta-Analysis as Topic[mh] 8. Meta-Analysis[pt] 9. Systematic review[tiab] 10. 7 OR # 8 OR # 9 11. 6 AND # 10
Número de referencias identificadas	33

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed

Fecha de búsqueda	23/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Syphilis[mh] 2. Treponema pallidum[mh] 3. Treponema pallidum[tiab] 4. Great Pox[tiab] 5. Syphilis[tiab] 6. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 7. Penicillin allergy[tw] 8. Meta-Analysis as Topic[mh] 9. Meta-Analysis[pt] 10. Systematic review[tiab] 11. 8 OR # 9 OR # 10 12. 6 AND # 7 AND # 11
Número de referencias identificadas	0

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	23/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chancroid[mh] 2. Haemophilus ducreyi[mh] 3. Chancroid[tiab] 4. Haemophilus ducreyi[tiab] 5. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 6. Meta-Analysis as Topic[mh] 7. Meta-Analysis[pt] 8. Systematic review[tiab] 9. 6 OR # 7 OR # 8 10. 5 AND # 9
Número de referencias identificadas	2

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	23/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lymphogranuloma Venereum[mh] 2. Lymphogranuloma Venereum[tiab] 3. Lymphogranuloma Inguinale[tiab] 4. 1 OR # 2 OR # 3 5. Meta-Analysis as Topic[mh] 6. Meta-Analysis[pt] 7. Systematic review[tiab] 8. 5 OR # 6 OR # 7 9. 4 AND # 8
Número de referencias identificadas	1

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	23/09/2011

Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Granuloma Inguinale[mh] 2. Calymmatobacterium[mh] 3. Calymmatobacterium granulomatis[tiab] 4. Donovanias[tiab] 5. Granuloma Venereum[tiab] 6. Donovanosis[tiab] 7. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 6 8. Meta-Analysis as Topic[mh] 9. Meta-Analysis[pt] 10. Systematic review[tiab] 11. 8 OR # 9 OR # 10 12. 7 AND # 11
Número de referencias identificadas	0

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	23/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Herpes Genitalis[mh] 2. Herpes Simplex[mh] 3. Genital herpes[tiab] 4. Herpes simplex virus[tiab] 5. HSV-1[tiab] 6. HSV-2[tiab] 7. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 6 8. Meta-Analysis as Topic[mh] 9. Meta-Analysis[pt] 10. Systematic review[tiab] 11. 8 OR # 9 OR # 10 12. 7 AND # 11
Número de referencias identificadas	71

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Embase
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	25/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. 'Syphilis':ti,ab 2. 'Treponema pallidum':ti,ab 3. #1 OR # 2 4. 'Review'/exp 5. 'Review' 6. 4 OR # 5 7. 'Literature' adj3 review\$:ti,ab 8. 'Meta' 9. 'Analysis'/exp 10. #8 AND # 9 11. 'Systematic review'/exp 12. #6 OR # 7 OR # 10 OR # 11 13. 'Medline':ti,ab 14. 'Medlars':ti,ab 15. 'Embase':ti,ab 16. 'Pubmed':ti,ab

	17. 'Cinahl':ti,ab 18. 'Amed':ti,ab 19. 'Psychlit':ti,ab 20. 'Psychlit':ti,ab 21. 'Psychinfo':ti,ab 22. 'Psychinfo':ti,ab 23. 'Scisearch':ti,ab 24. 'Cochrane':ti,ab 25. 13 OR # 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21 OR # 22 OR # 23 OR # 24 26. 'Retracted' 27. 'Article'/exp 28. 26 AND # 27 29. 25 OR # 28 30. 12 AND # 29 31. Systematic\$:ti,ab adj2 (review\$:ti,ab OR 'overview':ti,ab) 32. Meta anal\$:ti,ab 33. Meta:ti,ab 34. 32 OR # 33 35. Anal\$:ti,ab 36. 'Meta anal\$':ti,ab 37. Metaanal\$:ti,ab 38. Metanal\$:ti,ab 39. 35 OR # 36 OR # 37 OR # 38 40. 34 AND # 39 41. 30 OR # 31 OR # 40 42. 3 AND # 41
Número de referencias identificadas	2145

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Embase
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	25/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Syphilis:ti,ab 2. Treponema 3. 1 OR # 2 4. Pallidum:ti,ab 5. Penicillin 6. 4 OR # 5 7. Allergy:ti,ab 8. Hipersens\$:ti,ab 9. 7 OR # 8 10. 3 AND # 6 AND # 9 11. 'Review'/exp 12. Review 13. 11 OR # 12 14. Literature adj3 review\$:ti,ab 15. Meta 16. 'Analysis'/exp 17. 15 AND # 16 18. 'Systematic review'/exp 19. 13 OR # 14 OR # 17 OR # 18 20. Medline:ti,ab 21. Medlars:ti,ab 22. Embase:ti,ab 23. Pubmed:ti,ab 24. Cinahl:ti,ab

	25. Amed:ti,ab 26. Psychlit:ti,ab 27. Psychlit:ti,ab 28. Psychinfo:ti,ab 29. Psycinfo:ti,ab 30. Scisearch:ti,ab 31. Cochrane:ti,ab 32. 20 OR # 21 OR # 22 OR # 23 OR # 24 OR # 25 OR # 26 OR # 27 OR # 28 OR # 29 OR # 30 OR # 31 33. Retracted 34. 'Article'/exp 35. 33 AND # 34 36. 32 OR # 35 37. 19 AND # 36 38. Systematic\$:ti,ab adj2 (review\$:ti,ab OR # overview:ti,ab) 39. Meta anal\$:ti,ab 40. Meta:ti,ab 41. 39 OR # 40 42. Anal\$:ti,ab 43. 'Meta anal\$':ti,ab 44. Metaanal\$:ti,ab 45. Metanal\$:ti,ab 46. 42 OR # 43 OR # 44 OR # 45 47. 41 AND # 46 48. 37 OR # 38 OR # 47 49. 10 AND # 48
Número de referencias identificadas	596

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Embase
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	25/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Chancroid:ti,ab 2. Haemophilus ducreyi:ti,ab 3. 1 OR # 2 4. 'Review'/exp 5. Review 6. 4 OR # 5 7. Literature adj3 review\$:ti,ab 8. Meta 9. 'Analysis'/exp 10. 8 AND # 9 11. 'Systematic review'/exp 12. 6 OR # 7 OR # 10 OR # 11 13. Medline:ti,ab 14. Medlars:ti,ab 15. Embase:ti,ab 16. Pubmed:ti,ab 17. Cinahl:ti,ab 18. Amed:ti,ab 19. Psychlit:ti,ab 20. Psychlit:ti,ab 21. Psychinfo:ti,ab 22. Psycinfo:ti,ab 23. Scisearch:ti,ab 24. Cochrane:ti,ab

	25. 13 OR # 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21 OR # 22 OR # 23 OR # 24 26. Retracted 27. 'Article'/exp 28. 26 AND # 27 29. 25 OR # 28 30. 12 AND # 29 31. Systematic\$:ti,ab adj2 (review\$:ti,ab OR # overview:ti,ab) 32. Meta anal\$:ti,ab 33. Meta:ti,ab 34. 32 OR # 33 35. Anal\$:ti,ab 36. 'Meta anal\$':ti,ab 37. Metaanal\$:ti,ab 38. Metanal\$:ti,ab 39. 35 OR # 36 OR # 37 OR # 38 40. 34 AND # 39 41. 30 OR # 31 OR # 40 42. 3 AND # 41
Número de referencias identificadas	70

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Embase
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	25/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Lymphogranuloma Venereum:ti,ab 2. Lymphogranuloma Inguinale:ti,ab 3. 1 OR # 2 4. 'Review'/exp 5. Review 6. 4 OR # 5 7. Literature adj3 review\$:ti,ab 8. Meta 9. 'Analysis'/exp 10. 8 AND # 9 11. 'Systematic review'/exp 12. 6 OR # 7 OR # 10 OR # 11 13. Medline:ti,ab 14. Medlars:ti,ab 15. Embase:ti,ab 16. Pubmed:ti,ab 17. Cinahl:ti,ab 18. Amed:ti,ab 19. Psychlit:ti,ab 20. Psyclit:ti,ab 21. Psychinfo:ti,ab 22. Psycinfo:ti,ab 23. Scisearch:ti,ab 24. Cochrane:ti,ab 25. 13 OR # 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21 OR # 22 OR # 23 OR # 24 26. Retracted 27. 'Article'/exp 28. 26 AND # 27 29. 25 OR # 28

	30. 12 AND # 29 31. Systematic\$:ti,ab adj2 (review\$:ti,ab OR # overview:ti,ab) 32. Meta anal\$:ti,ab 33. Meta:ti,ab 34. 32 OR # 33 35. Anal\$:ti,ab 36. 'Meta anal\$':ti,ab 37. Metaanal\$:ti,ab 38. Metanal\$:ti,ab 39. 35 OR # 36 OR # 37 OR # 38 40. 34 AND # 39 41. 30 OR # 31 OR # 40 42. 3 AND # 41
Número de referencias identificadas	35

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Embase
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	25/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Granuloma Inguinale:ti,ab 2. Calymmatobacterium:ti,ab 3. Donovania:ti,ab 4. Granuloma Venereum:ti,ab 5. Donovanosis:ti,ab 6. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 7. 'Review'/exp 8. Review 9. 7 OR # 8 10. Literature adj3 review\$:ti,ab 11. Meta 12. 'Analysis'/exp 13. 11 AND # 12 14. 'Systematic review'/exp 15. 9 OR # 10 OR # 13 OR # 14 16. Medline:ti,ab 17. Medlars:ti,ab 18. Embase:ti,ab 19. Pubmed:ti,ab 20. Cinahl:ti,ab 21. Amed:ti,ab 22. Psychlit:ti,ab 23. Psyclit:ti,ab 24. Psychinfo:ti,ab 25. Psycinfo:ti,ab 26. Scisearch:ti,ab 27. Cochrane:ti,ab 28. 16 OR # 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21 OR # 22 OR # 23 OR # 24 OR # 25 OR # 26 OR # 27 29. Retracted 30. 'Article'/exp 31. 29 AND # 30 32. 28 OR # 31 33. 15 AND # 32 34. Systematic\$:ti,ab adj2 (review\$:ti,ab OR # overview:ti,ab) 35. Meta anal\$:ti,ab

	36. Meta:ti,ab 37. 35 OR # 36 38. Anal\$:ti,ab 39. 'Meta anal\$:ti,ab 40. Metaanal\$:ti,ab 41. Metanal\$:ti,ab 42. 38 OR # 39 OR # 40 OR # 41 43. 37 AND # 42 44. 33 OR # 34 OR # 43 45. 6 AND # 44
Número de referencias identificadas	57

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Embase
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	25/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Herpes Genitalis:ti,ab 2. Herpes Simplex:ti,ab 3. Genital herpes:ti,ab 4. Herpes simplex virus:ti,ab 5. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 6. 'Review'/exp 7. Review 8. 6 OR # 7 9. Literature adj3 review\$:ti,ab 10. Meta 11. 'Analysis'/exp 12. 10 AND # 11 13. 'Systematic review'/exp 14. 8 OR # 9 OR # 12 OR # 13 15. Medline:ti,ab 16. Medlars:ti,ab 17. Embase:ti,ab 18. Pubmed:ti,ab 19. Cinahl:ti,ab 20. Amed:ti,ab 21. Psychlit:ti,ab 22. Psyclit:ti,ab 23. Psychinfo:ti,ab 24. Psycinfo:ti,ab 25. Scisearch:ti,ab 26. Cochrane:ti,ab 27. 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21 OR # 22 OR # 23 OR # 24 OR # 25 OR # 26 28. Retracted 29. 'Article'/exp 30. 28 AND # 29 31. 27 OR # 30 32. 14 AND # 31 33. Systematic\$:ti,ab adj2 (review\$:ti,ab OR # overview:ti,ab) 34. Meta anal\$:ti,ab 35. Meta:ti,ab 36. 34 OR # 35 37. Anal\$:ti,ab 38. 'Meta anal\$:ti,ab 39. Metaanal\$:ti,ab

	40. Metanal\$:ti,ab 41. 37 OR # 38 OR # 39 OR # 40 42. 36 AND # 41 43. 32 OR # 33 OR # 42 44. 5 AND # 43
Número de referencias identificadas	3756

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	LILACS
Motor de búsqueda	Biblioteca Virtual en Salud
Fecha de búsqueda	23/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Sifil\$ 2. Treponema pallidum 3. Sifilis 4. 1 OR # 2 OR # 3 5. Revision 6. Revisao 7. Metaanálisis 8. Meta-análise 9. 5 OR # 6 OR # 7 OR # 8 10. 4 AND # 9
Número de referencias identificadas	171

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	LILACS
Motor de búsqueda	Biblioteca Virtual en Salud
Fecha de búsqueda	23/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Sifil\$ 2. Treponema pallidum 3. Sifilis 4. 1 OR # 2 OR # 3 5. Alergia 6. Penicilina 7. 5 AND # 6 8. Revision 9. Revisao 10. Metaanálisis 11. Meta-análise 12. 8 OR # 9 OR # 10 OR # 11 13. 4 AND # 7 AND # 12
Número de referencias identificadas	2

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	LILACS
Motor de búsqueda	Biblioteca Virtual en Salud
Fecha de búsqueda	23/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Chancro\$ 2. Haemophilus ducreyi 3. 1 OR # 2 4. Revision 5. Revisao

	6. Metaanálisis 7. meta-análise 8. 4 OR # 5 OR # 6 OR # 7 9. 3 AND # 8
Número de referencias identificadas	2
Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	LILACS
Motor de búsqueda	Biblioteca Virtual en Salud
Fecha de búsqueda	23/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Linfograno& 2. Vener& 3. Inguin\$ 4. 2 OR # 3 5. 1 AND # 4 6. Revision 7. Revisao 8. Metaanálisis 9. Meta-análise 10. 6 OR # 7 OR # 8 OR # 9 11. 5 AND # 10
Número de referencias identificadas	0

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	LILACS
Motor de búsqueda	Biblioteca Virtual en Salud
Fecha de búsqueda	23/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Granuloma inguinal 2. Donovanos\$ 3. Calymmatobacterium\$ 4. 1 OR # 2 OR # 3 5. Revision 6. Revisao 7. Metaanálisis 8. Meta-análise 9. 5 OR # 6 OR # 7 OR # 8 10. 4 AND # 9
Número de referencias identificadas	192

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	LILACS
Motor de búsqueda	Biblioteca Virtual en Salud
Fecha de búsqueda	23/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Herpes 2. Genital 3. 1 AND # 2 4. Virus 5. Herpes 6. Simple\$ 7. 4 AND # 5 AND # 6 8. Revision 9. Revisao 10. Metaanálisis

	11. Meta-análise 12. 8 OR # 9 OR # 10 OR # 11 13. 3 AND # 7 AND # 12
Número de referencias identificadas	39

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	23/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. "Syphilis" 2. "Treponema pallidum" 3. 1 OR # 2
Número de referencias identificadas	5

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	23/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. "Syphilis" 2. "Treponema pallidum" 3. 1 OR # 2 4. Allergy 5. 3 AND # 4
Número de referencias identificadas	5

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	23/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. "Chancroid" 2. "Haemophilus ducreyi" 3. 1 OR # 2
Número de referencias identificadas	0

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	23/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. "Lymphogranuloma Venereum" 2. "Lymphogranuloma Inguinale" 3. 1 OR # 2
Número de referencias identificadas	0

Síndrome de úlcera genital

Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	23/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. "Granuloma Inguinale" 2. "Calymmatobacterium" 3. "Donova" 4. 1 OR # 2 OR # 3
Número de referencias identificadas	0

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	23/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. "Herpes Genitalis" 2. "Herpes simplex virus" 3. 1 OR # 2
Número de referencias identificadas	0

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	03/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Meta-Analysis Review
Estrategia de búsqueda	1. Syphilis[mh] 2. Treponema pallidum[mh] 3. Treponema pallidum[tiab] 4. Great Pox[tiab] 5. Syphilis[tiab] 6. Chancroid[mh] 7. Haemophilus ducreyi[mh] 8. Chancroid[tiab] 9. Haemophilus ducreyi[tiab] 10. Lymphogranuloma Venereum[mh] 11. Lymphogranuloma Venereum[tiab] 12. Lymphogranuloma Inguinale[tiab] 13. Granuloma Inguinale[mh] 14. Calymmatobacterium[mh] 15. Calymmatobacterium granulomatis[tiab] 16. Donovanias[tiab] 17. Granuloma Venereum[tiab] 18. Donovanosis[tiab] 19. Herpes Genitalis[mh] 20. Herpes Simplex[mh] 21. Genital herpes[tiab] 22. Herpes simplex virus[tiab] 23. HSV-1[tiab] 24. HSV-2[tiab] 25. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 6 OR # 7 OR # 8 OR # 9 OR # 10 OR # 11 OR # 12 OR # 13 OR # 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21 OR # 22 OR # 23 OR # 24

	26. Partner, Sexual[mh] 27. Partner*[tiab] 28. Partner[tiab] 29. Notification[tiab] 30. 28 AND # 29 31. 26 OR # 27 OR # 30 32. 25 AND # 31
Número de referencias identificadas	195

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Embase
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	03/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Syphilis:ti,ab 2. Chancroid:ti,ab 3. Haemophilus ducreyi:ti,ab 4. Lymphogranuloma Venereum:ti,ab 5. Lymphogranuloma Inguinale:ti,ab 6. Granuloma Inguinale:ti,ab 7. Calymmatobacterium:ti,ab 8. Donovanias:ti,ab 9. Granuloma Venereum:ti,ab 10. Donovanosis:ti,ab 11. Herpes Genitalis:ti,ab 12. Herpes Simplex:ti,ab 13. Genital herpes:ti,ab 14. Herpes simplex virus:ti,ab 15. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 6 OR # 7 OR # 8 OR # 9 OR # 10 OR # 11 OR # 12 OR # 13 OR # 14 16. Partner 17. Notification 18. 16 AND # 17 19. Partner 20. Sexual 21. Partner 22. 20 AND # 21 23. 18 OR # 19 OR # 22 24. 15 AND # 23 25. 'Review'/exp 26. Review 27. 25 OR # 26 28. Literature adj3 review\$:ti,ab 29. Meta 30. 'Analysis'/exp 31. 29 AND # 30 32. 'Systematic review'/exp 33. 27 OR # 28 OR # 31 OR # 32 34. Medline:ti,ab 35. Medlars:ti,ab 36. Embase:ti,ab 37. Pubmed:ti,ab 38. Cinahl:ti,ab 39. Amed:ti,ab 40. Psychlit:ti,ab 41. Psyclit:ti,ab 42. Psychinfo:ti,ab 43. Psycinfo:ti,ab

	44. Scisearch:ti,ab 45. Cochrane:ti,ab 46. 34 OR # 35 OR # 36 OR # 37 OR # 38 OR # 39 OR # 40 OR # 41 OR # 42 OR # 43 OR # 44 OR # 45 47. Retracted 48. 'Article'/exp 49. 47 AND # 48 50. 46 OR # 49 51. 33 AND # 50 52. Systematic\$:ti,ab adj2 (review\$:ti,ab OR # overview:ti,ab) 53. Meta anal\$:ti,ab 54. Meta:ti,ab 55. 53 OR # 54 56. Anal\$:ti,ab 57. 'Meta anal\$:ti,ab 58. Metaanal\$:ti,ab 59. Metanal\$:ti,ab 60. 56 OR # 57 OR # 58 OR # 59 61. 55 AND # 60 62. 51 OR # 52 OR # 61 63. 24 AND # 62
Número de referencias identificadas	32

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	LILACS
Motor de búsqueda	Biblioteca Virtual en Salud
Fecha de búsqueda	03/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Sifil\$ 2. Treponema pallidum 3. Sifilis 4. Chancro\$ 5. Haemophilus ducreyi 6. Linfogranulo& 7. Vener& 8. Inguin\$ 9. 7 OR # 8 10. 6 AND # 9 11. Granuloma inguinal 12. Donovanos\$ 13. Calymmatobacterium\$ 14. Herpes 15. Genital 16. 14 AND # 15 17. Virus 18. Herpes 19. Simple\$ 20. 17 AND # 18 AND # 19 21. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 10 OR # 11 OR # 12 OR # 13 OR # 16 OR # 20 22. Partner 23. Notification 24. 22 AND # 23 25. Partner 26. Sexual 27. Partner 28. 26 AND # 27

	29. 24 OR # 25 OR # 28 30. Revision 31. Revisao 32. Metaanálisis 33. Meta-análise 34. 30 OR # 31 OR # 32 OR # 33 35. 21 AND # 29 AND # 34
Número de referencias identificadas	0

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	LILACS
Motor de búsqueda	Biblioteca Virtual en Salud
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Herpes 2. Genital 3. 1 AND # 2 4. Virus 5. Herpes 6. Simple\$ 7. 4 AND # 5 AND # 6 8. 3 OR # 7 9. Pregnancy 10. Breastfeeding 11. Gravidez 12. Amamentação 13. 9 OR # 10 OR # 11 OR # 12 14. Revision 15. Revisao 16. Metaanálisis 17. Meta-análise 18. 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 19. 8 AND # 13 AND # 18
Número de referencias identificadas	0

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	03/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Syphilis 2. Treponema pallidum 3. Treponema pallidum 4. Great Pox 5. Syphilis 6. Chancroid 7. Haemophilus ducreyi 8. Chancroid 9. Haemophilus ducreyi 10. Lymphogranuloma Venereum 11. Lymphogranuloma Venereum 12. Lymphogranuloma Inguinale 13. Granuloma Inguinale 14. Calymmatobacterium 15. Calymmatobacterium granulomatis 16. Donovanía

	17. Granuloma Venereum 18. Donovanosis 19. Herpes Genitalis 20. Herpes Simplex 21. Genital herpes 22. Herpes simplex virus 23. HSV-1 24. HSV-2 25. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 6 OR # 7 OR # 8 OR # 9 OR # 10 OR # 11 OR # 12 OR # 13 OR # 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21 OR # 22 OR # 23 OR # 24 26. Partner, Sexual 27. Partner* 28. Partner 29. Notification 30. 28 AND # 29 31. 26 OR # 27 OR # 30 32. 25 AND # 31
Número de referencias identificadas	3

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Syphilis[mh] 2. Treponema pallidum[mh] 3. Treponema pallidum[tiab] 4. Great Pox[tiab] 5. Syphilis[tiab] 6. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 7. Pregnancy[mh] 8. Pregnan*[tiab] 9. Breast Feeding[mh] 10. Breastfee*[tiab] 11. 7 OR # 8 OR # 9 OR # 10 12. Meta-Analysis as Topic[mh] 13. Meta-Analysis[pt] 14. Systematic review[tiab] 15. 12 OR # 13 OR # 14 16. 6 AND # 11 AND # 15
Número de referencias identificadas	7

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Syphilis[mh] 2. Treponema pallidum[mh] 3. Treponema pallidum[tiab] 4. Great Pox[tiab] 5. Syphilis[tiab] 6. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5

	<ul style="list-style-type: none"> 7. Penicillin allergy[tw] 8. Pregnancy[mh] 9. Pregnan*[tiab] 10. Breast Feeding[mh] 11. Breastfee*[tiab] 12. 8 OR # 9 OR # 10 OR # 11 13. Meta-Analysis as Topic[mh] 14. Meta-Analysis[pt] 15. Systematic review[tiab] 16. 13 OR # 14 OR # 15 17. 6 AND # 7 AND # 12 AND # 16
Número de referencias identificadas	0

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ul style="list-style-type: none"> 1. Chancroid[mh] 2. Haemophilus ducreyi[mh] 3. Chancroid[tiab] 4. Haemophilus ducreyi[tiab] 5. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 6. Pregnancy[mh] 7. Pregnan*[tiab] 8. Breast Feeding[mh] 9. Breastfee*[tiab] 10. 6 OR # 7 OR # 8 OR # 9 11. Meta-Analysis as Topic[mh] 12. Meta-Analysis[pt] 13. Systematic review[tiab] 14. 11 OR # 12 OR # 13 15. 5 AND # 10 AND # 14
Número de referencias identificadas	0

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ul style="list-style-type: none"> 1. Lymphogranuloma Venereum[mh] 2. Lymphogranuloma Venereum[tiab] 3. Lymphogranuloma Inguinale[tiab] 4. 1 OR # 2 OR # 3 5. Pregnancy[mh] 6. Pregnan*[tiab] 7. Breast Feeding[mh] 8. Breastfee*[tiab] 9. 5 OR # 6 OR # 7 OR # 8 10. Meta-Analysis as Topic[mh] 11. Meta-Analysis[pt] 12. Systematic review[tiab] 13. 10 OR # 11 OR # 12 14. 4 AND # 9 AND # 13
Número de referencias identificadas	0

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Granuloma Inguinale[mh] 2. Calymmatobacterium[mh] 3. Calymmatobacterium granulomatis[tiab] 4. Donovanias[tiab] 5. Granuloma Venereum[tiab] 6. Donovanosis[tiab] 7. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 6 8. Pregnancy[mh] 9. Pregnant*[tiab] 10. Breast Feeding[mh] 11. Breastfeed*[tiab] 12. 8 OR # 9 OR # 10 OR # 11 13. Meta-Analysis as Topic[mh] 14. Meta-Analysis[pt] 15. Systematic review[tiab] 16. 13 OR # 14 OR # 15 17. 7 AND # 12 AND # 16
Número de referencias identificadas	0
Número de referencias duplicadas	-
Número de referencias para tamizaje	-
Número de referencias excluidas en el tamizaje	-
Número de artículos en texto completo evaluados para elegibilidad	-
Número de artículos en texto completo excluidos	-
Número de estudios incluidos en la síntesis de evidencia	-

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Herpes Genitalis[Mesh] 2. Herpes Simplex[Mesh] 3. Genital herpes[tiab] 4. Herpes simplex virus[tiab] 5. HSV-1[tiab] 6. HSV-2[tiab] 7. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 6 8. Pregnancy[Mesh] 9. Pregnant*[tiab] 10. Breast Feeding[Mesh] 11. Breastfeed*[tiab] 12. 8 OR # 9 OR # 10 OR # 11 13. Meta-Analysis as Topic[Mesh] 14. Meta-Analysis[pt] 15. Systematic review[tiab] 16. 13 OR # 14 OR # 15 17. 7 AND # 12 AND # 16
Número de referencias identificadas	8

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Embase
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Syphilis:ti,ab 2. Pregnancy:ti,ab 3. Breast 4. Feeding:ti,ab 5. 3 AND # 4 6. 2 OR # 5 7. 1 AND # 6 8. 'Review'/exp 9. Review 10. 8 OR # 9 11. Literature adj3 review\$:ti,ab 12. Meta 13. 'Analysis'/exp 14. 12 AND # 13 15. 'Systematic review'/exp 16. 10 OR # 11 OR # 14 OR # 15 17. Medline:ti,ab 18. Medlars:ti,ab 19. Embase:ti,ab 20. Pubmed:ti,ab 21. Cinahl:ti,ab 22. Amed:ti,ab 23. Psychlit:ti,ab 24. Psyclit:ti,ab 25. Psychinfo:ti,ab 26. Psycinfo:ti,ab 27. Scisearch:ti,ab 28. Cochrane:ti,ab 29. 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21 OR # 22 OR # 23 OR # 24 OR # 25 OR # 26 OR # 27 OR # 28 30. Retracted 31. 'Article'/exp 32. 30 AND # 31 33. 29 OR # 32 34. 16 AND # 33 35. Systematic\$:ti,ab adj2 (review\$:ti,ab OR # overview:ti,ab) 36. Meta anal\$:ti,ab 37. Meta:ti,ab 38. 36 OR # 37 39. Anal\$:ti,ab 40. 'Meta anal\$':ti,ab 41. Metaanal\$:ti,ab 42. Metanal\$:ti,ab 43. 39 OR # 40 OR # 41 OR # 42 44. 38 AND # 43 45. 34 OR # 35 OR # 44 46. 7 AND # 45
Número de referencias identificadas	165

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Embase
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Syphilis:ti,ab 2. Pregnancy:ti,ab 3. Breast 4. Feeding:ti,ab 5. 3 AND # 4 6. 2 OR # 5 7. Penicillin 8. Allergy:ti,ab 9. Hipersens\$:ti,ab 10. 8 OR # 9 11. 7 AND # 10 12. 1 AND # 6 AND # 11 13. 'Review'/exp 14. Review 15. 13 OR # 14 16. Literature adj3 review\$:ti,ab 17. Meta 18. 'Analysis'/exp 19. 17 AND # 18 20. 'Systematic review'/exp 21. 15 OR # 16 OR # 19 OR # 20 22. Medline:ti,ab 23. Medlars:ti,ab 24. Embase:ti,ab 25. Pubmed:ti,ab 26. Cinahl:ti,ab 27. Amed:ti,ab 28. Psychlit:ti,ab 29. Psyclit:ti,ab 30. Psychinfo:ti,ab 31. Psycinfo:ti,ab 32. Scisearch:ti,ab 33. Cochrane:ti,ab 34. 22 OR # 23 OR # 24 OR # 25 OR # 26 OR # 27 OR # 28 OR # 29 OR # 30 OR # 31 OR # 32 OR # 33 35. Retracted 36. 'Article'/exp 37. 35 AND # 36 38. 34 OR # 37 39. 21 AND # 38 40. Systematic\$:ti,ab adj2 (review\$:ti,ab OR # overview:ti,ab) 41. Meta anal\$:ti,ab 42. Meta:ti,ab 43. 41 OR # 42 44. Anal\$:ti,ab 45. 'Meta anal\$':ti,ab 46. Metaanal\$:ti,ab 47. Metanal\$:ti,ab 48. 44 OR # 45 OR # 46 OR # 47 49. 43 AND # 48 50. 39 OR # 40 OR # 49 51. 12 AND # 50
Número de referencias identificadas	5

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Embase
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chancroid:ti,ab 2. Haemophilus ducreyi:ti,ab 3. 1 OR # 2 4. Pregnancy:ti,ab 5. Breast 6. Feeding:ti,ab 7. 5 AND # 6 8. 4 OR # 7 9. 3 AND # 8 10. 'Review'/exp 11. Review 12. 10 OR # 11 13. Literature adj3 review\$:ti,ab 14. Meta 15. 'Analysis'/exp 16. 14 AND # 15 17. 'Systematic review'/exp 18. 12 OR # 13 OR # 16 OR # 17 19. Medline:ti,ab 20. Medlars:ti,ab 21. Embase:ti,ab 22. Pubmed:ti,ab 23. Cinahl:ti,ab 24. Amed:ti,ab 25. Psychlit:ti,ab 26. Psyclit:ti,ab 27. Psychinfo:ti,ab 28. Psycinfo:ti,ab 29. Scisearch:ti,ab 30. Cochrane:ti,ab 31. 19 OR # 20 OR # 21 OR # 22 OR # 23 OR # 24 OR # 25 OR # 26 OR # 27 OR # 28 OR # 29 OR # 30 32. Retracted 33. 'Article'/exp 34. 32 AND # 33 35. 31 OR # 34 36. 18 AND # 35 37. Systematic\$:ti,ab adj2 (review\$:ti,ab OR # overview:ti,ab) 38. Meta anal\$:ti,ab 39. Meta:ti,ab 40. 38 OR # 39 41. Anal\$:ti,ab 42. 'Meta anal\$':ti,ab 43. Metaanal\$:ti,ab 44. Metanal\$:ti,ab 45. 41 OR # 42 OR # 43 OR # 44 46. 40 AND # 45 47. 36 OR # 37 OR # 46 48. 9 AND # 47
Número de referencias identificadas	4

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Embase
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lymphogranuloma Venereum:ti,ab 2. Lymphogranuloma Inguinale:ti,ab 3. 1 OR # 2 4. Pregnancy:ti,ab 5. Breast 6. Feeding:ti,ab 7. 5 AND # 6 8. 4 OR # 7 9. 3 AND # 8 10. 'Review'/exp 11. Review 12. 10 OR # 11 13. Literature adj3 review\$:ti,ab 14. Meta 15. 'Analysis'/exp 16. 14 AND # 15 17. 'Systematic review'/exp 18. 12 OR # 13 OR # 16 OR # 17 19. Medline:ti,ab 20. Medlars:ti,ab 21. Embase:ti,ab 22. Pubmed:ti,ab 23. Cinahl:ti,ab 24. Amed:ti,ab 25. Psychlit:ti,ab 26. Psyclit:ti,ab 27. Psychinfo:ti,ab 28. Psycinfo:ti,ab 29. Scisearch:ti,ab 30. Cochrane:ti,ab 31. 19 OR # 20 OR # 21 OR # 22 OR # 23 OR # 24 OR # 25 OR # 26 OR # 27 OR # 28 OR # 29 OR # 30 32. Retracted 33. 'Article'/exp 34. 32 AND # 33 35. 31 OR # 34 36. 18 AND # 35 37. Systematic\$:ti,ab adj2 (review\$:ti,ab OR # overview:ti,ab) 38. Meta anal\$:ti,ab 39. Meta:ti,ab 40. 38 OR # 39 41. Anal\$:ti,ab 42. 'Meta anal\$':ti,ab 43. Metaanal\$:ti,ab 44. Metanal\$:ti,ab 45. 41 OR # 42 OR # 43 OR # 44 46. 40 AND # 45 47. 36 OR # 37 OR # 46 48. 9 AND # 47
Número de referencias identificadas	4

Síndrome de úlcera genital

Base de datos	Embase
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Granuloma Inguinale:ti,ab 2. Calymmatobacterium:ti,ab 3. Donovanias:ti,ab 4. Granuloma Venereum:ti,ab 5. Donovanosis:ti,ab 6. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 7. Pregnancy:ti,ab 8. Breast 9. Feeding:ti,ab 10. 8 AND # 9 11. 7 OR # 10 12. 6 AND # 11 13. 'Review'/exp 14. Review 15. 13 OR # 14 16. Literature adj3 review\$:ti,ab 17. Meta 18. 'Analysis'/exp 19. 17 AND # 18 20. 'Systematic review'/exp 21. 15 OR # 16 OR # 19 OR # 20 22. Medline:ti,ab 23. Medlars:ti,ab 24. Embase:ti,ab 25. Pubmed:ti,ab 26. Cinahl:ti,ab 27. Amed:ti,ab 28. Psychlit:ti,ab 29. Psyclit:ti,ab 30. Psychinfo:ti,ab 31. Psycinfo:ti,ab 32. Scisearch:ti,ab 33. Cochrane:ti,ab 34. 22 OR # 23 OR # 24 OR # 25 OR # 26 OR # 27 OR # 28 OR # 29 OR # 30 OR # 31 OR # 32 OR # 33 35. Retracted 36. 'Article'/exp 37. 35 AND # 36 38. 34 OR # 37 39. 21 AND # 38 40. Systematic\$:ti,ab adj2 (review\$:ti,ab OR # overview:ti,ab) 41. Meta anal\$:ti,ab 42. Meta:ti,ab 43. 41 OR # 42 44. Anal\$:ti,ab 45. 'Meta anal\$':ti,ab 46. Metaanal\$:ti,ab 47. Metanal\$:ti,ab 48. 44 OR # 45 OR # 46 OR # 47 49. 43 AND # 48 50. 39 OR # 40 OR # 49 51. 12 AND # 50
Número de referencias identificadas	6

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Embase
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Herpes Genitalis:ti,ab 2. Herpes Simplex:ti,ab 3. Genital herpes:ti,ab 4. Herpes simplex virus:ti,ab 5. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 6. Pregnancy:ti,ab 7. Breast 8. Feeding:ti,ab 9. 7 AND # 8 10. 6 OR # 9 11. 5 AND # 10 12. 'Review'/exp 13. Review 14. 12 OR # 13 15. Literature adj3 review\$:ti,ab 16. Meta 17. 'Analysis'/exp 18. 16 AND # 17 19. 'Systematic review'/exp 20. 14 OR # 15 OR # 18 OR # 19 21. Medline:ti,ab 22. Medlars:ti,ab 23. Embase:ti,ab 24. Pubmed:ti,ab 25. Cinahl:ti,ab 26. Amed:ti,ab 27. Psychlit:ti,ab 28. Psyclit:ti,ab 29. Psychinfo:ti,ab 30. Psycinfo:ti,ab 31. Scisearch:ti,ab 32. Cochrane:ti,ab 33. 21 OR # 22 OR # 23 OR # 24 OR # 25 OR # 26 OR # 27 OR # 28 OR # 29 OR # 30 OR # 31 OR # 32 34. Retracted 35. 'Article'/exp 36. 34 AND # 35 37. 33 OR # 36 38. 20 AND # 37 39. Systematic\$:ti,ab adj2 (review\$:ti,ab OR # overview:ti,ab) 40. Meta anal\$:ti,ab 41. Meta:ti,ab 42. 40 OR # 41 43. Anal\$:ti,ab 44. 'Meta anal\$':ti,ab 45. Metaanal\$:ti,ab 46. Metanal\$:ti,ab 47. 43 OR # 44 OR # 45 OR # 46 48. 42 AND # 47 49. 38 OR # 39 OR # 48 50. 11 AND # 49
Número de referencias identificadas	163

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	LILACS
Motor de búsqueda	Biblioteca Virtual en Salud
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sifil\$ 2. Treponema pallidum 3. Sifilis 4. 1 OR # 2 OR # 3 5. Pregnancy 6. Breastfeeding 7. Gravidez 8. Amamentação 9. 5 OR # 6 OR # 7 OR # 8 10. Revision 11. Revisao 12. Metaanálisis 13. Meta-análise 14. 10 OR # 11 OR # 12 OR # 13 15. 4 AND # 9 AND # 14
Número de referencias identificadas	9

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	LILACS
Motor de búsqueda	Biblioteca Virtual en Salud
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sifil\$ 2. Treponema pallidum 3. Sifilis 4. 1 OR # 2 OR # 3 5. Pregnancy 6. Breastfeeding 7. Gravidez 8. Amamentação 9. 5 OR # 6 OR # 7 OR # 8 10. Alergia 11. Penicilina 12. 10 AND # 11 13. Revision 14. Revisao 15. Metaanálisis 16. Meta-análise 17. 13 OR # 14 OR # 15 OR # 16 18. 4 AND # 9 AND # 12 AND # 17
Número de referencias identificadas	0

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	LILACS
Motor de búsqueda	Biblioteca Virtual en Salud
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno

Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chancro\$ 2. Haemophilus ducreyi 3. 1 OR # 2 4. Pregnancy 5. Breastfeeding 6. Gravidez 7. Amamentação 8. 4 OR # 5 OR # 6 OR # 7 9. Revision 10. Revisao 11. Metaanálisis 12. Meta-análise 13. 9 OR # 10 OR # 11 OR # 12 14. 3 AND # 8 AND # 13
Número de referencias identificadas	0

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	LILACS
Motor de búsqueda	Biblioteca Virtual en Salud
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Linfogranulo& 2. Vener& 3. Inguin\$ 4. 2 OR # 3 5. 1 AND # 4 6. Pregnancy 7. Breastfeeding 8. Gravidez 9. Amamentação 10. 6 OR # 7 OR # 8 OR # 9 11. Revision 12. Revisao 13. Metaanálisis 14. Meta-análise 15. 11 OR # 12 OR # 13 OR # 14 16. 5 AND # 10 AND # 15
Número de referencias identificadas	0

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	LILACS
Motor de búsqueda	Biblioteca Virtual en Salud
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Granuloma inguinal 2. Donovanos\$ 3. Calymmatobacterium\$ 4. 1 OR # 2 OR # 3 5. Pregnancy 6. Breastfeeding 7. Gravidez 8. Amamentação 9. 5 OR # 6 OR # 7 OR # 8 10. Revision 11. Revisao 12. Metaanálisis

	13. Meta-análise 14. 10 OR # 11 OR # 12 OR # 13 15. 4 AND # 9 AND # 14
Número de referencias identificadas	0

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	LILACS
Motor de búsqueda	Biblioteca Virtual en Salud
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Herpes 2. Genital 3. 1 AND # 2 4. Virus 5. Herpes 6. Simple\$ 7. 4 AND # 5 AND # 6 8. 3 OR # 7 9. Pregnancy 10. Breastfeeding 11. Gravidez 12. Amamentação 13. 9 OR # 10 OR # 11 OR # 12 14. Revision 15. Revisao 16. Metaanálisis 17. Meta-análise 18. 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 19. 8 AND # 13 AND # 18
Número de referencias identificadas	5

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. "Syphilis" 2. "Treponema pallidum" 3. 1 OR # 2 4. Pregnancy 5. Breastfeeding 6. 4 OR # 5 7. 3 AND # 6
Número de referencias identificadas	33

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. "Syphilis" 2. "Treponema pallidum" 3. 1 OR # 2

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Pregnancy 5. Breastfeeding 6. 4 OR # 5 7. Allergy 8. 3 AND # 6 AND # 7
Número de referencias identificadas	5

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Chancroid" 2. "Haemophilus ducreyi" 3. 1 OR # 2 4. Pregnancy 5. Breastfeeding 6. 4 OR # 5 7. 3 AND # 6
Número de referencias identificadas	3

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Lymphogranuloma Venereum" 2. "Lymphogranuloma Inguinale" 3. 1 OR # 2 4. Pregnancy 5. Breastfeeding 6. 4 OR # 5 7. 3 AND # 6
Número de referencias identificadas	1

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Granuloma Inguinale" 2. "Calymmatobacterium" 3. "Donova" 4. 1 OR # 2 OR # 3 5. Pregnancy 6. Breastfeeding 7. 5 OR # 6 8. 4 AND # 7
Número de referencias identificadas	1

Síndrome de úlcera genital	
Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	02/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Herpes Genitalis" 2. "Herpes simplex virus" 3. 1 OR # 2 4. Pregnancy 5. Breastfeeding 6. 4 OR # 5 7. 3 AND # 6
Número de referencias identificadas	15

Most safe and effective treatment for genital ulcers	
Base de datos	The Cochrane Controlled Trials Register (CENTRAL)
Motor de búsqueda	Wiley
Fecha de búsqueda	28/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. MeSH descriptor: [Syphilis] explode all trees 2. MeSH descriptor: [Treponema pallidum] explode all trees 3. Treponema pallidum:ti,ab 4. Great Pox:ti,ab 5. Syphilis:ti,ab 6. Syphilis:ti,ab 7. 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 6 8. MeSH descriptor: [Azithromycin] explode all trees 9. MeSH descriptor: [Penicillin G Benzathine] explode all trees 10. MeSH descriptor: [Doxycycline] explode all trees 11. Doxycycline:ti,ab 12. Azithromycin:ti,ab 13. Pencillin G:ti,ab 14. Benzathine:ti,ab 15. MeSH descriptor: [Tetracycline] explode all trees 16. Tetracycline:ti,ab 17. MeSH descriptor: [Ceftriaxone] explode all trees 18. Ceftriaxone:ti,ab 19. 8 OR # 9 OR # 10 OR # 11 OR # 12 OR # 13 OR # 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18 20. 7 AND # 19
Número de referencias identificadas	

Most safe and effective treatment for genital ulcers	
Base de datos	MEDLINE
Motor de búsqueda	PubMed
Fecha de búsqueda	08/10/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Syphilis[mh] 2. Treponema pallidum[mh] 3. Treponema pallidum[tiab]

	4. Great Pox[tiab] 5. Syphilis[tiab] 6. Syphilis[tw] 7. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 8. Azithromycin[mh] 9. Penicillin G Benzathine[mh] 10. Doxycycline[mh] 11. Doxycycline[tw] 12. Azithromycin[tw] 13. Penicillin G[tw] 14. Benzathine[tw] 15. Tetracycline[mh] 16. Tetracycline[tw] 17. Ceftriaxone[mh] 18. Ceftriaxone[tw] 19. #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 20. Randomized controlled trial[pt] 21. Controlled clinical trial[pt] 22. Randomized[tiab] 23. Placebo[tiab] 24. Drug therapy[sh] 25. Randomly[tiab] 26. Trial[tiab] 27. Groups[tiab] 28. #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 29. Animals[mh] 30. Humans[mh] 31. Animals[mh] 32. #30 AND #31 33. #28 NOT #29 NOT #32 34. #7 AND #19 AND #33
Número de referencias identificadas	823

Most safe and effective treatment for genital ulcers	
Base de datos	Embase
Motor de búsqueda	
Fecha de búsqueda	28/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. 'Syphilis'/exp 2. 'Treponema pallidum'/exp 3. 'Treponema pallidum':ti,ab 4. 'Great Pox':ti,ab 5. 'Syphilis':ti,ab 6. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 7. 'Azithromycin'/exp 8. 'Penicillin G Benzathine'/exp 9. 'Doxycycline'/exp 10. 'Doxycycline' 11. 'Azithromycin' 12. 'Penicillin G' 13. 'Benzathine' 14. 'Tetracycline'/exp 15. 'Tetracycline' 16. 'Ceftriaxone'/exp 17. 'Ceftriaxone' 18. #7 OR #8 OR #9 OR #10 #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17

	19. 'Clinical trial'/exp 20. 'Randomized controlled trials'/exp 21. 'Random Allocation'/exp 22. 'Single-Blind Method'/exp 23. 'Double-Blind Method'/exp 24. 'Cross-Over Studies'/exp 25. 'Placebos'/exp 26. Randomi?ed controlled trial* 27. 'RCT' 28. 'Random allocation' 29. 'Randomly allocated' 30. 'Allocated randomly' 31. 'Allocated' near/2 'random' 32. Single blind* 33. Double blind* 34. ('treble' OR 'triple') near/2 blind* 35. Placebo* 36. 'Prospective Studies'/exp 37. #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 38. 'Case study'/exp 39. 'Case report' 40. 'Abstract report'/exp 41. 'Letter'/exp 42. #38 OR #39 OR #40 OR #41 43. 'animal'/exp 44. 'nor human'/exp 45. #43 AND #44 46. #37 NOT #42 NOT #45 47. #6 AND #18 AND #46
Número de referencias identificadas	219

Most safe and effective treatment for genital ulcers	
Base de datos	The Cochrane Controlled Trials Register (CENTRAL)
Motor de búsqueda	Ovid
Fecha de búsqueda	28/09/2011
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1. Herpes.ti,ab. 2. Genitalis.ti,ab. 3. #1 AND #2 4. Herpes.ti,ab. 5. Simplex.ti,ab. 6. Virus.ti,ab. 7. #4 AND #5 AND #6 8. #3 OR #7 9. exp Acyclovir/ 10. Acyclovir.tw. 11. exp Valaciclovir/ 12. Valaciclovir.tw. 13. exp Famciclovir/ 14. Famciclovir.tw. 15. #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 16. #8 AND #15
Número de referencias identificadas	16

SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL

SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL (TRICHOMINIASIS)

Clinical Questions

What are the effects of drug treatments for trichomonas in non-pregnant symptomatic women?

What are the effects of drug treatments for trichomonas in pregnant symptomatic women?

"Trichomonas"[Mesh] OR "Trichomonas" [All Fields] OR "Trichomonas" [tw] OR "Trichomona" [tw] OR "Trichomonas Vaginitis"[Mesh] OR "Trichomonas Vaginitis" [All Fields] OR "Trichomonas Vaginitis" [tw] OR "Trichomonas vaginalis"[Mesh] OR "Trichomonas vaginalis" [All Fields] OR "Trichomonas vaginalis" [tw] OR "Trichomonas vaginali" [tw] OR "vaginalis, Trichomonas" [tw] OR "Trichomonas Infections"[Mesh] OR "Trichomonas Infections" [All Fields] OR "Trichomonas Infections" [tw] OR "Infection, Trichomonas" [tw] OR "Trichomonas Infection" [tw]

Meta-analysis[Publication Type] OR meta-analysis[Title/Abstract] OR meta-analysis[MeSH Terms] OR review[Publication Type] OR search*[Title/Abstract]

BÚSQUEDA PUBMED TRICHOMONAS

#17	Search #8 AND #9 AND #16	16
#16	Search "Treatment Outcome"[Mesh] OR "Treatment Outcome"[All Fields] OR "Treatment Outcome"[tw] OR "Outcome, Treatment"[tw] OR "Rehabilitation Outcome"[tw] OR "Outcome, Rehabilitation"[tw] OR "Treatment Effectiveness"[tw] OR "Effectiveness, Treatment"[tw] OR "Treatment Efficacy"[tw] OR "Treatment Failure"[Mesh] OR "Treatment Failure"[All Fields] OR "Treatment Failure"[tw] OR "Failure, Treatment"[tw] OR "Treatment Failures"[tw]	519442
#15	Search #8 AND #9 AND #14	352
#14	Search "Pregnancy"[Mesh] OR "Pregnancy"[All Fields] OR "Pregnancy"[tw] OR "Pregnancies"[tw] OR "Gestation"[tw] OR "Pregnancy Complications, Parasitic"[Mesh] OR "Pregnancy Complications, Parasitic"[All Fields] OR "Pregnancy Complications, Parasitic"[tw] OR "Parasitic Pregnancy Complications"[tw] OR "Pregnancy Complications, Infectious"[Mesh] OR "Pregnancy Complications, Infectious"[All Fields] OR "Pregnancy Complications, Infectious"[tw] OR "Infectious Pregnancy Complications"[tw] OR "Pregnancy Complications"[Mesh] OR "Pregnancy Complications"[All Fields] OR "Pregnancy Complications"[tw] OR "Complications, Pregnancy"[tw] OR "Pregnancy Complication"[tw] OR "Female Urogenital Diseases and Pregnancy Complications"[Mesh] OR "Breast Feeding"[Mesh] OR "Breast Feeding"[All Fields] OR "Breast Feeding"[tw] OR "Feeding, Breast"[tw] OR "Breastfeeding"[tw] OR "Exclusive Breast Feeding"[tw] OR "Exclusive Breastfeeding"[tw]	1590489
#13	Search #8 AND #9 AND #12	9
#12	Search "Spouses"[Mesh] OR "Spouses"[All Fields] OR "Spouses" [tw] OR "Married Persons"[tw] OR "Married Person"[tw] OR "Spouse"[tw] OR "Husbands"[tw] OR "Husband"[tw] OR "Domestic Partners"[tw] OR "Domestic Partner"[tw] OR "Spousal Notification"[tw] OR "Wives"[tw] OR "Wife"[tw] OR "Sexual Partners"[Mesh] OR "Sexual Partner"[tw] OR "Multiple Partners"[tw]	36362
#11	Search #8 AND #9 AND #10	235
#10	Search "Vaginal Discharge"[Mesh] OR "Vaginal Discharge"[All Fields] OR "Vaginal Discharge"[tw] OR "Vaginal Discharges"[tw] OR "Vaginitis"[Mesh] OR "Vaginitis" [All Fields] OR "Vaginitis" [tw] OR "Vaginitides" [tw] OR "Vaginal Diseases"[Mesh] OR "Vaginal Diseases" [All Fields] OR "Vaginal Diseases" [tw] OR "Vaginal Disease" [tw] OR "Leukorrhea"[Mesh] OR "Leukorrhea" [All Fields] OR "Leukorrhea" [tw] OR "Leukorrheas" [tw]	21323
#9	Search Meta-analysis[Publication Type] OR meta-analysis[Title/Abstract] OR meta-analysis[MeSH Terms] OR review[Publication Type] OR search*[Title/Abstract]	1768661
#8	Search "Trichomonas"[Mesh] OR "Trichomonas" [All Fields] OR "Trichomonas" [tw] OR "Trichomona" [tw] OR "Trichomonas Vaginitis"[Mesh] OR "Trichomonas Vaginitis" [All Fields] OR "Trichomonas Vaginitis" [tw] OR "Trichomonas vaginalis"[Mesh] OR "Trichomonas vaginalis" [All Fields] OR "Trichomonas vaginalis" [tw] OR "Trichomonas vaginali" [tw] OR "vaginalis, Trichomonas" [tw] OR "Trichomonas Infections"[Mesh] OR "Trichomonas Infections" [All Fields] OR "Trichomonas Infections" [tw] OR "Infection, Trichomonas" [tw] OR "Trichomonas Infection" [tw]	8220

BÚSQUEDA COCHRANE *TRICHOMONAS*

"Trichomonas" OR "Trichomonas Vaginitis" OR "Trichomonas vaginalis" OR "Trichomonas Infections"
RESULTS: 13 COCHRANE

[Interventions for trichomoniasis in pregnancy](#)

A Metin Gülmezoglu, Maimoona Azhar
May 2011

[Interventions for treating trichomoniasis in women](#)

Fatu Forna, A Metin Gülmezoglu
January 2009

[Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy](#)

Helen Margaret McDonald, Peter Brocklehurst, Adrienne Gordon
January 2011

[Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery](#)

Ussanee S Sangkomkamhang, Pisake Lumbiganon, Witoon Prasertcharoensook, Malinee Laopaiboon
October 2009

[Interventions for prevention and treatment of vulvovaginal candidiasis in women with HIV infection](#)

Amita Ray, Sujoy Ray, Aneesh Thomas George, Narasimman Swaminathan
August 2011

[Interventions for encouraging sexual behaviours intended to prevent cervical cancer](#)

Jonathan P Shepherd, Geoff K Frampton, Petra Harris
April 2011

[Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of sexually transmitted infections by women from men](#)

David Wilkinson, Gita Ramjee, Maya Tholandí, George Rutherford
January 2009

[Behavioral interventions to promote condom use among women living with HIV](#)

Fernanda T Carvalho, Tonantzin R Gonçalves, Evelise R Faria, Jean A Shoveller, C A Piccinini, Mauro C Ramos, Lídia RF Medeiros
September 2011

[Genital ulcer disease treatment for reducing sexual transmission of HIV](#)

Florence Mueni Mutua, Machoki J M'Imunya, Charles Shey Wiysonge
July 2009

[Interactive computer-based interventions for sexual health promotion](#)

Julia V Bailey, Elizabeth Murray, Greta Rait, Catherine H Mercer, Richard W Morris, Richard Peacock, Jackie Cassell, Irwin Nazareth
September 2010

[Microwave therapy for cervical ectropion](#)

Yali Liu, KeHu Yang, Taixiang Wu, Helen Roberts, Jing Li, Jinhui Tian, Bin Ma, Jiying Tan, Peizhen Zhang
November 2010

[Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis \(thrush\)](#)

Munira Nurbhai, Jeremy Grimshaw, Margaret Watson, Christine M Bond, Jill A Mollison, Anne Ludbrook
January 2009

[Prophylactic antibiotic administration during second and third trimester in pregnancy for preventing infectious morbidity and mortality](#)

Jadsada Thinkhamrop, G Justus Hofmeyr, Olalekan Adetoro, Pisake Lumbiganon
October 2010

OTHER REVIEW

[Antibiotics for bacterial vaginosis or Trichomonas vaginalis in pregnancy: a systematic review \(Structured abstract\)](#)

Centre for Reviews and Dissemination

Original Author(s): N Okun, K A Gronau, M E Hannah

2005

[Systematic review of diagnostic tests for vaginal trichomoniasis \(Structured abstract\)](#)

Centre for Reviews and Dissemination

Original Author(s): S R Patel, W Wiese, S C Patel, C Ohl, J C Byrd, C A Estrada

2000

[A meta-analysis of the Papanicolaou smear and wet mount for the diagnosis of vaginal trichomoniasis \(Structured abstract\)](#)

Centre for Reviews and Dissemination

Original Author(s): W Wiese, S R Patel, S C Patel, C A Ohl, C A Estrada

2000

[Treatment of vaginal infections to prevent preterm birth: a meta-analysis \(Structured abstract\)](#)

Centre for Reviews and Dissemination

Original Author(s): M A Riggs, M A Klebanoff

2004

[Is metronidazole teratogenic: a meta-analysis \(Structured abstract\)](#)

Centre for Reviews and Dissemination

Original Author(s): T Caro-Paton, A Carvajal, I Martin de Diego, L H Martin-Arias, A Alvarez Requejo, E Rodriguez Pinilla

1997

[Evaluation of vaginal complaints \(Structured abstract\)](#)

Centre for Reviews and Dissemination

Original Author(s): M R Anderson, K Klink, A Cohrssen

2004

[Trichomoniasis treatment in women: a systematic review \(Brief record\)](#)

Centre for Reviews and Dissemination

Original Author(s): AM Gulmezoglu, P Garner

1998

[What is the best way to treat trichomoniasis in women? \(Brief record\)](#)

Centre for Reviews and Dissemination

Original Author(s): J Epling

2001

[Improved effectiveness of partner notification for patients with sexually transmitted infections: systematic review \(Structured abstract\)](#)

Centre for Reviews and Dissemination

Original Author(s): S Trelle, A Shang, L Nartey, J A Cassell, N Low

2007

BÚSQUEDA EMBASE *TRICHOMONAS*

'trichomonas'/exp/mj OR trichomonas OR 'trichomonas'/syn OR [trichomoniasis](#) OR ['trichomoniasis'/exp/mj](#) OR [trichomoniasis](#) OR ['trichomoniasis'/syn](#) OR [Trichomonas infection](#) OR [Trichomonas infections](#) OR [Trichomonas urethritis](#) OR [Trichomonas vaginalis infection](#) OR [Trichomonas vaginalis vaginitis](#) OR [Trichomonas vaginitis](#) OR [trichomoniasis urogenitalis](#) OR [trichomonosis](#) OR [urogenital tract trichomoniasis](#) OR [urogenital trichomoniasis](#) OR [Trichomonas vaginalis](#) OR [\('trichomonas'/exp/mj OR trichomonas\) AND vaginalis](#) trichomonas urogenitalis OR ('trichomonas'/syn AND vaginalis)

[\(systematic AND \(review/exp/mj OR review\)\)](#) OR [\(systematic AND 'review'/syn\)](#)

[TOTAL 23](#)

Results

[23](#)

#5

#1 AND #4

[90.395](#)

#4

systematic AND ('review'/exp/mj OR 'review'/de) OR (systematic AND 'review'/syn)

[90.395](#)

#3

systematic AND 'review'/syn

[90.395](#)

#2

systematic AND ('review'/exp/mj OR review)

[6.604](#)

#1

'trichomonas'/exp/mj OR 'trichomonas'/syn OR 'trichomoniasis'/exp/mj OR 'trichomoniasis'/exp OR 'trichomoniasis'/syn OR 'trichomonas'/exp AND 'infection'/exp OR 'trichomonas'/exp AND infections OR 'trichomonas'/exp AND 'urethritis'/exp OR 'trichomonas'/exp AND vaginalis AND 'infection'/exp OR 'trichomonas'/exp AND vaginalis AND 'vaginitis'/exp OR 'trichomonas'/exp AND 'vaginitis'/exp OR 'trichomoniasis'/exp AND urogenitalis OR 'trichomonosis'/exp OR urogenital AND tract AND 'trichomoniasis'/exp OR urogenital AND 'trichomoniasis'/exp OR 'trichomonas'/exp AND vaginalis OR ('trichomonas'/exp/mj OR 'trichomonas'/exp AND vaginalis) AND 'trichomonas'/exp AND urogenitalis OR ('trichomonas'/syn AND vaginalis)

BÚSQUEDA PUBMED *TRICHOMONAS PAREJA*

What are the effects of treating a male sexual partner in non-pregnant women with symptomatic trichomona vaginitis ?

PUBMED

"Trichomonas"[Mesh] OR "Trichomonas" [All Fields] OR "Trichomonas" [tw] OR "Trichomona" [tw] OR "Trichomonas Vaginitis"[Mesh] OR "Trichomonas Vaginitis" [All Fields] OR "Trichomonas Vaginitis" [tw] OR "Trichomonas vaginalis"[Mesh] OR "Trichomonas vaginalis"[All Fields] OR "Trichomonas vaginalis"[tw] OR "Trichomonas vaginali"[tw] OR "vaginalis, Trichomonas"[tw] OR "Trichomonas Infections"[Mesh] OR "Trichomonas Infections"[All Fields] OR "Trichomonas Infections"[tw] OR "Infection, Trichomonas"[tw] OR "Trichomonas Infection"[tw]

"Spouses"[Mesh] OR "Spouses"[All Fields] OR "Spouses" [tw] OR "Married Persons"[tw] OR "Married Person"[tw] OR "Spouse"[tw] OR "Husbands"[tw] OR "Husband"[tw] OR "Domestic Partners"[tw] OR "Domestic Partner"[tw] OR "Spousal Notification"[tw] OR "Wives"[tw] OR "Wife"[tw] OR "Sexual Partners"[Mesh] OR "Sexual Partner"[tw] OR "Multiple Partners"[tw]

Search	Most Recent Queries	Result
#4	Search #1 AND #2 AND #3	102
#3	Search (randomized controlled trial [pt] OR controlled clinical trial [pt] OR randomized controlled trials [mh] OR random allocation [mh] OR double-blind method [mh] OR single-blind method [mh] OR clinical trial [pt] OR clinical trials [mh] OR ((clinical trial [tw] OR ((singl* [tw] OR doubl* [tw] OR trebl* [tw] OR tripl* [tw]) AND (mask* [tw] OR blind [tw]))) OR (latin square [tw]) OR placebos [mh] OR placebo* [tw] OR random* [tw] OR research design [mh:noexp] OR comparative study [pt] OR evaluation studies [pt] OR follow-up studies [mh] OR prospective studies [mh] OR cross-over studies [mh] OR control* [tw] OR prospectiv* [tw] OR volunteer* [tw]) NOT (animal [mh] NOT human [mh])	4183790
#2	Search "Spouses"[Mesh] OR "Spouses"[All Fields] OR "Spouses" [tw] OR "Married Persons"[tw] OR "Married Person"[tw] OR "Spouse"[tw] OR "Husbands"[tw] OR "Husband"[tw] OR "Domestic Partners"[tw] OR "Domestic Partner"[tw] OR "Spousal Notification"[tw] OR "Wives"[tw] OR "Wife"[tw] OR "Sexual Partners"[Mesh] OR "Sexual Partner"[tw] OR "Multiple Partners"[tw]	36549
#1	Search "Trichomonas"[Mesh] OR "Trichomonas" [All Fields] OR "Trichomonas" [tw] OR "Trichomona" [tw] OR "Trichomonas Vaginitis"[Mesh] OR "Trichomonas Vaginitis" [All Fields] OR "Trichomonas Vaginitis" [tw] OR "Trichomonas vaginalis"[Mesh] OR "Trichomonas vaginalis"[All Fields] OR "Trichomonas vaginalis"[tw] OR "Trichomonas vaginali"[tw] OR "vaginalis, Trichomonas"[tw] OR "Trichomonas Infections"[Mesh] OR "Trichomonas Infections"[All Fields] OR "Trichomonas Infections"[tw] OR "Infection, Trichomonas"[tw] OR "Trichomonas Infection"[tw]	8239

BÚSQUEDA COCHRANE *TRICHOMONAS PAREJA*

"Spouses" OR "Married Persons" OR "Spouse" OR "Husbands" OR "Domestic Partners" OR "Domestic Partner" OR "Spousal Notification" OR "Wives" OR "Wife" OR "Sexual Partners" OR "Sexual Partner" OR "Multiple Partners"

"Trichomonas"[Mesh] OR "Trichomonas" [All Fields] OR "Trichomonas" [tw] OR "Trichomona" [tw] OR "Trichomonas Vaginitis"[Mesh] OR "Trichomonas Vaginitis" [All Fields] OR "Trichomonas Vaginitis" [tw] OR "Trichomonas vaginalis"[Mesh] OR "Trichomonas vaginalis"[All Fields] OR "Trichomonas vaginalis"[tw] OR "Trichomonas vaginali"[tw] OR "vaginalis, Trichomonas"[tw] OR "Trichomonas Infections"[Mesh] OR "Trichomonas Infections"[All Fields] OR "Trichomonas Infections"[tw] OR "Infection, Trichomonas"[tw] OR "Trichomonas Infection"[tw]

#1	"Trichomonas" OR "Trichomonas Vaginitis" OR "Trichomonas vaginalis" OR "Trichomonas Infections"	274
#2	"Spouses"[Mesh] OR "Spouses"[All Fields] OR "Spouses" [tw] OR "Married Persons"[tw] OR "Married Person"[tw] OR "Spouse"[tw] OR "Husbands"[tw] OR "Husband"[tw] OR "Domestic Partners"[tw] OR "Domestic Partner"[tw] OR "Spousal Notification"[tw] OR "Wives"[tw] OR	0

	"Wife"[tw] OR "Sexual Partners"[Mesh] OR "Sexual Partner"[tw] OR "Multiple Partners"[tw]	
#3	"Spouses" OR "Married Persons" OR "Spouse" OR "Husbands" OR "Domestic Partners" OR "Domestic Partner" OR "Spousal Notification" OR "Wives" OR "Wife" OR "Sexual Partners" OR "Sexual Partner" OR "Multiple Partners"	1590

BÚSQUEDA EMBASE *TRICHOMONAS* PAREJA

'trichomonas'/exp/mj OR 'trichomonas'/syn OR 'trichomoniasis'/exp/mj OR 'trichomoniasis'/exp OR 'trichomoniasis'/syn OR 'trichomonas'/exp AND 'infection'/exp OR 'trichomonas'/exp AND infections OR 'trichomonas'/exp AND 'urethritis'/exp OR 'trichomonas'/exp AND vaginalis AND 'infection'/exp OR 'trichomonas'/exp AND vaginalis AND 'vaginits'/exp OR 'trichomonas'/exp AND 'vaginits'/exp OR 'trichomoniasis'/exp AND urogenitalis OR 'trichomoniasis'/exp OR urogenital AND tract AND 'trichomoniasis'/exp OR urogenital AND 'trichomoniasis'/exp OR 'trichomonas'/exp AND vaginalis OR ('trichomonas'/exp/mj OR 'trichomonas'/exp AND vaginalis) AND 'trichomonas'/exp AND urogenitalis OR ('trichomonas'/syn AND vaginalis)

'crossover procedure'/exp/mj OR 'crossover procedure'/exp OR 'crossover procedure' OR 'double blind procedure'/exp OR 'double blind procedure' OR 'randomized controlled trial'/exp OR 'randomized controlled trial' OR 'single-blind procedure'/exp OR 'single-blind procedure' OR 'random allocation'/exp OR 'random allocation' OR 'random\$' OR 'factorial\$' OR 'crossover\$' OR 'placebo\$' OR 'placebo'/exp OR 'placebo' OR 'crossover' OR 'factorial' OR 'randomization'/exp OR 'randomization' NOT ('animal' OR 'animal'/exp OR animal OR 'animals' OR 'animals'/exp OR animals)

#1 AND #2

[672,353](#)

#2

'crossover procedure'/exp/mj OR 'crossover procedure'/exp OR 'crossover procedure' OR 'double blind procedure'/exp OR 'double blind procedure' OR 'randomized controlled trial'/exp OR 'randomized controlled trial' OR 'single-blind procedure'/exp OR 'single-blind procedure' OR 'random allocation'/exp OR 'random allocation' OR 'random\$' OR 'factorial\$' OR 'crossover\$' OR 'placebo\$' OR 'placebo'/exp OR 'placebo' OR 'crossover' OR 'factorial' OR 'randomization'/exp OR 'randomization' NOT ('animal' OR 'animal'/exp OR animal OR 'animals' OR 'animals'/exp OR animals)

[6,624](#)

#1

'trichomonas'/exp/mj OR 'trichomonas'/syn OR 'trichomoniasis'/exp/mj OR 'trichomoniasis'/exp OR 'trichomoniasis'/syn OR 'trichomoniasis' OR 'trichomonas'/exp OR 'trichomonas' AND ('infection'/exp OR 'infection') OR 'trichomonas'/exp OR 'trichomonas' AND infections OR 'trichomonas'/exp OR 'trichomonas' AND ('urethritis'/exp OR 'urethritis') OR 'trichomonas'/exp OR 'trichomonas' AND vaginalis AND ('infection'/exp OR 'infection') OR 'trichomonas'/exp OR 'trichomonas' AND vaginalis AND ('vaginits'/exp OR 'vaginits') OR 'trichomonas'/exp OR 'trichomonas' AND ('vaginits'/exp OR 'vaginits') OR 'trichomoniasis'/exp OR 'trichomoniasis' AND urogenitalis OR 'trichomoniasis'/exp OR 'trichomoniasis' OR urogenital AND tract AND ('trichomoniasis'/exp OR 'trichomoniasis') OR urogenital AND ('trichomoniasis'/exp OR 'trichomoniasis') OR 'trichomonas'/exp OR 'trichomonas' AND vaginalis OR ('trichomonas'/exp/mj OR 'trichomonas'/exp OR 'trichomonas' AND vaginalis) AND ('trichomonas'/exp OR 'trichomonas') AND urogenitalis OR ('trichomonas'/syn OR 'trichomonas' AND vaginalis)

SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL (CANDIDIASIS)

Clinical questions.

What are the effects of drug treatments for acute vulvovaginal candidiasis in non-pregnant symptomatic women?

What are the effects of drug treatments for acute vulvovaginal candidiasis in pregnant symptomatic women?

What are the effects of treating a male sexual partner in non-pregnant symptomatic women?

What are the effects of treating a male sexual partner in non-pregnant women with symptomatic vulvo-vaginal candidiasis?

BÚSQUEDA PUBMED CANDIDA

"Candida glabrata"[Mesh] OR "glabrata, Candida"[tw] OR "Torulopsis glabrata"[tw] OR "Candida tropicalis"[Mesh] OR "tropicalis, Candida"[tw] OR "Candida albicans"[Mesh] OR "Candida albican"[tw] OR "albicans, Candida"[tw] OR "Candidiasis"[Mesh] OR "Candidiases"[tw] OR "Moniliasis"[tw] OR "Monilias"[tw] OR "Candida"[Mesh] OR "Candidas"[tw] OR "Monilia"[tw] OR "Monilias"[tw] OR "Torulopsis utilis"[tw] OR "Candida utilis"[tw] OR "Candidiasis, Vulvovaginal"[Mesh] OR "Vulvovaginal Candidiases"[tw] OR "Vulvovaginal Candidiasis"[tw] OR "Vulvovaginal Moniliasis"[tw] OR "Monilial Vaginitis"[tw] OR "Vulvovaginitis"[Mesh]

"Vaginal Discharge"[Mesh] OR "Vaginal Discharge"[All Fields] OR "Vaginal Discharge"[tw] OR "Vaginal Discharges"[tw] OR "Vaginitis"[Mesh] OR "Vaginitis" [All Fields] OR "Vaginitis" [tw] OR "Vaginitides" [tw] OR "Vaginal Diseases"[Mesh] OR "Vaginal Diseases"[All Fields] OR "Vaginal Diseases"[tw] OR "Vaginal Disease"[tw] OR "Leukorrhoea"[Mesh] OR "Leukorrhoea" [All Fields] OR "Leukorrhoea" [tw] OR "Leukorrheas" [tw]

Meta-analysis[Publication Type] OR meta-analysis[Title/Abstract] OR meta-analysis[MeSH Terms] OR review[Publication Type] OR search*[Title/Abstract]

#4	Search #1 AND #2 AND #3	437
#3	Search Meta-analysis[Publication Type] OR meta-analysis[Title/Abstract] OR meta-analysis[MeSH Terms] OR review[Publication Type] OR search*[Title/Abstract]	1783325
#2	Search "Vaginal Discharge"[Mesh] OR "Vaginal Discharge"[All Fields] OR "Vaginal Discharge"[tw] OR "Vaginal Discharges"[tw] OR "Vaginitis"[Mesh] OR "Vaginitis" [All Fields] OR "Vaginitis" [tw] OR "Vaginitides" [tw] OR "Vaginal Diseases"[Mesh] OR "Vaginal Diseases" [All Fields] OR "Vaginal Diseases" [tw] OR "Vaginal Disease" [tw] OR "Leukorrhoea"[Mesh] OR "Leukorrhoea" [All Fields] OR "Leukorrhoea" [tw] OR "Leukorrheas" [tw]	21392
#1	Search "Candida glabrata"[Mesh] OR "glabrata, Candida"[tw] OR "Torulopsis glabrata"[tw] OR "Candida tropicalis"[Mesh] OR "tropicalis, Candida"[tw] OR "Candida albicans"[Mesh] OR "Candida albican"[tw] OR "albicans, Candida"[tw] OR "Candidiasis"[Mesh] OR "Candidiases"[tw] OR "Moniliasis"[tw] OR "Monilias"[tw] OR "Candida"[Mesh] OR "Candidas"[tw] OR "Monilia"[tw] OR "Monilias"[tw] OR "Torulopsis utilis"[tw] OR "Candida utilis"[tw] OR "Candidiasis, Vulvovaginal"[Mesh] OR "Vulvovaginal Candidiases"[tw] OR "Vulvovaginal Candidiasis"[tw] OR "Vulvovaginal Moniliasis"[tw] OR "Monilial Vaginitis"[tw] OR "Vulvovaginitis"[Mesh]	48785

BÚSQUEDA COCHRANE CANDIDA

("Candida glabrata" OR "Candida tropicalis" OR "Candida albicans" OR "Candidiasis" OR "Candida" OR "Candidiasis, Vulvovaginal" OR "Vulvovaginitis") AND ("Vaginal Discharge" OR "Vaginitis" OR "Vaginal Diseases" OR "Leukorrhoea")

Cochrane Reviews [15]

View: 1-15

[Interventions for prevention and treatment of vulvovaginal candidiasis in women with HIV infection](#)

Amita Ray, Sujoy Ray, Aneesh Thomas George, Narasimman Swaminathan
October 2011

<p>The effects of antimicrobial therapy on bacterial vaginosis in non-pregnant women Oyinlola O Oduyebo, Rose I Anorlu, Folasade T Ogunsola July 2009</p>
<p>Quinolones for uncomplicated acute cystitis in women Vladimir V Rafalsky, Irina V Andreeva, Elena L Rjabkova April 2010</p>
<p>Natalizumab for relapsing remitting multiple sclerosis Eugenio Pucci, Giorgio Giuliani, Alessandra Solari, Silvana Simi, Silvia Minozzi, Carlo Di Pietrantonj, Ian Galea October 2011</p>
<p>Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery Ussanee S Sangkomkamhang, Pisake Lumbiganon, Witoon Prasertcharoensook, Malinee Laopaiboon October 2009</p>
<p>Cervical cap versus diaphragm for contraception Maria F Gallo, David A Grimes, Kenneth F Schulz, Lauren M Lopez January 2010</p>
<p>Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women Jane A Suckling, Ray Kennedy, Anne Lethaby, Helen Roberts November 2010</p>
<p>Microwave therapy for cervical ectropion Yali Liu, KeHu Yang, Taixiang Wu, Helen Roberts, Jing Li, Jinhui Tian, Bin Ma, Jiying Tan, Peizhen Zhang November 2010</p>
<p>Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of sexually transmitted infections by women from men David Wilkinson, Gita Ramjee, Maya Tholandi, George Rutherford January 2009</p>
<p>Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush) Munira Nurbhai, Jeremy Grimshaw, Margaret Watson, Christine M Bond, Jill A Mollison, Anne Ludbrook January 2009</p>
<p>Interventions for the physical aspects of sexual dysfunction in women following pelvic radiotherapy Arshi S Denton, Jane Maher January 2009</p>
<p>Cefepime versus other beta-lactam antibiotics for the treatment of infections in non-neutropenic patients Dafna Yahav, Mical Paul, Nadav Sarid, Abigail Fraser, Leonard Leibovici January 2009</p>
<p>Interventions for treating trichomoniasis in women Fatu Forna, A Metin Gülmezoglu January 2009</p>
<p>Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of HIV infection by women from men David Wilkinson, Gita Ramjee, Maya Tholandi, George W Rutherford March 2010</p>
<p>Spermicide used alone for contraception David A Grimes, Lauren M Lopez, Elizabeth G. Raymond, Vera Halpern, Kavita Nanda, Kenneth F Schulz November 2010</p>

OTHER REVIEW

View: 1

[Evaluation of vaginal complaints \(Structured abstract\)](#)

Centre for Reviews and Dissemination

Original Author(s): M R Anderson, K Klink, A Cohrssen

2004

BÚSQUEDA EMBASE CANDIDA

'candida glabrata'/exp/mj OR 'candida glabrata' OR 'candida tropicalis'/exp/mj OR 'candida tropicalis' OR 'candida albicans'/exp/mj OR 'candida albicans' OR 'candidiasis'/exp/mj OR 'candidiasis' OR 'candida'/exp/mj OR 'candida' OR 'candidiasis, vulvovaginal'/exp/mj OR 'candidiasis, vulvovaginal' OR 'vulvovaginitis'/exp/mj OR 'vulvovaginitis' OR 'candida glabrata'/syn OR 'candida tropicalis'/syn OR 'candida albicans'/syn OR 'candidiasis'/syn OR 'candida'/syn OR 'candidiasis, vulvovaginal'/syn OR 'vulvovaginitis'/syn OR ('vagina'/exp/mj OR vagina AND ('candidiasis'/exp/mj OR candidiasis) OR 'candida'/exp/mj OR candida AND ('vaginitis'/exp/mj OR vaginitis) OR 'candidiasis'/exp/mj OR candidiasis AND vaginalis OR candidiasis, AND vulvovaginal OR candidiasis, AND vaginal OR candidiasis, AND vulvovaginal OR vaginal AND ('candidiasis'/exp/mj OR candidiasis) OR vulvovaginal AND ('candidiasis'/exp/mj OR candidiasis) OR genital AND ('moniliasis'/exp/mj OR moniliasis) OR urogenital AND ('candidiasis'/exp/mj OR candidiasis)) OR ('vagina'/syn AND 'candidiasis'/syn OR 'candida'/syn AND 'vaginitis'/syn OR 'candidiasis'/syn AND vaginalis OR candidiasis, AND vulvovaginal OR candidiasis, AND vaginal OR candidiasis, AND vulvovaginal OR vaginal AND 'candidiasis'/syn OR vulvovaginal AND 'candidiasis'/syn OR genital AND 'candidiasis'/syn OR genital AND 'moniliasis'/syn OR urogenital AND 'candidiasis'/syn)

'discharge, vaginal'/exp/mj OR 'discharge, vaginal' OR 'fluid, vaginal'/exp/mj OR 'fluid, vaginal' OR 'fluor vaginalis'/exp/mj OR 'fluor vaginalis' OR 'genital fluor'/exp/mj OR 'genital fluor' OR 'vagina fluid'/exp/mj OR 'vagina fluid' OR 'vagina fluor'/exp/mj OR 'vagina fluor' OR 'vaginal discharge'/exp/mj OR 'vaginal discharge' OR 'vaginal fluid'/exp/mj OR 'vaginal fluid' OR 'vaginal fluor'/exp/mj OR 'vaginal fluor' OR 'vaginitis'/exp/mj OR 'vaginitis' OR 'vaginal diseases'/exp/mj OR 'vaginal diseases' OR 'leukorrhoea'/exp/mj OR 'leukorrhoea' OR 'discharge, vaginal'/syn OR 'fluid, vaginal'/syn OR 'fluor vaginalis'/syn OR 'genital fluor'/syn OR 'vagina fluid'/syn OR 'vagina fluor'/syn OR 'vaginal discharge'/syn OR 'vaginal fluid'/syn OR 'vaginal fluor'/syn OR 'vaginitis'/syn OR 'vaginal diseases'/syn OR 'leukorrhoea'/syn

systematic AND 'review'/syn OR systematic AND ('review'/exp/mj OR 'review'/exp)

#7 AND #11 AND #14

[91,716](#)

#14

#12 OR #13

[91,716](#)

#13

systematic AND 'review'/syn

[57,703](#)

#12

systematic AND ('review'/exp/mj OR 'review'/exp)

[42,681](#)

#11

'discharge, vaginal'/exp/mj OR 'discharge, vaginal'/exp OR 'fluid, vaginal'/exp/mj OR 'fluid, vaginal'/exp OR 'fluor vaginalis'/exp/mj OR 'fluor vaginalis'/exp OR 'genital fluor'/exp/mj OR 'genital fluor'/exp OR 'vagina fluid'/exp/mj OR 'vagina fluid'/exp OR 'vagina fluor'/exp/mj OR 'vagina fluor'/exp OR 'vaginal discharge'/exp/mj OR 'vaginal discharge'/exp OR 'vaginal fluid'/exp/mj OR 'vaginal fluid'/exp OR 'vaginal fluor'/exp/mj OR 'vaginal fluor'/exp OR 'vaginitis'/exp/mj OR 'vaginitis'/exp OR 'vaginal diseases'/exp/mj OR 'vaginal diseases'/exp OR 'leukorrhoea'/exp/mj OR 'leukorrhoea'/exp OR 'discharge, vaginal'/syn OR 'fluid, vaginal'/syn OR 'fluor vaginalis'/syn OR 'genital fluor'/syn OR 'vagina fluid'/syn OR 'vagina fluor'/syn OR 'vaginal discharge'/syn OR 'vaginal fluid'/syn OR 'vaginal fluor'/syn OR 'vaginitis'/syn OR 'vaginal diseases'/syn OR 'leukorrhoea'/syn

[86.276](#)

#7

'candida glabrata'/exp/mj OR 'candida glabrata'/exp OR 'candida tropicalis'/exp/mj OR 'candida tropicalis'/exp OR 'candida albicans'/exp/mj OR 'candida albicans'/exp OR 'candidiasis'/exp/mj OR 'candidiasis'/exp OR 'candida'/exp/mj OR 'candida'/exp OR 'candidiasis, vulvovaginal'/exp/mj OR 'candidiasis, vulvovaginal'/exp OR 'vulvovaginitis'/exp/mj OR 'vulvovaginitis'/exp OR 'candida glabrata'/syn OR 'candida glabrata' OR 'candida tropicalis'/syn OR 'candida tropicalis' OR 'candida albicans'/syn OR 'candida albicans' OR 'candidiasis'/syn OR 'candidiasis' OR 'candida'/syn OR 'candida' OR 'candidiasis, vulvovaginal'/syn OR 'candidiasis, vulvovaginal' OR 'vulvovaginitis'/syn OR 'vulvovaginitis' OR ('vagina'/exp/mj OR 'vagina' OR 'vagina'/exp OR vagina AND ('candidiasis'/exp/mj OR 'candidiasis' OR 'candidiasis'/exp OR candidiasis) OR 'candida'/exp/mj OR 'candida' OR 'candida'/exp OR candida AND ('vaginitis'/exp/mj OR 'vaginitis' OR 'vaginitis'/exp OR vaginitis) OR 'candidiasis'/exp/mj OR 'candidiasis' OR 'candidiasis'/exp OR candidiasis AND vaginalis OR candidiasis, AND vulvovaginal OR candidiasis, AND vaginal OR candidiasis, AND vulvovaginal OR vaginal AND ('candidiasis'/exp/mj OR 'candidiasis' OR 'candidiasis'/exp OR candidiasis) OR vulvovaginal AND ('candidiasis'/exp/mj OR 'candidiasis' OR 'candidiasis'/exp OR candidiasis) OR genital AND ('candidiasis'/exp/mj OR 'candidiasis' OR 'candidiasis'/exp OR candidiasis) OR genital AND ('moniliasis'/exp/mj OR 'moniliasis' OR 'moniliasis'/exp OR moniliasis) OR urogenital AND ('candidiasis'/exp/mj OR 'candidiasis' OR 'candidiasis'/exp OR candidiasis)) OR ('vagina'/syn OR 'vagina' AND ('candidiasis'/syn OR 'candidiasis' OR 'candida'/syn OR 'candida' AND ('vaginitis'/syn OR 'vaginitis') OR 'candidiasis'/syn OR 'candidiasis' AND vaginalis OR candidiasis, AND vulvovaginal OR candidiasis, AND vaginal OR candidiasis, AND vulvovaginal OR vaginal AND ('candidiasis'/syn OR 'candidiasis') OR vulvovaginal AND ('candidiasis'/syn OR 'candidiasis') OR genital AND ('candidiasis'/syn OR 'candidiasis') OR genital AND ('moniliasis'/syn OR 'moniliasis') OR urogenital AND ('candidiasis'/syn OR 'candidiasis'))

SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL (VAGINOSIS BACTERIANA, TRICHOMONIASIS Y CANDIDIASIS)

Pregunta No.			
Guía: ITS/ITG			
Grupo temático: flujo vaginal			
¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro del síndrome de flujo vaginal?			
Población	Intervención	Comparación	Desenlaces
Vaginosis bacteriana			Mejoría
Infección por <i>Trichomonas vaginalis</i>			Recurrencia
Candidiasis vaginal			Enfermedad pélvica inflamatoria
			Eventos adversos
Tipo de estudio:	Revisiones sistemáticas		

BÚSQUEDA EN MEDLINE

Términos de búsqueda	Search: (((((((((((((((Vaginal Discharge[MeSH Terms])) OR (Discharge, Vaginal OR Discharges, Vaginal OR Vaginal Discharges[Text Word])) OR (Vaginosis, Bacterial[MeSH Terms])) OR (Bacterial Vaginitides OR Vaginitides, Bacterial OR Vaginitis, Bacterial OR Bacterial Vaginoses OR Vaginoses, Bacterial OR Bacterial Vaginosis OR Bacterial Vaginitis OR Vaginitis, Nonspecific OR Nonspecific Vaginitis[Text Word])) OR (Gardnerella vaginalis[MeSH Terms])) OR (Hemophilus vaginalis OR Haemophilus vaginalis OR Corynebacterium vaginale[Text Word])) OR (Trichomonas Vaginitis[MeSH Terms])) OR (Trichomonas Vaginitides OR Vaginitides, Trichomonas OR Vaginitis, Trichomonas[Text Word])) OR (Trichomonas vaginalis[MeSH Terms])) OR (Trichomonas vaginali OR vaginali, Trichomonas OR vaginalis, Trichomonas[Text Word])) OR (Candidiasis, Vulvovaginal[MeSH Terms])) OR (Vulvovaginal Candidiases OR Vulvovaginal Candidiasis OR Moniliasis, Vulvovaginal OR Vulvovaginal Moniliasis OR Vulvovaginal Moniliasis OR Vaginitis, Monilial OR Monilial Vaginitides OR Monilial Vaginitis OR Vaginitides, Monilial[Text Word])) OR (Candida albicans[MeSH Terms])) OR (Candida albican OR albican, Candida OR albicans, Candida[Text Word])) AND (((((((((((Treatment Outcome[MeSH Terms])) OR (Outcome, Treatment OR Rehabilitation Outcome OR Outcome, Rehabilitation OR Treatment Effectiveness OR Effectiveness, Treatment OR Treatment Efficacy OR Efficacy, Treatment[Text Word])) OR (Drug Toxicity[MeSH Terms])) OR (Drug Toxicities OR Toxicities, Drug OR Toxicity, Drug OR Drug Safety OR Safety, Drug OR Adverse Drug Reaction OR Adverse Drug Reactions OR Drug Reaction, Adverse OR Drug Reactions, Adverse OR Reaction, Adverse Drug OR Reactions, Adverse Drug OR Adverse Drug Event OR Adverse Drug Events OR Drug Event, Adverse OR Drug Events, Adverse OR Event, Adverse Drug
----------------------	--

	OR Events, Adverse Drug[Text Word])) OR (Health[MeSH Terms])) OR (Normality OR Normalities OR Normalcy OR Wellness[Text Word])) OR (Treatment Failure[MeSH Terms])) OR (Failure, Treatment OR Failures, Treatment OR Treatment Failures[Text Word])) OR (Recurrence[MeSH Terms])) OR (Recurrences OR Relapse OR Relapses OR Recrudescence OR Recrudescences[Text Word])) OR (Pelvic Inflammatory Disease[MeSH Terms])) OR (Disease, Pelvic Inflammatory OR Diseases, Pelvic Inflammatory OR Inflammatory Diseases, Pelvic OR Pelvic Inflammatory Diseases OR Pelvic Disease, Inflammatory OR Inflammatory Disease, Pelvic OR Inflammatory Pelvic Disease OR Disease, Inflammatory Pelvic OR Diseases, Inflammatory Pelvic OR Inflammatory Pelvic Diseases OR Pelvic Diseases, Inflammatory OR Adnexitis[Text Word])) AND (Meta-Analysis as Topic[Mesh] OR Meta-Analysis[Publication Type] OR systematic review[tiab])
Motor de búsqueda	PUBMED
Fecha de búsqueda	23/10/2011
Rango (años límite)	Sin restricción
Límites/filtros	Revisiones sistemáticas
Idiomas	Sin restricción
Número de artículos obtenidos	61
Número de artículos para revisión en texto completo	
Número de artículos incluidos para evidencia	

BÚSQUEDA EN EMBASE

Términos de búsqueda	'vagina discharge'/de OR 'discharge, vaginal'/de OR 'fluid, vaginal'/de OR 'vagina fluid'/de OR 'vaginal discharge'/de OR 'vaginal fluid'/de OR 'vaginitis'/de OR 'acute vaginitis'/de OR 'bacterial vaginitis'/de OR 'colpitis'/de OR 'kolpitis'/de OR 'nonspecific vaginitis'/de OR 'vagina infection'/de OR 'vagina inflammation'/de OR 'vaginal infection'/de OR 'vaginitis, acute'/de OR 'vaginosis, bacterial'/de OR 'Gardnerella vaginalis'/de 'Haemophilus vaginalis'/de OR 'hemophilus vaginalis'/de OR 'Gardnerella infection'/de OR 'Gardnerella vaginalis infection'/de OR 'Gardnerella vaginitis'/de OR 'Gardnerella vaginosis'/de OR 'gardnerellosis'/de OR 'Haemophilus vaginalis infection'/de OR 'trichomoniasis'/de OR 'Trichomonas infection'/de OR 'Trichomonas infections'/de OR 'Trichomonas urethritis'/de OR 'Trichomonas vaginalis infection'/de OR 'Trichomonas vaginalis vaginitis'/de OR 'Trichomonas vaginitis'/de OR 'trichomoniasis urogenitalis'/de OR 'trichomonosis'/de OR 'urogenital tract trichomoniasis'/de OR 'urogenital trichomoniasis'/de OR 'Trichomonas vaginalis'/de OR 'trichomonas urogenitalis'/de OR 'vagina candidiasis'/de OR 'Candida vaginitis'/de OR 'candidiasis vaginalis'/de OR 'candidiasis, vulvovaginal'/de OR 'candidiasis, vaginal'/de OR 'candidiasis, vulvovaginal'/de OR 'vaginal candidiasis'/de OR 'vulvovaginal candidiasis'/de OR 'Candida albicans'/de OR 'c. albicans'/de OR 'candida albicans h 29'/de OR 'candida oris'/de OR 'Candida stelladoidea'/de OR 'Candida stellatoidea'/de OR
----------------------	--

	'monilia'/de OR 'monilia albicans'/de OR 'monilia pinoyi'/de OR 'monilia psilosis'/de OR 'mycotoruloides triadis'/de OR 'oidium albicans'/de AND 'treatment outcome'/de OR 'medical futility'/de OR 'outcome and process assessment (health care)'/de OR 'outcome management'/de OR 'therapy outcome'/de OR 'therapy'/de OR 'combination therapy'/de OR 'disease therapy'/de OR 'efficacy, therapeutic'/de OR 'medical therapy'/de OR 'medical treatment'/de OR 'multiple therapy'/de OR 'polytherapy'/de OR 'somatotherapy'/de OR 'therapeutic action'/de OR 'therapeutic efficacy'/de OR 'therapeutic trial'/de OR 'therapeutic trials'/de OR 'therapeutics'/de OR 'therapy, medical'/de OR 'treatment effectiveness'/de OR 'treatment efficacy'/de OR 'treatment, medical'/de OR 'clinical effectiveness'/de OR 'drug toxicity'/de OR 'pharmacotoxicity'/de OR 'toxicity, drug'/de OR 'drug safety'/de OR 'adverse drug reaction'/de OR 'adverse drug effect'/de OR 'adverse drug event'/de OR 'adverse effect'/de OR 'adverse reaction'/de OR 'adverse reaction, drug'/de OR 'drug adverse effect'/de OR 'drug adverse reaction'/de OR 'drug reaction, adverse'/de OR 'drug side effect'/de OR 'health'/de OR 'drug treatment failure'/de OR 'drug therapy failure'/de OR 'ineffective drug'/de OR 'treatment failure'/de OR 'therapy failure'/de OR 'recurrent disease'/de OR 'disease recurrence'/de OR 'periodic disease'/de OR 'recurrence'/de OR 'relapsing disease'/de OR 'relapse'/de OR 'pelvic inflammatory disease'/exp OR 'p.i.d.'/de OR 'pelvic infection'/de OR 'pelvic inflammation'/de OR 'pelvis infection'/de OR 'pelvis inflammation'/de OR 'pelvis inflammatory disease'/de OR 'adnexitis'/de OR 'adnex inflammation, uterine'/de OR 'adnexa infection'/de OR 'adnexa inflammation'/de OR 'adnexitis, uterine'/de OR 'para metriosis'/de OR 'parametritis'/de OR 'uterine adnexitis'/de AND 'meta analysis'/de OR 'analysis, meta'/de OR 'meta-analysis'/de OR 'metaanalysis'/de OR 'systematic review'/de OR 'review, systematic'/de
Motor de búsqueda	EMBASE
Fecha de búsqueda	23/10/2011
Rango (años límite)	Sin restricción
Límites/filtros	Revisiones sistemáticas
Idiomas	Sin restricción
Número de artículos obtenidos	45
Número de artículos para revisión en texto completo	
Número de artículos incluidos para evidencia	

BÚSQUEDA EN LILACS

Términos de búsqueda	((((((((((("VAGINOSIS BACTERIANA") or "VAGINITIS BACTERIANA") or "VAGINITIS NO ESPECIFICA") or "GARDNERELLA VAGINALIS") or "HAEMOPHILUS VAGINALIS") or "TRICHOMONAS VAGINALIS") or "VAGINITIS POR TRICHOMONAS") or "TRICOMONIASIS VAGINAL") or "CANDIDIASIS VULVOVAGINAL") or "MONILIASIS VULVOVAGINAL") or "VAGINITIS MONILIAL" [Palabras] and ("REVISIONSISTEMATICA")
----------------------	---

	or "REVISION" [Palabras]
Motor de búsqueda	Biblioteca virtual en salud
Fecha de búsqueda	23/10/2011
Rango (años límite)	Sin restricción
Límites/filtros	Revisiones sistemáticas
Idiomas	Sin restricción
Número de artículos obtenidos	12
Número de artículos para revisión en texto completo	
Número de artículos incluidos para evidencia	

BÚSQUEDA EN COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS

Términos de búsqueda	((Vaginal Discharge or Discharge, Vaginal or Discharges, Vaginal or Vaginal Discharges or Vaginosis, Bacterial or Bacterial Vaginitides or Vaginitides, Bacterial or Vaginitis, Bacterial or Bacterial Vaginosis or Vaginosis, Bacterial or Bacterial Vaginosis or Bacterial Vaginitis or Vaginitis, Nonspecific or Nonspecific Vaginitis or Gardnerella vaginalis or Hemophilus vaginalis or Haemophilus vaginalis or Corynebacterium vaginale or Trichomonas Vaginitis or Trichomonas Vaginitides or Vaginitides, Trichomonas or Vaginitis, Trichomonas or Trichomonas vaginalis or Trichomonas vaginali or vaginali, Trichomonas or vaginalis, Trichomonas or Candidiasis, Vulvovaginal or Vulvovaginal Candidiasis or Vulvovaginal Candidiasis or Moniliasis, Vulvovaginal or Vulvovaginal Moniliasis or Vulvovaginal Moniliasis or Vaginitis, Monilial or Monilial Vaginitides or Monilial Vaginitis or Vaginitides, Monilial or Candida albicans or Candida albican or albican, Candida or albicans, Candida) and (Treatment Outcome or Outcome, Treatment or Rehabilitation Outcome or Outcome, Rehabilitation or Treatment Effectiveness or Effectiveness, Treatment or Treatment Efficacy or Efficacy, Treatment or Drug Toxicity or Drug Toxicities or Toxicities, Drug or Toxicity, Drug or Drug Safety or Safety, Drug or Adverse Drug Reaction or Adverse Drug Reactions or Drug Reaction, Adverse or Drug Reactions, Adverse or Reaction, Adverse Drug or Reactions, Adverse Drug or Adverse Drug Event or Adverse Drug Events or Drug Event, Adverse or Drug Events, Adverse or Event, Adverse Drug or Events, Adverse Drug or Health or Normality or Normalities or Normalcy or Wellness or Treatment Failure or Failure, Treatment or Failures, Treatment or Treatment Failures or Recurrence or Recurrences or Relapse or Relapses or Recrudescence or Recrudescences or Pelvic Inflammatory Disease or Disease, Pelvic Inflammatory or Diseases, Pelvic Inflammatory or Inflammatory Diseases, Pelvic or Pelvic Inflammatory Diseases or Pelvic Disease, Inflammatory or Inflammatory Disease, Pelvic or Inflammatory Pelvic Disease or Disease, Inflammatory Pelvic or Diseases, Inflammatory Pelvic or Inflammatory Pelvic Diseases or Pelvic Diseases, Inflammatory or
----------------------	--

	Adnexitis)).tw.
Motor de búsqueda	OVID
Fecha de búsqueda	23/10/2011
Rango (años límite)	Sin restricción
Límites/filtros	No aplica
Idiomas	Sin restricción
Número de artículos obtenidos	64
Número de artículos para revisión en texto completo	
Número de artículos incluidos para evidencia	

SÍNDROME DE DOLOR PÉLVICO BAJO AGUDO - EPI

ACTUALIZACIÓN DE BÚSQUEDA DE TRATAMIENTO PARA EPI (AMBULATORIO Y HOSPITALARIO)

FECHA: FEBRERO 6 DE 2012

Search	Query	Items found
#3	Search (Pelvic Inflammatory Disease OR Endometritis OR Oophoritis OR Parametritis OR Salpingitis OR Disease, Pelvic Inflammatory OR Diseases, Pelvic Inflammatory OR Inflammatory Diseases, Pelvic OR Pelvic Inflammatory Diseases OR Pelvic Disease, Inflammatory OR Inflammatory Disease, Pelvic OR Inflammatory Pelvic Disease OR Disease, Inflammatory Pelvic OR Diseases, Inflammatory Pelvic OR Inflammatory Pelvic Diseases OR Pelvic Diseases, Inflammatory OR Adnexitis OR Endomyometritis OR Oophoritides OR Parametritides OR Cellulitis, Pelvic OR Cellulitides, Pelvic OR Pelvic Cellulitides OR Pelvic Cellulitis OR Salpingitides) AND (therapeutics[Mesh] OR Therapeutic[tw] OR treatment[tw] OR treatments[tw]) AND (randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract])) AND ("last 5 years"[PDat])	71
#2	Search (Pelvic Inflammatory Disease OR Endometritis OR Oophoritis OR Parametritis OR Salpingitis OR Disease, Pelvic Inflammatory OR Diseases, Pelvic Inflammatory OR Inflammatory Diseases, Pelvic OR Pelvic Inflammatory Diseases OR Pelvic Disease, Inflammatory OR Inflammatory Disease, Pelvic OR Inflammatory Pelvic Disease OR Disease, Inflammatory Pelvic OR Diseases, Inflammatory Pelvic OR Inflammatory Pelvic Diseases OR Pelvic Diseases, Inflammatory OR Adnexitis OR Endomyometritis OR Oophoritides OR Parametritides OR Cellulitis, Pelvic OR Cellulitides, Pelvic OR Pelvic Cellulitides OR Pelvic Cellulitis OR Salpingitides) AND (therapeutics[Mesh] OR Therapeutic[tw] OR treatment[tw] OR treatments[tw]) AND (randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]))	500
#1	Search (Pelvic Inflammatory Disease OR Endometritis OR Oophoritis OR Parametritis OR Salpingitis OR Disease, Pelvic Inflammatory OR Diseases, Pelvic Inflammatory OR Inflammatory Diseases, Pelvic OR Pelvic Inflammatory Diseases OR Pelvic Disease, Inflammatory OR Inflammatory Disease, Pelvic OR Inflammatory Pelvic Disease OR Disease, Inflammatory Pelvic OR Diseases, Inflammatory Pelvic OR Inflammatory Pelvic Diseases OR Pelvic Diseases, Inflammatory OR Adnexitis OR Endomyometritis OR Oophoritides OR Parametritides OR Cellulitis, Pelvic OR Cellulitides, Pelvic OR Pelvic Cellulitides OR Pelvic Cellulitis OR Salpingitides) AND (therapeutics[Mesh] OR Therapeutic[tw] OR treatment[tw] OR treatments[tw]) AND ("Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "systematic review"[tiab]) AND ("last 5 years"[PDat])	18

ACTUALIZACIÓN BÚSQUEDA EPI-DIU

FEBRERO 10 DE 2012

Search	Query	Items found
#11	Search #6 AND #7 AND #9	5
#10	Search #6 AND #7 AND #8	4
#9	Search (randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract])) AND ("last 5 years"[PDat])	92017
#8	Search ("Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "systematic review"[tiab]) AND ("last 5 years"[PDat])	34976
#7	Search (Pelvic Inflammatory Disease OR Endometritis OR Oophoritis OR Parametritis OR Salpingitis OR Disease, Pelvic Inflammatory OR Diseases, Pelvic Inflammatory OR Inflammatory Diseases, Pelvic OR Pelvic Inflammatory Diseases OR Pelvic Disease, Inflammatory OR Inflammatory Disease, Pelvic OR Inflammatory Pelvic Disease OR Disease, Inflammatory Pelvic	13654

	OR Diseases, Inflammatory Pelvic OR Inflammatory Pelvic Diseases OR Pelvic Diseases, Inflammatory OR Adnexitis OR Endomyometritis OR Oophoritides OR Parametritides OR Cellulitis, Pelvic OR Cellulitides, Pelvic OR Pelvic Cellulitides OR Pelvic Cellulitis OR Salpingitides)	
#6	Search "Intrauterine Devices"[Mesh] OR Device, Intrauterine OR Devices, Intrauterine OR Intrauterine Device OR Contraceptive IUD OR IUD, Contraceptive OR IUDs, Contraceptive OR Contraceptive IUDs OR Contraceptive Devices, Intrauterine or Contraceptive Device, Intrauterine OR Device, Intrauterine Contraceptive OR Devices, Intrauterine Contraceptive OR Intrauterine Contraceptive Device OR Intrauterine Contraceptive Devices OR Unmedicated IUDs OR Unmedicated IUD OR IUD, Unmedicated	12159

NOTA: LAS 4 RS OBTENIDAS NO ABORDAN EL TÓPICO DE INTERÉS. LOS 5 EACS OBTENIDOS NO ABORDAN EL TÓPICO DE INTERÉS

BÚSQUEDAS PARA PREGUNTAS DE CONSENSO FORMAL GPC-ITS - TRATAMIENTO ALTERNATIVO DE LA PACIENTE CON EPI DE MANEJO AMBULATORIO

RESULTADOS BÚSQUEDA OFLOXACINA+METRONIDAZOL

Fecha de la búsqueda: febrero 27 de 2012

Search	Query	Items found
#8	Search ((#1) AND #6) AND #7	5
#7	Search "Metronidazole"[Mesh]	10060
#6	Search "Ofloxacin"[Mesh]	5120
#5	Search ("Ofloxacin"[Mesh]) AND "Metronidazole"[Mesh]	97
#1	Search Pelvic Inflammatory Disease OR Endometritis OR Oophoritis OR Parametritis OR Salpingitis OR Disease, Pelvic Inflammatory OR Diseases, Pelvic Inflammatory OR Inflammatory Diseases, Pelvic OR Pelvic Inflammatory Diseases OR Pelvic Disease, Inflammatory OR Inflammatory Disease, Pelvic OR Inflammatory Pelvic Disease OR Disease, Inflammatory Pelvic OR Diseases, Inflammatory Pelvic OR Inflammatory Pelvic Diseases OR Pelvic Diseases, Inflammatory OR Adnexitis OR Endomyometritis OR Oophoritides OR Parametritides OR Cellulitis, Pelvic OR Cellulitides, Pelvic OR Pelvic Cellulitides OR Pelvic Cellulitis OR Salpingitides	13667

RESULTADOS BÚSQUEDA MOXIFLOXACINA

Fecha de la búsqueda: febrero 27 de 2012

Search	Query	Items found
#12	Search (#1) AND #11	8
#11	Search "moxifloxacin" [Supplementary Concept]	1384
#8	Search ((#1) AND #6) AND #7	5
#7	Search "Metronidazole"[Mesh]	10060
#6	Search "Ofloxacin"[Mesh]	5120
#5	Search ("Ofloxacin"[Mesh]) AND "Metronidazole"[Mesh]	97
#1	Search Pelvic Inflammatory Disease OR Endometritis OR Oophoritis OR Parametritis OR Salpingitis OR Disease, Pelvic Inflammatory OR Diseases, Pelvic Inflammatory OR Inflammatory Diseases, Pelvic OR Pelvic Inflammatory Diseases OR Pelvic Disease, Inflammatory OR Inflammatory Disease, Pelvic OR Inflammatory Pelvic Disease OR Disease, Inflammatory Pelvic OR Diseases, Inflammatory Pelvic OR Inflammatory Pelvic Diseases OR Pelvic Diseases, Inflammatory OR Adnexitis OR Endomyometritis OR Oophoritides OR Parametritides OR Cellulitis, Pelvic OR Cellulitides, Pelvic OR Pelvic Cellulitides OR Pelvic Cellulitis OR Salpingitides	

RESULTADOS BÚSQUEDA ESPECTINOMICINA

Fecha de la búsqueda: febrero 27 de 2012

Search	Query	Items found
#23	Search (#1) AND #22	31
#22	Search " Spectinomycin "[Mesh]	1085
#12	Search (#1) AND #11	8
#11	Search " moxifloxacin " [Supplementary Concept]	1384
#8	Search (#1) AND #6) AND #7	5
#7	Search " Metronidazole "[Mesh]	10060
#6	Search " Ofloxacin "[Mesh]	5120
#5	Search (" Ofloxacin "[Mesh]) AND " Metronidazole "[Mesh]	97
#1	Search Pelvic Inflammatory Disease OR Endometritis OR Oophoritis OR Parametritis OR Salpingitis OR Disease, Pelvic Inflammatory OR Diseases, Pelvic Inflammatory OR Inflammatory Diseases, Pelvic OR Pelvic Inflammatory Diseases OR Pelvic Disease, Inflammatory OR Inflammatory Disease, Pelvic OR Inflammatory Pelvic Disease OR Disease, Inflammatory Pelvic OR Diseases, Inflammatory Pelvic OR Inflammatory Pelvic Diseases OR Pelvic Diseases, Inflammatory OR Adnexitis OR Endomyometritis OR Oophoritides OR Parametritides OR Cellulitis, Pelvic OR Cellulitides, Pelvic OR Pelvic Cellulitides OR Pelvic Cellulitis OR Salpingitides	13667

Resultados seleccionados

De los 31 resultados obtenidos, ninguno trataba el tópico de interés. Sin embargo, al hacer búsqueda en bola de nieve, con los artículos relacionados a los 31 resultados, se encuentra el siguiente artículo:

1.

[Genitourin Med.](#) 1989 Oct;65(5):342-6.

Effect of penicillin and spectinomycin given for urethritis and cervicitis with *Neisseria gonorrhoeae*: high prevalence of penicillin-resistant isolates.

[Kouri YH](#), [González L](#), [Pérez M](#), [Menar R](#), [Gadea CR](#), [Kraiselburd E](#), [Torres-Bauza LJ](#).

Source

Health Department of the Commonwealth of Puerto Rico.

Abstract

Efficacy of single-dose spectinomycin (TRO: 2 g intramuscularly) was compared with that of aqueous procaine penicillin G (APPG:4.8 x 10⁶ units) plus 1 g of probenecid for treatment of gonococcal urethritis and cervicitis. Cure rates of the 210 patients who received TRO and 190 patients who received APPG were 97.6% and 91.1%, respectively. MICs of antibiotics were determined using the agar dilution method. Those isolates with MICs of APPG of less than 1.0 microgram/ml had low failure rates (2.9%), while strains with increased resistance to APPG (MICs greater than or equal to 1.0 microgram/ml) had higher failure rates (24%). Treatment failures seen with TRO were not correlated to isolates with the higher MICs. Clinical results suggest TRO could be given for treatment of genital gonorrhoea in Puerto Rico due to the high prevalence of both chromosomally-mediated penicillin-resistant *Neisseria gonorrhoeae* (20%) and penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae* (7.5%) strains and the high rate of failure seen with the use of APPG.

Al revisar el full-text del anterior abstract, se encuentra que se trató de un ensayo clínico realizado en hombres y mujeres con uretritis y cervicitis. Sin embargo, solo 47 de 400 (12%) eran mujeres y además incluyó HSH (hombres que tienen sexo con hombres) y heterosexuales. Por lo tanto se excluye este artículo.

NUEVA BÚSQUEDA DE ESPECTINOMICINA

Dados los pocos resultados obtenidos con la búsqueda anterior, se decide realizar una nueva búsqueda en la que se incluye el agente microbiológico y el antibiótico, se limita a los últimos 10 años.

Fecha de la búsqueda: febrero 27 de 2012

Search	Query	Items found
#37	Select 3 document(s)	3
#35	Search (#22) AND #32 Limits: published in the last 10 years	25
#32	Search (" Neisseria "[Mesh]) OR " Neisseria gonorrhoeae "[Mesh]	15822
#23	Search (#1) AND #22	31
#22	Search " Spectinomycin "[Mesh]	1085
#12	Search (#1) AND #11	8
#11	Search " moxifloxacin " [Supplementary Concept]	1384
#8	Search ((#1) AND #6) AND #7	5
#7	Search " Metronidazole "[Mesh]	10060
#6	Search " Ofloxacin "[Mesh]	5120
#5	Search (" Ofloxacin "[Mesh]) AND " Metronidazole "[Mesh]	97
#1	Search Pelvic Inflammatory Disease OR Endometritis OR Oophoritis OR Parametritis OR Salpingitis OR Disease, Pelvic Inflammatory OR Diseases, Pelvic Inflammatory OR Inflammatory Diseases, Pelvic OR Pelvic Inflammatory Diseases OR Pelvic Disease, Inflammatory OR Inflammatory Disease, Pelvic OR Inflammatory Pelvic Disease OR Disease, Inflammatory Pelvic OR Diseases, Inflammatory Pelvic OR Inflammatory Pelvic Diseases OR Pelvic Diseases, Inflammatory OR Adnexitis OR Endomyometritis OR Oophoritides OR Parametritides OR Cellulitis, Pelvic OR Cellulitides, Pelvic OR Pelvic Cellulitides OR Pelvic Cellulitis OR Salpingitides	13667

NOTA: TODAS LAS BÚSQUEDAS DE LITERATURA REALIZADAS PARA TODOS LOS TÓPICOS DE LA PRESENTE GUÍA, FUERON ACTUALIZADAS NUEVAMENTE A DICIEMBRE 31 DE 2012.

ANEXO 9

**ANEXO 9. RESULTADO DEL PROCESO DE INCORPORACIÓN DE PACIENTES EN
LA GPC-ITS**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**GUIAS DE ATENCION INTEGRAL PARA EL ABORDAJE SINDRÓMICO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN
SEXUAL Y OTRAS INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL**

**COMPONENTE CUALITATIVO
INFORME DE ENTREVISTAS A PACIENTES**

**PRESENTADO POR
CONSTANZA COLLAZOS V.**

Introducción

Las diferentes guías metodológicas para la elaboración de guías de práctica clínica recomiendan la inclusión de los pacientes en el desarrollo de las diferentes guías de atención.

La inclusión de pacientes en la elaboración de guías de práctica clínica busca aportar elementos, desde la perspectiva de las personas que presentan un cuadro determinado, para la toma de decisiones en el contexto de la relación médico paciente.

Los profesionales sanitarios tienen conocimientos sobre aspectos técnicos, tales como procedimientos diagnósticos, causas de la enfermedad, pronóstico, opciones de tratamiento y estrategias preventivas. Pero sólo los pacientes han experimentado la enfermedad, y saben de sus circunstancias sociales, sus hábitos, sus comportamientos, sus actitudes frente al riesgo, sus valores y sus preferencias.²¹

El proceso de elaboración de Guías de atención desarrollado por la Universidad Nacional ha mantenido un foco prioritario en la participación de los pacientes, cuidadores, grupos de interés y ciudadanos en general en todas las fases del proceso.

Una de las actividades realizadas en esta línea fue la consulta a pacientes para el desarrollo de la Guía de Práctica Clínica para el abordaje sindrómico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital, y la consideración de estos resultados en el desarrollo de la guía.

La revisión de la literatura sobre el tema de inclusión de pacientes en las guías de práctica clínica nos condujo a considerar dos ámbitos de interés: la experiencia de las pacientes durante el proceso de atención, y sus valores y preferencias en aspectos específicos de cada tema tratado en la guía (ver documento de propuesta metodológica), susceptibles de ser negociados con las pacientes en los procesos de atención.

La propuesta inicial consideró la realización de entrevistas en profundidad a pacientes, en consideración a las características de los síndromes tratados y la carga social de las infecciones de transmisión social, procurando mantener la reserva de la identidad de las y los pacientes. Se presentan los resultados de 6 entrevistas realizadas a mujeres que han participado de un proyecto sobre este tema desarrollado por la Universidad Nacional y que accedieron a colaborar con el estudio.

La información obtenida de las entrevistas fue grabada y transcrita y se procesó en el programa Nvivo 8, codificando los textos en categorías de análisis previamente establecidas. Los resultados se sustentan en frecuencias de palabras y el diseño gráfico mediante marcas de nube.

²¹ Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y consumo. Implicación de los pacientes/cuidadores en la elaboración de guías de práctica clínica. Subgrupo de pacientes. Proyecto Guía Salud. Madrid, Febrero de 2007.

Objetivos para el desarrollo de las entrevistas

1. Identificar aspectos que facilitan el acceso a servicios de salud de pacientes con flujo vaginal, dolor pélvico bajo, infección cervical, úlcera genital, descarga uretral, inflamación escrotal y bubón inguinal.
2. Identificar aspectos que dificultan el acceso a servicios de salud de pacientes con flujo vaginal, dolor pélvico bajo, infección cervical, úlcera genital, descarga uretral, inflamación escrotal y bubón inguinal.
3. Identificar valores y preferencias de las pacientes relacionados con las condiciones de atención, condiciones del tratamiento, administración de medicamentos y comunicación a las parejas.

Metodología

Se siguió la metodología para el desarrollo de entrevistas, con las siguientes actividades:

1. **Consulta con el grupo desarrollador de guías para la identificación de aspectos del abordaje clínico sensibles a valores y preferencias por parte de las pacientes para cada una de las subguías:** se realizó una reunión virtual con el grupo desarrollador de la guía, se presentó el propósito de la reunión y se hicieron aclaraciones sobre valores y preferencias de las pacientes que pueden ser susceptibles de negociación entre el médico y el paciente. Posteriormente, los líderes de las guías enviaron por correo electrónico sus opiniones y sugerencias sobre los aspectos a incluir en las entrevistas con pacientes.
2. **Selección de aspectos sensibles a valores y preferencias de las pacientes para cada subguía:** a partir del material enviado por los líderes de cada subguía se identificaron los aspectos a incluir en las guías de entrevista a las pacientes.
3. **Diseño de guías de entrevista para cada subguía (ver anexo 1):** se elaboraron guías de entrevista para cada subguía con el objeto de unificar la entrevista.
4. **Identificación de pacientes e invitación a participar:** esta actividad fue desarrollada por dos enfermeras del proyecto, con experiencia en el tema de ITS. Se revisó la base de datos de pacientes de un estudio realizado por la Universidad Nacional anteriormente. Este proceso fue dispendioso, pues la carga social y el imaginario frente a las ITS hace que muchas pacientes no deseen revivir la experiencia. Además, las patologías relacionadas con el género masculino no son muy frecuentes y dificultan la identificación de personas con este tipo de cuadros.
5. **Citación a las pacientes:** se estableció comunicación telefónica con las pacientes, se les informó sobre el proceso de elaboración de guías de atención y su finalidad y se les solicitó su colaboración para realizar la entrevista. Se entrevistaron aquellas pacientes que voluntariamente decidieron colaborar.
6. **Desarrollo de las entrevistas:** las entrevistas se realizaron en las instalaciones de hospitales y centros de salud cercanos al lugar de residencia de las pacientes, o donde ellas consideraran que resultaba más cómodo para su desplazamiento. Las entrevistas grabadas previo consentimiento de las pacientes.
7. **Transcripción de las entrevistas (anexo 2):** las entrevistas fueron transcritas en su totalidad.
8. **Categorización de información (anexo 3):** se elaboraron categorías de partida para el análisis de información y se trabajó con estas mismas categorías dadas las características del estudio.
9. **Procesamiento y codificación de información en el programa Nvivo (anexo 4):** se codificó la información obtenida, esto es, ubicar los fragmentos de los textos que se relacionan con cada una de las categorías establecidas.

10. **Análisis de información (anexo 5):** el programa Nvivo realiza conteos de palabras en relación con los textos de procedencia y establece frecuencias y densidades de palabras, lo que permite elaborar las llamadas marcas de nube, dando así una idea gráfica de las palabras predominantes con respecto al resto del texto.
11. **Elaboración del informe:** se elaboró el informe de los resultados
12. **Validación con el grupo desarrollador de la guía**

Resultados

Se entrevistaron 6 pacientes que accedieron a colaborar con las entrevistas procedentes de la ciudad de Bogotá, distribuidas por condición clínica como lo muestra la Tabla 1.

Tabla 1. Número de pacientes entrevistadas según condición clínica

Condición clínica	Número de pacientes
Flujo vaginal	2
Infección cervical	2
Úlcera genital	1
Enfermedad pélvica inflamatoria	1
Total	6

Generalidades

La edad de las pacientes entrevistadas oscila entre 22 y 32 años. Todas pertenecen al régimen contributivo de salud.

1. Experiencia en el proceso de atención

Motivo de consulta

Cuatro pacientes consultaron por flujo vaginal, una de ellas acompañado de “piquiña” y en la otra paciente acompañado de “dolor bajito”. Dos consultaron porque tuvieron conocimiento del estudio de la Universidad Nacional, pero no tenían síntomas.

Dificultades para consultar

Una paciente refiere demora en la cita de 25 días. Una paciente refiere que tenía miedo de consultar porque tenía una citología anormal previa y otra menciona la falta de información.

Dificultades en la atención

Las pacientes relatan que no se sienten cómodas al consultar por sus problemas genitales (por pudor, vergüenza). Además, en la consulta no se hace examen físico cuando se refiere un flujo vaginal como causa de consulta, sólo se indaga por las características del flujo y se elabora la fórmula médica. Una de las pacientes dice “y el médico creyó lo que yo le decía (sobre el flujo), no lo comprobó”.

Dificultades en el tratamiento

Las dificultades en el tratamiento se relacionan con asuntos de memoria (se les olvida ponerse la crema o la tableta), con ardor los primeros días al ponerse la crema o las tabletas y con la expectativa de que el compañero también inicie el tratamiento para iniciarlo ella también, pero el compañero puede negarse o retardar el inicio.

Aspectos positivos de la atención

Las pacientes no refieren dificultades en la atención.

Consciencia de prevención

Las pacientes identifican como acciones de prevención el aseo genital, el uso de ropa interior de algodón y su lavado aparte de la otra ropa, tener una sola pareja, tener relaciones sexuales con protección aunque sea con su pareja estable, tener una buena alimentación, tener hábitos saludables e información por parte de los servicios sobre estas enfermedades, la forma de prevenirlas y el uso del preservativo.

Recomendaciones para mejorar los servicios de atención

Todas las pacientes se refieren a la necesidad de hacer un examen de laboratorio para confirmar la enfermedad y expedir el tratamiento.

2. Valores y preferencias

Duración del tratamiento

Todas las pacientes refieren preferir un tratamiento corto para evitar los problemas de memoria que conlleva el aplicar óvulos o tabletas o tomar pastillas.

Presentación de los medicamentos

Con respecto a los medicamentos las pacientes refieren preferir los medicamentos inyectados porque lo relacionan con efectividad. Además, se percibe un imaginario de temor para introducirse algo en la vagina, lo que dificulta este tipo de tratamiento. Una paciente prefiere las tabletas porque dice que es alérgica a la penicilina.

Una paciente recomienda dar instrucciones adecuadas porque dice que las tabletas vaginales se pueden confundir con tabletas para tomar.

Otra paciente relaciona las tabletas con la posibilidad de “engordar”.

Disposición a pagar por medicamentos

Todas las pacientes estarían dispuestas a comprar un medicamento que no esté incluido en el P.O.S. siempre y cuando sea muy “efectivo”.

Permiso para prueba de VIH

Todas las pacientes están dispuestas a permitir la realización de una prueba para el VIH.

Posición frente al tratamiento de la pareja

Sólo una persona consideró que no creía que su compañero requiriera tratamiento, todas las demás contestaron que sí a la pregunta de si creen que su compañero necesita ser tratado.

Comunicación a la pareja sobre necesidad de tratamiento

Las pacientes consideran que la persona más indicada para comunicar la necesidad de tratamiento es ella misma, argumentando confianza con su pareja. Sólo una paciente considera que es el médico el que debe comunicarle a su pareja que requiere tratamiento.

La dificultad en el tratamiento de la pareja radica básicamente en que el compañero o no hace el tratamiento, o lo inicia tardíamente o lo hace de manera incompleta.

Valores relacionados con el tipo de evento

Una paciente se refirió al pudor que le produce tener este tipo de eventos; otra se refirió al temor de introducir medicamentos en su vagina.

Conclusiones

Se concluye que la atención a este tipo de pacientes requiere de un contexto humanitario por la carga emocional y social que tienen las Infecciones de transmisión sexual, contexto que no se ofrece en las consultas médicas en el sistema de atención. En el cuadro 1 se presenta el resumen de la metodología empleada en el desarrollo de entrevistas a las pacientes de la guía de Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital, y el cuadro 2 presenta los principales resultados en el desarrollo de estas entrevistas y su utilidad para la guía de atención, tal como se estableció en la propuesta metodológica para la inclusión de pacientes en la elaboración de la guía.

Cuadro 1. Matriz de resumen del desarrollo de entrevistas a pacientes con infecciones de transmisión sexual

HERRAMIENTA DE REGISTRO DE USO DE METODOLOGÍAS PARA LA INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE PACIENTES/CUIDADORES EN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	
Nombre de la guía	Abordaje sintrómico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital
Nombre de las/los investigadores	Constanza Collazos V. Natalia Marcela Calderón Jenny Paola Bonilla C.
Objetivo u objetivos planteados al inicio del ejercicio	<ol style="list-style-type: none">1. Identificar aspectos que facilitan el acceso a servicios de salud de pacientes con flujo vaginal, dolor pélvico bajo, infección cervical, úlcera genital, descarga uretral, inflamación escrotal y bubón inguinal.2. Identificar aspectos que dificultan el acceso a servicios de salud de pacientes con flujo vaginal, dolor pélvico bajo, infección cervical, úlcera genital, descarga uretral, inflamación escrotal y bubón inguinal.3. Identificar valores y preferencias de las pacientes relacionados con las condiciones de atención, condiciones del tratamiento, administración de

	medicamentos y comunicación a las parejas.
Descripción del contexto <i>(Incluye espacio y tiempo)</i>	Las entrevistas se realizaron durante el segundo semestre de 2011, en centros de salud u hospitales cercanos a la residencia de las pacientes.
Descripción de la población incluida en el estudio	Se incluyeron pacientes de la base de datos del estudio de la Universidad Nacional sobre infecciones de transmisión sexual finalizado en el 2010. Se entrevistaron aquellas pacientes que accedieron colaborar con el estudio, en total seis pacientes así: 2 de flujo vaginal, 2 de infección cervical, 1 de úlcera genital y 1 de dolor pélvico bajo (EPI). Todas del régimen contributivo de salud. Las edades de las pacientes oscilan entre 22 y 32 años.
Descripción del trabajo de campo <i>(Descripción detallada de todos los procedimientos que se llevaron a cabo para realizar la recolección de la información)</i>	<p>A partir de la identificación de los aspectos de interés para las entrevistas con el Grupo Desarrollador de la Guía, se elaboraron guías de entrevista por cada síndrome considerado en la Guía de atención.</p> <p>Se identificaron las pacientes en la base de datos de la Universidad Nacional (estudio previo).</p> <p>Dos enfermeras contactaron telefónicamente a las pacientes, presentaron el estudio de la Guía de Atención y sus objetivos, y solicitaron su colaboración para la realización de las entrevistas así como el propósito de las mismas.</p> <p>Aquellas pacientes que accedieron a colaborar fueron citadas en los centros de salud u hospitales cercanos a su lugar de residencia.</p> <p>Las entrevistas se grabaron con el consentimiento de las pacientes y fueron transcritas posteriormente.</p>
Descripción del proceso de análisis de los datos <i>(Descripción detallada de la procedimientos de análisis de la información)</i>	<p>Las entrevistas transcritas fueron procesadas con el programa Nvivo.</p> <p>Se categorizaron los textos según las categorías establecidas en las guías de entrevista.</p> <p>Se establecieron cuadros de frecuencias de palabras y se elaboraron marcas de nube para el texto general para las diferentes categorías establecidas. Las marcas de nube muestran gráficamente la densidad de palabras de más de 6 letras en el contexto de las respuestas en cada categoría, mostrando con mayor tamaño aquellas que presentan mayor frecuencia, lo que da una idea de las palabras más usadas en las respuestas de las pacientes, como alusión a los referentes sociales y contextuales del lenguaje de las personas entrevistadas.</p> <p>Se realizó una síntesis de las principales respuestas en cada categoría.</p>

Cuadro 2. Matriz de resultados del desarrollo de entrevistas a pacientes con infecciones de transmisión sexual.

RESULTADOS/CONCLUSIONES <i>(Síntesis de los resultados y conclusiones más relevantes)</i>	EVIDENCIA EN LOS DATOS <i>(Descripción de la evidencia de los resultados presentados en los datos. Pueden ser descripciones textuales, extractos de discursos, referencias a los códigos de los datos etc.)</i>	USO DE RESULTADOS PARA LA GUIA <i>(Descripción de cómo se sugiere que las conclusiones sean usadas en la guía)</i>	RESULTADOS DE LA CONSIDERACIÓN DEL GDG <i>(Argumentos del GDG a favor y en contra frente al aspecto)</i>	DECISIÓN FINAL <i>(Se incluirá o no en la guía y en qué forma)</i>
EXPERIENCIA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN				
DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN 1. En general, las pacientes perciben que el proceso de atención para este tipo de patologías no brinda la atención requerida en un contexto de oportunidad y calidez, por la aprehensión que generan estas enfermedades y por los imaginarios sociales relacionados con ellas.	<p>“La EPS se demoró en darme la cita, como 25 días”</p> <p>“El hecho de que los tratamientos que me proporcionaba la EPS no eran efectivos”</p> <p>“Después de una citología que me realicé visite al médico pues para consultar sobre eso, pero entonces igual me mandaron clotrimazol, en crema pero pues no se dijo nada, no</p>	<p>Si bien las dificultades en los procesos de atención no son objeto de la guía, en la introducción u en otra parte debe mencionarse la necesidad de priorizar este tipo de consultas a fin de poder contribuir con el control epidemiológico de las mismas.</p>		

<p>2. Para que el abordaje sindrómico cumpla con sus objetivos es importante explicar a las pacientes porqué no se hacen exámenes de laboratorio, pues están condicionadas a relacionar exámenes con calidad.</p>	<p>me dijo porque era el flujo sino simplemente se mandó la crema y ya”</p> <p>“Ella aparte de que me hizo unas preguntas y una encuesta ella me valoró, cosa que no se hizo en la primera consulta, en la otra consulta simplemente se preguntó cómo es el flujo?, hace cuanto lo tiene?, solamente fue puras preguntas, no se observó, en ningún momentos se hizo una exploración física, simplemente fue confiar en lo que yo estaba diciendo, en cambio en la segunda consulta se hizo una encuesta, se preguntó por lo que uno estaba sintiendo y se hizo una valoración física, y aparte se tomaron los exámenes”</p> <p>“La segunda consulta fue muchísimo más cómoda porque se siente uno más en confianza, además</p>	<p>La guía debe enfatizar en la información adecuada y clara por parte del médico al momento del diagnóstico para garantizar la adherencia al tratamiento por parte de la paciente</p>		
--	--	--	--	--

	<p>porque en esta consulta aparte de que hacían pues todos los exámenes, hacían la explicación de porqué se presenta el VIH, como se presenta y como se desarrolla antes de hacer la prueba del sida, entonces pues me pareció muy completa, y que si así se atendiese en las clínicas pues estaríamos todos contentos y felices con el sistema pero así no es”</p>			
<p>DIFICULTADES EN LA CONSULTA</p> <p>1. La falta de oportunidad en la consulta también está relacionada con los imaginarios sociales sobre este tipo de enfermedades</p>	<p>“Para comenzar mis miedos porque ya tenía un antecedente de una citología con un resultado negativo, por lo demás era ya cuestión personal por la falta de tiempo”</p>	<p>La guía debe enfatizar en informar a los médicos y personal de salud sobre las connotaciones sociales de este tipo de enfermedades y la necesidad de manejar esos factores para favorecer la adherencia de estos pacientes al tratamiento</p>		

DIFICULTADES EN EL TRATAMIENTO				
<p>1. La eficacia del tratamiento está condicionada por la aplicación adecuada de las pacientes, en lo que la memoria para seguir las indicaciones del tratamiento juega un importante papel</p>	<p>“No sentí mejoría con la crema, la verdad no, la presencia del flujo siguió. No presente ninguna dificultad, la única dificultad fue no utilizarla como tenía que ser”</p> <p>“Un día salí a bailar y llegue tarde y pues por falta de tiempo, se me olvido ponerme ese día la crema y corrí un día el tratamiento, no me la puse ese día”</p>	<p>La guía debe enfatizar las recomendaciones al paciente con respecto a seguir adecuadamente el tratamiento y las complicaciones en caso de no hacerlo.</p>		
<p>2. La información dada a la paciente de manera clara juega un importante papel en la eficacia del tratamiento</p>	<p>“No me las tome, porque me dijeron que debía empezar al tiempo con mi esposo, pues que el también necesitaba tomar el tratamiento, y yo me quede esperando eso, a que mi esposo se las tomara, pero él no se las tomo y llego diciembre y deje eso en el olvido, hasta marzo que empezó otra vez con eso”</p>	<p>La guía debe enfatizar en la importancia de las instrucciones claras al paciente para asegurar la adherencia al tratamiento</p>		

<p>CONSCIENCIA DE PREVENCIÓN</p> <p>1. Las pacientes tienen conocimientos sobre la manera de prevenir estas enfermedades, pero es necesario mejorar la calidad de la información que manejan</p>	<p>“Primero con el aseo, segundo con ropa interior lavada independiente del otro tipo de ropa, tener relaciones sexuales con protección, tener una buena alimentación y hábitos de vida”</p> <p>“Para comenzar pienso que las EPS deberían proporcionar información clara y veraz a sus usuarios para prevención de dichas enfermedades, además considero importante el uso del condón el dialogo en pareja y tener estabilidad sexual”</p> <p>“Es muy complejo, pero si se puede se puede prevenir un porcentaje educando sobre el uso del preservativo e informar los riesgos que se puede tener así sea con la pareja si no se usa”</p> <p>“Hoy en día considero que</p>	<p>La guía debe sugerir la importancia de los aspectos educativos a la población general para la prevención de estas enfermedades</p>		
--	---	---	--	--

	la única herramienta que nos protege realmente es el preservativo”			
RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ATENCIÓN				
1. Las pacientes sugieren mejorar la oportunidad de las citas	“Que las citas sean más cerquita, pues porque pueden evitar que las enfermedades se propaguen mas”			
2. Las pacientes sugieren cobertura por El P.O.S. para este tipo de enfermedades	A mí me dieron un tratamiento que lo cubría el seguro, pero de pronto, se que existen otros medicamentos mejores, además esta es una enfermedad muy y esos otros medicamentos los debería cubrir el P.O.S.			
3. Las pacientes recomiendan el uso de exámenes de laboratorio para asegurar la eficacia del tratamiento	“Primero que fuera como más accesible el examen, pues he escuchado algunos casos de otras mujeres, que les ponen muchas trabas para hacer el examen de frotis, y	Siendo esta una guía de abordaje sindrómico, es muy importante incluir en la guía la información adecuada a los pacientes sobre la no necesidad de exámenes		

	<p>simplemente les mandan el medicamento, pues es mejor descartar con el examen frotis primero”</p> <p>“Y que cuando uno vaya a tomarse esos exámenes, halla más personal, pues uno tiene que demorarse mucho para que lo atiendan, y pues es un examen frecuente y solo tienen a una persona en eso”</p> <p>“Yo recomendaría a las EPS que el diagnostico para este tipo de enfermedades se haga con exámenes especiales, porque así como mujeres nos sentimos más seguras que se va a dar un tratamiento efectivo, una de las razones por las cuales me sentí interesada en el estudio, fue precisamente porque tenían exámenes para las diferentes tipos de enfermedades sexuales y tendría una respuesta clara del flujo que estaba</p>	<p>de laboratorio si se realiza adecuadamente el tratamiento.</p>		
--	---	---	--	--

<p>4. Las pacientes recomiendan la educación sobre este tipo de enfermedades y para el autocuidado</p>	<p>presentando y un tratamiento efectivo”</p> <p>“Mi recomendación en general es educar a muchas mujeres sobre la importancia de practicarse exámenes y tener una conducta de auto-cuidado con su salud sexual y reproductiva utilizando siempre el preservativo”</p> <p>“Yo creo que todo estuvo de acuerdo a un proceso que mucha gente desconoce, más que una recomendación es culturizar al cuidado en cuanto la prevención de toda esta clase de enfermedades de transmisión sexual”</p>			
<p>VALORES Y PREFERENCIAS</p>				
<p>DURACIÓN DEL TRATAMIENTO</p> <p>1. Las pacientes prefieren los tratamientos cortos para evitar las dificultades de memoria en la</p>	<p>“en un solo día y ya”</p> <p>“Pues porque es más</p>	<p>La guía debe responder ¿cuál es el tratamiento de menor duración para</p>		

<p>continuidad del tratamiento</p>	<p>práctico, pues como tengo mala memoria a corto plazo se me olvida tomarme el tratamiento”</p> <p>“Porque me parece más efectivo y de difícil olvido”</p>	<p>cada síndrome?</p>		
<p>PRESENTACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS</p> <p>1. La mayoría de pacientes prefieren los medicamentos inyectados, por las implicaciones que tiene en sus imaginarios la introducción de objetos en la vagina, excepto en los casos de alergia a la penicilina.</p>	<p>“Porque digamos que los óvulos requieren de más confianza para utilizarlos, para mí fue difícil utilizar el ovulo, me hubiese sido más fácil utilizar una inyección o un medicamento que pueda tomar y no que tenga que introducir. Y creería que para muchas mujeres se podría prestar para una confusión, de que es lo que tiene que hacer con la tableta, porque igual la tableta que se me entrego a mí, parecía una pasta que se va a tomar con agua, entonces eso por prevención y por digamos que por pudor, yo diría la</p>	<p>La guía debe responder ¿cuál es la presentación del tratamiento más adecuada para cada síndrome?</p>		

	<p>inyección”</p> <p>“Porque es mucho más cómodo para la persona que lo va a utilizar y pues se tiene la certeza, que la persona va a finalizar el tratamiento, porque tal vez si se lleven las siete tabletas, pero pase lo que anteriormente me paso a mí, no me coloque la tableta cuando me la tenía que colocar, o no me la tomo cuando me la tenía que tomar, entonces es mucho más fácil hacerlo en una sola toma”</p> <p>“Tabletas porque primero no me gustan las inyecciones y segundo porque es sencillo el tratamiento. Si el tratamiento es muy prolongado podría olvidarse la toma de las tabletas pero es cuestión de organizarse”</p> <p>“Pues con tabletas porque soy alérgica a la penicilina”</p>			
--	--	--	--	--

<p>PAGO POR MEDICAMENTOS</p> <p>1. Las pacientes están dispuestas a comprar otros medicamentos que no estén incluidos en el P.O.S si son más efectivos</p>	<p>“Si lo compraría. Si me va a solucionar mi problema de salud, si sería capaz de cubrirlo”</p> <p>“Si realmente es efectivo si”</p>	<p>La guía debe considerar presentar al paciente los tratamientos disponibles y negociar con él el más adecuado de acuerdo con sus condiciones económicas</p>		
<p>CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DE VIH</p> <p>1. Todas las pacientes dan su consentimiento para la prueba de VIH</p>	<p>“Sí así como autorice a la universidad que se realizara en el estudio”</p> <p>“Sí, claro, por eso yo di mi consentimiento, para que esa vez me tomaran la prueba del VIH”</p>			
<p>POSICIÓN FRENTE AL TRATAMIENTO DE LA PAREJA</p> <p>1. Las pacientes aceptan el tratamiento de sus parejas, pero sus parejas no siempre cumplen a cabalidad con el mismo</p>	<p>“Si, el tomo el mismo tratamiento”</p> <p>“Sí, pero al parecer el no termino el tratamiento eso también me tiene preocupada porque yo me</p>			

	<p>trate en totalidad pero él no”</p> <p>“Pues porque él no quería hacer nada de eso, ni tomarse nada, pero no sé por qué”</p>			
<p>COMUNICACIÓN A LA PAREJA</p> <p>1. En general, quién debe comunicar a la pareja la necesidad de tratamiento es la paciente, pero pueden presentarse casos difíciles en los que el más recomendado para comunicar la situación es el médico</p>	<p>“Se la comentaría yo, porque considero que hay diálogo entre los dos, entonces podemos tratar el tema ambos, y si ambos necesitamos tratamiento, entonces estamos haciendo algo malo, entonces habría que dialogarlo”</p> <p>“Yo, porque tendría que explicarle realmente lo que sucedió y que es lo que nos están recomendando, porque justamente si es mi pareja tiene que confiar en lo que yo le estoy diciendo”</p> <p>“Otra persona, el médico. Pues porque si él tiene la</p>	<p>La guía debe considerar que en primera instancia quien comunica a su pareja la necesidad de tratamiento es la paciente o el paciente. Se deben explorar las condiciones particulares en cada caso para decidir si la pareja requiere una cita con el médico para estos efectos.</p>		

	<p>infección y tiene que recibir tratamiento. ¿Usted prefiere, que le formulen el tratamiento para su pareja en la misma consulta suya, o que remitan a su pareja a consulta médica? Si en otra consulta aparte”</p>			
<p>VALORES RELACIONADOS CON EL EVENTO</p> <p>1. Las infecciones de transmisión sexual tienen una alta carga social y de imaginarios relacionados con ellas</p>	<p>“¿A qué se refiere con pudor? Es como el temor de la mujer a introducirse algo en la vagina, yo si preferiría una inyección”</p> <p>“Óvulos por incomodidad, tabletas porque se puede engordar”</p>	<p>En la guía es necesario enfatizar en un abordaje con una mirada sociocultural de este tipo de enfermedades.</p>		

Los aspectos a considerar por el grupo desarrollador de las guías son:

1. En la Guía se debe hacer alusión a la necesidad de mejorar el componente administrativo para facilitar la atención de estos pacientes.
2. La guía debe enfatizar en la información adecuada y clara por parte del médico al momento del diagnóstico para garantizar la adherencia al tratamiento por parte de la paciente.
3. La guía debe enfatizar en informar a los médicos y personal de salud sobre las connotaciones sociales de este tipo de enfermedades y la necesidad de manejar esos factores para favorecer la adherencia de estos pacientes al tratamiento
4. La guía debe enfatizar las recomendaciones al paciente con respecto a seguir adecuadamente el tratamiento y las complicaciones en caso de no hacerlo.
5. La guía debe sugerir la importancia de los aspectos educativos a la población general para la prevención de estas enfermedades
6. Siendo esta una guía de abordaje sindrómico, es muy importante incluir en la guía la información adecuada a los pacientes sobre la no necesidad de exámenes de laboratorio si se realiza adecuadamente el tratamiento.
7. La guía debe responder ¿cuál es el tratamiento de menor duración para cada síndrome?
8. La guía debe responder ¿cuál es la presentación del tratamiento más adecuada para cada síndrome?
9. La guía debe considerar presentar al paciente los tratamientos disponibles y negociar con él el más adecuado de acuerdo con sus condiciones económicas
10. La guía debe considerar que en primera instancia quien comunica a su pareja la necesidad de tratamiento es la paciente o el paciente. Se deben explorar las condiciones particulares en cada caso para decidir si la pareja requiere una cita con el médico para estos efectos.
11. En la guía es necesario enfatizar en un abordaje con una mirada sociocultural de este tipo de enfermedades.

Consulta de resultados por el grupo desarrollador de la guía

Se realizará una reunión con el grupo desarrollador de la Guía para presentar los resultados de las entrevistas de pacientes y recoger sus opiniones frente a los mismos, incluyendo mecanismos de inclusión de los resultados obtenidos.

ANEXO 1

GUÍAS DE ENTREVISTAS A PACIENTES CON ITS

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA ABORDAJE SINDRÓMICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y OTRAS
INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL – ITS/ITG

GUÍA PARA LA ENTREVISTA CON PACIENTES

SINDROME DE FLUJO VAGINAL

1. Características generales

Nombre: _____

Edad: _____ (años cumplidos)

Lugar de residencia

Municipio: _____

Localidad: _____

Barrio: _____

Teléfono de contacto: _____

Afiliación al sistema de seguridad social: Si ___ No ___

Tipo de régimen de afiliación

Contributivo ___

Subsidiado ___

Motivo por el cual consultó: _____

Lugar donde consultó: _____

2. Experiencia con el proceso de atención

2.1 Relate cómo empezó su enfermedad

- 2.2 Qué fue lo que la llevó a consultar
- 2.3 Qué dificultades tuvo para consultar
- 2.4 Qué tratamiento le dieron
- 2.5 Qué dificultades tuvo durante el tratamiento
- 2.6 ¿Usted cree que su pareja necesitaba tratamiento?
- 2.7 ¿Qué dificultades se presentaron para que su pareja se tratara?
- 2.8 ¿En su opinión, quién debería comunicarle a su pareja que requiere tratamiento, usted u otra persona?
- 2.9 ¿Por qué?
- 2.10 ¿Qué recomendaciones haría para que la consulta, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad sea bueno?
- 2.11 ¿Cómo cree que se pueden evitar estas enfermedades?
- 2.12 ¿En caso de requerirse una prueba de VIH, debido a que usted tiene una ITS, autorizaría usted a que se la realicen?

3. Valores y preferencias

- 3.1 ¿Qué prefiere como tratamiento para estos casos: óvulos, tabletas o inyecciones?
- 3.2 ¿Por qué prefiere ese tratamiento?
- 3.3 ¿Qué inconvenientes le encuentra a los otros tratamientos?
- 3.4 ¿Preferiría un tratamiento en una sola toma o un solo día, o uno por varios días, considerando que con ambos va a mejorar igual?
- 3.5 ¿Por qué prefiere ese tratamiento?
- 3.6 ¿Usted estaría dispuesta a pagar por un medicamento que sea muy efectivo pero que no esté cubierto por el P.O.S?
- 3.7 ¿Usted cree que necesitaba el tratamiento que le dieron?
 - 3.8 ¿Por qué?

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE SINDRÓMICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y OTRAS INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL – ITS/ITG

GUÍA PARA LA ENTREVISTA CON PACIENTES

SINDROME DE DOLOR PÉLVICO BAJO

1. Características generales

Nombre: _____

Edad: _____ (años cumplidos)

Lugar de residencia

Municipio: _____

Localidad: _____

Barrio: _____

Teléfono de contacto: _____

Afiliación al sistema de seguridad social: Si ___ No ___

Tipo de régimen de afiliación

Contributivo ___

Subsidiado ___

Motivo por el cual consultó: _____

Lugar donde consultó: _____

2. Experiencia con el proceso de atención

2.1 Relate cómo empezó su enfermedad

- 2.2 ¿Qué fue lo que la llevó a consultar?
- 2.3 ¿Qué dificultades tuvo para consultar?
- 2.4 ¿Qué tratamiento le dieron?
- 2.5 ¿Qué dificultades tuvo durante el tratamiento?
- 2.6 ¿Usted cree que su pareja necesitaba tratamiento?
- 2.7 ¿Qué dificultades se presentaron para que su pareja se tratara?
- 2.8 ¿En su opinión, quién debería comunicarle a su pareja que requiere tratamiento, usted u otra persona?
- 2.9 ¿Por qué?
- 2.10 ¿Qué recomendaciones haría para que la consulta, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad sea bueno?
- 2.11 ¿Cómo cree que se pueden evitar estas enfermedades?
- 2.12 ¿En caso de requerirse una prueba de VIH, debido a que usted tiene una ITS, autorizaría usted a que se la realicen?

3. Valores y preferencias

- 3.1 ¿Qué prefiere como tratamiento para estos casos: óvulos, tabletas o inyecciones?
- 3.2 ¿Por qué prefiere ese tratamiento?
- 3.3 ¿Qué inconvenientes le encuentra a los otros tratamientos?
- 3.4 ¿Preferiría un tratamiento en una sola toma o un solo día, o uno por varios días, considerando que con ambos va a mejorar igual?
- 3.5 ¿Por qué prefiere ese tratamiento?
- 3.6 ¿Cuándo se puede dar un tratamiento de dosis única usted prefiere un medicamento intramuscular y otro oral o ambos medicamentos por vía oral?
- 3.7 ¿Usted como paciente prefiere tratamiento ambulatorio o prefiere ser manejada en forma intrahospitalaria?
- 3.8 ¿Usted estaría dispuesta a pagar por un medicamento que sea muy efectivo pero que no esté cubierto por el P.O.S?
- 3.9 ¿Usted cree que necesitaba el tratamiento que le dieron?
- 3.10 ¿Por qué?

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE SINDRÓMICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y OTRAS INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL – ITS/ITG

GUÍA PARA LA ENTREVISTA CON PACIENTES

SINDROME DE INFECCIÓN CERVICAL

1. Características generales

Nombre: _____

Edad: _____ (años cumplidos)

Lugar de residencia

Municipio: _____

Localidad: _____

Barrio: _____

Teléfono de contacto: _____

Afiliación al sistema de seguridad social: Si ___ No ___

Tipo de régimen de afiliación

Contributivo ___

Subsidiado ___

Motivo por el cual consultó: _____

Lugar donde consultó: _____

2. Experiencia con el proceso de atención

2.1 Relate cómo empezó su enfermedad

2.2 ¿Qué fue lo que la llevó a consultar?

2.3 ¿Qué dificultades tuvo para consultar?

2.4 ¿Qué tratamiento le dieron?

2.5 ¿Qué dificultades tuvo durante el tratamiento?

2.6 ¿Usted cree que su pareja necesitaba tratamiento?

2.7 ¿Qué dificultades se presentaron para que su pareja se tratara?

2.8 ¿En su opinión, quién debería comunicarle a su pareja que requiere tratamiento, usted u otra persona?

2.9 ¿Por qué?

2.10 ¿Qué recomendaciones haría para que la consulta, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad sea bueno?

2.11 ¿Cómo cree que se pueden evitar estas enfermedades?

2.12 ¿En caso de requerirse una prueba de VIH, debido a que usted tiene una ITS, autorizaría usted a que se la realicen?

3. Valores y preferencias

3.1 ¿Qué prefiere como tratamiento para estos casos: óvulos, tabletas o inyecciones?

3.2 ¿Por qué prefiere ese tratamiento?

3.3 ¿Qué inconvenientes le encuentra a los otros tratamientos?

3.4 ¿Preferiría un tratamiento en una sola toma o un solo día, o uno por varios días, considerando que con ambos va a mejorar igual?

3.5 ¿Por qué prefiere ese tratamiento?

3.6 ¿Usted estaría dispuesta a pagar por un medicamento que sea muy efectivo pero que no esté cubierto por el P.O.S?

3.7 ¿Usted cree que necesitaba el tratamiento que le dieron?

3.8 ¿Por qué?

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE SINDRÓMICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y OTRAS INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL – ITS/ITG

GUÍA PARA LA ENTREVISTA CON PACIENTES

SINDROME DE ÚLCERA GENITAL

1. Características generales

Nombre: _____

Edad: _____ (años cumplidos)

Lugar de residencia

Municipio: _____

Localidad: _____

Barrio: _____

Teléfono de contacto: _____

Afiliación al sistema de seguridad social: Si ___ No ___

Tipo de régimen de afiliación

Contributivo ___

Subsidiado ___

Motivo por el cual consultó: _____

Lugar donde consultó: _____

2. Experiencia con el proceso de atención

2.1 Relate cómo empezó su enfermedad

- 2.2 ¿Qué fue lo que hizo que consultara?
- 2.3 ¿Qué dificultades tuvo para que tener su primera consulta?
- 2.4 ¿Qué tratamiento le dieron?
- 2.5 ¿Qué dificultades tuvo durante el tratamiento?
- 2.6 ¿Usted cree que su pareja necesitaba tratamiento?
- 2.7 ¿Qué dificultades se presentaron para que su pareja se tratara?
- 2.8 ¿En su opinión, quién debería comunicarle a su pareja que requiere tratamiento, usted u otra persona?
- 2.9 ¿Por qué?
- 2.10 ¿Usted prefiere, que le formulen el tratamiento para su pareja en la misma consulta suya, o que remitan a su pareja a consulta médica?
- 2.11 ¿Qué recomendaciones haría para que la consulta, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad sea bueno?
- 2.12 ¿Cómo cree que se pueden evitar estas enfermedades?
- 2.13 ¿En caso de requerirse una prueba de VIH, debido a que usted tiene una ITS, autorizaría usted a que se la realicen?

3. Valores y preferencias

- 3.1 ¿Qué prefiere como tratamiento para estos casos tabletas o inyecciones?
- 3.2 ¿Por qué prefiere ese tratamiento?
- 3.3 ¿Qué inconvenientes le encuentra al otro tratamiento?
- 3.4 ¿Prefiere un tratamiento corto o uno largo considerando que ambos curan la enfermedad?
- 3.5 ¿Por qué prefiere ese tratamiento?
- 3.6 ¿Usted pagaría por un medicamento que sea muy efectivo pero que no esté cubierto por el P.O.S?
- 3.7 ¿Usted cree que necesitaba el tratamiento que le dieron?
- 3.8 ¿Por qué?

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE SINDRÓMICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y OTRAS INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL – ITS/ITG

GUÍA PARA LA ENTREVISTA CON PACIENTES

SINDROME DE DESCARGA URETRAL

1. Características generales

Nombre: _____

Edad: _____ (años cumplidos)

Lugar de residencia

Municipio: _____

Localidad: _____

Barrio: _____

Teléfono de contacto: _____

Afiliación al sistema de seguridad social: Si ___ No ___

Tipo de régimen de afiliación

Contributivo ___

Subsidiado ___

Motivo por el cual consultó: _____

Lugar donde consultó: _____

2. Experiencia con el proceso de atención

2.1 Relate cómo empezó su enfermedad

2.2 ¿Qué fue lo que lo llevó a consultar?

2.3 ¿Qué dificultades tuvo para consultar?

2.4 ¿Qué tratamiento le dieron?

2.5 ¿Qué dificultades tuvo durante el tratamiento?

2.6 ¿Usted cree que su pareja necesitaba tratamiento?

2.7 ¿Qué dificultades se presentaron para que su pareja se tratara?

2.8 ¿En su opinión, quién debería comunicarle a su pareja que requiere tratamiento, usted u otra persona?

2.9 ¿Por qué?

2.10 ¿Qué recomendaciones haría para que la consulta, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad sea bueno?

2.11 ¿Cómo cree que se pueden evitar estas enfermedades?

2.12 ¿En caso de requerirse una prueba de VIH, debido a que usted tiene una ITS, autorizaría usted a que se la realicen?

3. Valores y preferencias

3.1 ¿Qué prefiere como tratamiento para estos casos tabletas o inyecciones?

3.2 ¿Por qué prefiere ese tratamiento?

3.3 ¿Qué inconvenientes le encuentra al otro tratamiento?

3.4 ¿Prefiere un tratamiento corto o uno largo considerando que ambos curan la enfermedad?

3.5 ¿Por qué prefiere ese tratamiento?

3.6 ¿Usted estaría dispuesto a pagar por un medicamento que sea muy efectivo pero que no esté cubierto por el P.O.S?

3.7 ¿Usted cree que necesitaba el tratamiento que le dieron?

3.8 ¿Por qué?

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE SINDRÓMICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y OTRAS INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL – ITS/ITG

GUÍA PARA LA ENTREVISTA CON PACIENTES

SINDROME DE INFLAMACIÓN ESCROTAL

1. Características generales

Nombre: _____

Edad: _____ (años cumplidos)

Lugar de residencia

Municipio: _____

Localidad: _____

Barrio: _____

Teléfono de contacto: _____

Afiliación al sistema de seguridad social: Si ___ No ___

Tipo de régimen de afiliación

Contributivo ___

Subsidiado ___

Motivo por el cual consultó: _____

Lugar donde consultó: _____

2. Experiencia con el proceso de atención

2.1 Relate cómo empezó su enfermedad

- 2.2 ¿Qué fue lo que lo llevó a consultar?
- 2.3 ¿Qué dificultades tuvo para consultar?
- 2.4 ¿Qué tratamiento le dieron?
- 2.5 ¿Qué dificultades tuvo durante el tratamiento?
- 2.6 ¿Usted cree que su pareja necesitaba tratamiento?
- 2.7 ¿Qué dificultades se presentaron para que su pareja se tratara?
- 2.8 ¿En su opinión, quién debería comunicarle a su pareja que requiere tratamiento, usted u otra persona?
- 2.9 ¿Por qué?
- 2.10 ¿Qué recomendaciones haría para que la consulta, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad sea bueno?
- 2.11 ¿Cómo cree que se pueden evitar estas enfermedades?
- 2.12 ¿En caso de requerirse una prueba de VIH, debido a que usted tiene una ITS, autorizaría usted a que se la realicen?

3. Valores y preferencias

- 3.1 ¿Qué prefiere como tratamiento para estos casos tabletas o inyecciones?
- 3.2 ¿Por qué prefiere ese tratamiento?
- 3.3 ¿Qué inconvenientes le encuentra al otro tratamiento?
- 3.4 ¿Prefiere un tratamiento corto o uno largo considerando que ambos curan la enfermedad?
- 3.5 ¿Por qué prefiere ese tratamiento?
- 3.6 ¿Usted estaría dispuesto a pagar por un medicamento que sea muy efectivo pero que no esté cubierto por el P.O.S?
- 3.7 ¿Usted cree que necesitaba el tratamiento que le dieron?
- 3.8 ¿Por qué?

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE SINDRÓMICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y OTRAS INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL – ITS/ITG

GUÍA PARA LA ENTREVISTA CON PACIENTES

SINDROME DE BUBÓN INGUINAL

1. Características generales

Nombre: _____

Edad: _____ (años cumplidos)

Lugar de residencia

Municipio: _____

Localidad: _____

Barrio: _____

Teléfono de contacto: _____

Afiliación al sistema de seguridad social: Si ___ No ___

Tipo de régimen de afiliación

Contributivo ___

Subsidiado ___

Motivo por el cual consultó: _____

Lugar donde consultó: _____

2. Experiencia con el proceso de atención

2.1 Relate cómo empezó su enfermedad

- 2.2 ¿Qué fue lo que hizo que consultara?
- 2.3 ¿Qué dificultades tuvo para consultar?
- 2.4 ¿Qué tratamiento le dieron?
- 2.5 ¿Qué dificultades tuvo durante el tratamiento?
- 2.6 ¿Usted cree que su pareja necesitaba tratamiento?
- 2.7 ¿Qué dificultades se presentaron para que su pareja se tratara?
- 2.8 ¿En su opinión, quién debería comunicarle a su pareja que requiere tratamiento, usted u otra persona?
- 2.9 ¿Por qué?
- 2.10 ¿Qué recomendaciones haría para que la consulta, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad sea bueno?
- 2.11 ¿Cómo cree que se pueden evitar estas enfermedades?
- 2.12 ¿En caso de requerirse una prueba de VIH, debido a que usted tiene una ITS, autorizaría usted a que se la realicen?

3. Valores y preferencias

- 3.1 ¿Qué prefiere como tratamiento para estos casos tabletas o inyecciones?
- 3.2 ¿Por qué prefiere ese tratamiento?
- 3.3 ¿Qué inconvenientes le encuentra al otro tratamiento?
- 3.4 ¿Prefiere un tratamiento corto o uno largo considerando que ambos curan la enfermedad?
- 3.5 ¿Por qué prefiere ese tratamiento?
- 3.6 ¿En caso de requerir una punción del bubón, usted autorizaría o buscaría una consulta de una segunda opinión?
- 3.7 ¿Usted estaría dispuesta a pagar por un medicamento que sea muy efectivo pero que no esté cubierto por el P.O.S?
- 3.8 ¿Usted cree que necesitaba el tratamiento que le dieron?
- 3.9 ¿Por qué?

ANEXO 2
TRANSCRIPCIÓN DE LAS ENTREVISTAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**GUIAS DE ATENCION INTEGRAL PARA EL ABORADAJE SINDRÓMICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y
OTRAS INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL**

TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS A PACIENTES DE ITS

ENTREVISTA NO. 1

SINDROME DE FLUJO VAGINAL

EDNA TATITANA RICO 22 AÑOS

BOGOTA / USAQUEN/ SAN MARCOS

CEL: 3133229828

FLUJO VAGINAL

1° CONSULTA EN LA EPS

2° CONSULTA EN PROFAMILIA / PROYECTO ITG U.NAL

RÉGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO

1. EXPERIENCIA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN

RELATE CÓMO EMPEZÓ SU ENFERMEDAD:

Inicialmente, hace más o menos unos tres años empecé a tener un flujo que era como espesito y transparente, pero se empezó a volver con el tiempo, se empezó a volver ya no como gelatina , sino algo más crema y blanco, entonces eso fue lo que me hizo pensar que estaba pasando algo, porque el flujo empezó a cambiar.

¿QUE LA LLEVO A CONSULTAR?:

El flujo vaginal.

¿QUE DIFICULTADES TUVO PARA CONSULTAR?

Después de una citología que me realicé visite al médico pues para consultar sobre eso, pero entonces igual me mandaron clotrimazol, en crema pero pues no se dijo nada, no me dijo porque era el flujo sino simplemente se mandó la crema y ya.

No hubo problemas para solicitar la cita médica.

¿QUE TRATAMIENTO LE DIERON?

Clotrimazol en crema.

¿CÓMO FUE EL TRATAMIENTO, Y CUÁNTOS DIAS?

Yo la verdad no me acuerdo, yo utilice esa crema hasta que se me acabó, yo utilicé esa crema y mal utilizada como por un mes.

¿DURANTE LOS TREINTA DIAS SE APLICO LA CREMA INTRAVAGINAL?

Pero no constante, digamos que los primeros días si fui constante, pero después día de por medio y así.

¿QUE DIFICULTADES TUVO DURANTE EL TRATAMIENTO?

No sentí mejoría con la crema, la verdad no, la presencia del flujo siguió.

No presente ninguna dificultad, la única dificultad fue no utilizarla como tenía que ser.

Después volví a consultar, que fue cuando estuve con el proyecto de la Universidad Nacional, en Profamilia.

En la segunda consulta me dieron clotrimazol en tableta (vaginal) de 5000? Una sola dosis. Con este no tuve ninguna dificultad.

¿USTED CREE QUE SU PAREJA NECESITABA TRATAMIENTO?

No.

EN DADO CASO QUE SU PAREJA HUBIERA REQUERIDO TRATAMIENTO, ¿QUIEN DEBERIA COMUNICARLE A SU PAREJA QUE REQUERE TRATAMIENTO, USTED U OTRA PERSONA?

Se la comentaría yo, porque considero que hay diálogo entre los dos, entonces podemos tratar el tema ambos, y si ambos necesitamos tratamiento, entonces estamos haciendo algo malo, entonces habría que dialogarlo.

¿QUE RECOMENDACIONES HARIA PARA QUE LA CONSULTA, EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD SEA BUENO?

1° CONSULTA: Pues inicialmente que se hubieran hecho unos exámenes porque todo se hizo como por deducción, se presenta esto y se transcribe la crema y ya pero no un análisis y unos exámenes que realmente atestiguaran que si se necesitaba la crema o cualquier otra cosa. No me dijeron nada, ni porque me mandaban la crema ni cuál era mi diagnóstico, simplemente va a utilizar esta crema por tantos días, para ver si se presenta mejoría.

2°CONSULTA: A mí me dieron el clotrimazol después de que salí de la consulta, se realizaron los exámenes y todo esto pero el medicamento se me dio antes de que salieran los resultados como tal, entonces pues no sé, tal vez esperar para estar seguros de que si sea eso, o tal vez sea el desconocimiento de cómo se manejaban allí las cosas. Sin embargo ella si me explico, bueno tienes un flujo, es..., vamos a manejarlo con esto que lo puede manejar y vamos a esperar los resultados.

¿COMO CREE QUE SE PUEDEN EVITAR ESTAS ENFERMEDADES?

El aseo genital, la utilización de ropa interior en algodón y esencial una sola pareja.

EN CASO DE REQUERIRSE UNA PRUEBA DE VIH, DEBIDO A QUE USTED TIENE UNA ITS, AUTORIZARÍA USTED A QUE SE LA REALICEN?

Sí.

¿QUE PREFIERE COMO TRATAMIENTO PARA ESTOS CASOS: ÓVULOS, TALETAS O INYECCIONES?

Inyecciones.

¿PORQUE PREFIERE ESTE TRATAMIENTO?

Porque digamos que los óvulos requieren de más confianza para utilizarlos, para mí fue difícil utilizar el ovulo, me hubiese sido más fácil utilizar una inyección o un medicamento que pueda tomar y no que tenga que introducir. Y creería que para muchas mujeres se podría prestar para una confusión, de que es lo que tiene que hacer con la tableta, porque igual la tableta que se me entrego a mí, parecía una pasta que se va a tomar con agua, entonces eso por prevención y por digamos que por pudor, yo diría la inyección.

¿A QUE SE REFIERE CON PUDOR?

Es como el temor de la mujer a introducirse algo en la vagina, yo si preferiría una inyección.

¿QUE INCONVENIENTES LE ENCUENTRA A LOS OTROS TRATAMIENTOS?

Ninguno.

2. VALORES Y PREFERENCIAS

¿PREFERIRIA UN TRATAMIENTO EN UNA SOLA TOMA O UN SOLO DIA, O UNO POR VARIOS DIAS, CONSIDERANDO QUE CON AMBOS VA A MEJORAR IGUAL?

En un solo día.

¿PORQUE PREFIERE ESE TRATAMIENTO?

Porque es mucho más cómodo para la persona que lo va a utilizar y pues se tiene la certeza, que la persona va a finalizar el tratamiento, porque tal vez si se lleven las siete tabletas, pero pase lo que anteriormente me paso a mí, no me coloque la tableta cuando me la tenía que colocar, o no me la tomo cuando me la tenía que tomar, entonces es mucho más fácil hacerlo en una sola toma.

¿USTED ESTARIA DISTPUESTA A PAGAR POR UN MEDICAMENTO QUE SEA MUY EFECTIVO PERO QUE NO ESTE CUBIERTO POR EL P.O.S.?

Si lo compraría.

¿USTED CREE QUE NECESITABA EL TRATAMIENTO QUE LE DIERON?

Digamos que después de utilizarlo yo si puede ver que el flujo disminuyo y casi que desapareció por más o menos mes y medio, pero después inició otra vez, y apareció nuevamente el flujo.

Si lo requería, pues porque el flujo es muy incómodo, y si claro.

COMENTARIOS:

La segunda consulta fue muchísimo más cómoda porque se siente uno más en confianza, además porque en esta consulta aparte de que hacían pues todos los exámenes, hacían la explicación de porqué se presenta el VIH, como se presenta y como se desarrolla antes de hacer la prueba del sida, entonces pues me pareció muy completa, y que si así se atendiese en las clínicas pues estaríamos todos contentos y felices con el sistema pero así no es.

Ella aparte de que me hizo unas preguntas y una encuesta ella me valoró, cosa que no se hizo en la primera consulta, en la otra consulta simplemente se preguntó ¿cómo es el flujo?, ¿hace cuanto lo tiene?, solamente fue puras preguntas, no se observó, en ningún momento se hizo una exploración física, simplemente fue confiar en lo que yo estaba diciendo, en cambio en la segunda consulta se hizo una encuesta, se preguntó por lo que uno estaba sintiendo y se hizo una valoración física, y aparte se tomaron los exámenes.

ENTREVISTA NO. 2

SINDROME DE FLUJO VAGINAL

JENNY CRISTINA MANRIQUE

BOGOTA / RAFAEL URIBE URIBE/ GUSTAVO RESTREPO

CEL: 3208838227

FLUJO VAGINAL

RÉGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO

1. EXPERIENCIA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN

RELATE CÓMO EMPEZÓ SU ENFERMEDAD:

Normalmente después del periodo, al finalizar, comencé a ver que me salía flujo y cada vez era como blanquito y con una piquiña externa, entonces por eso consulte al médico.

¿QUE LA LLEVO A CONSULTAR?

El flujo blanco y la piquiña.

¿QUE DIFICULTADES TUVO PARA CONSULTAR?

La EPS se demoró en darme la cita, como 25 días.

¿QUE TRATAMIENTO LE DIERON?

Me dijeron que tenía que hacerme primero un frotis de flujo vaginal. Al principio no me mandaron medicamento, sino hasta después de que salieran los resultados.

Después del frotis me mandaron el medicamento, pues me dijeron que tenía como unos honguitos y eso. Clotrimazol en crema, con aplicador, por siete días en la vagina.

¿QUE DIFICULTADES TUVO DURANTE EL TRATAMIENTO?

Ardor al inicio cuando me aplicaba la crema, como los tres primeros días.

Un día salí a bailar y llegue tarde y pues por falta de tiempo, se me olvido ponerme ese día la crema y corrí un día el tratamiento, no me la puse ese día.

¿USTED CREE QUE SU PAREJA NECESITABA TRATAMIENTO?

Sí. Sentí mejoría con la crema, la mejoría fue total porque no tuve necesidad de volver a consultar, ni siquiera fui al control.

EN DADO CASO QUE SU PAREJA HUBIERA REQUERIDO TRATAMIENTO, ¿QUIEN DEBERIA COMUNICARLE A SU PAREJA QUE REQUERE TRATAMIENTO, USTED U OTRA PERSONA?

Yo, porque tendría que explicarle realmente lo que sucedió y que es lo que nos están recomendando, porque justamente si es mi pareja tiene que confiar en lo que yo le estoy diciendo.

¿QUE RECOMENDACIONES HARIA PARA QUE LA CONSULTA, EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD SEA BUENO?

Primero que fuera como más accesible el examen, pues he escuchado algunos casos de otras mujeres, que les ponen muchas trabas para hacer el examen de frotis, y simplemente les mandan el medicamento, pues es mejor descartar con el examen frotis primero.

Que las citas sean más cerquita, pues porque pueden evitar que las enfermedades se propaguen mas.

Y que cuando uno vaya a tomarse esos exámenes, halla más personal, pues uno tiene que demorarse mucho para que lo atiendan, y pues es un examen frecuente y solo tienen a una persona en eso.

¿COMO CREE QUE SE PUEDEN EVITAR ESTAS ENFERMEDADES?

Primero con el aseo, segundo con ropa interior lavada independiente del otro tipo de ropa, tener relaciones sexuales con protección, tener una buena alimentación y hábitos de vida.

¿EN CASO DE REQUERIRSE UNA PRUEBA DE VIH, DEBIDO A QUE USTED TIENE UNA ITS, AUTORIZARÍA USTED A QUE SE LA REALICEN?

Claro.

2. VALORES Y PREFERENCIAS

¿QUE PREFIERE COMO TRATAMIENTO PARA ESTOS CASO: ÓVULOS, TABLETAS O INYECCIONES?

El que sea necesario.

¿QUE INCONVENIENTES LE ENCUENTRA A LOS OTROS TRATAMIENTOS?

Que de pronto se le olviden a uno tomárselos o ponérselos.

¿PREFERIRIA UN TRATAMIENTO EN UNA SOLA TOMA O UN SOLO DIA, O UNO POR VARIOS DIAS, CONSIDERANDO QUE CON AMBOS VA A MEJORAR IGUAL?

En un solo día y ya.

¿PORQUE PREFIERE ESE TRATAMIENTO?

Pues porque es más práctico, pues como tengo mala memoria a corto plazo se me olvida tomarme el tratamiento.

¿USTED ESTARIA DISTPUESTA A PAGAR POR UN MEDICAMENTO QUE SEA MUY EFECTIVO PERO QUE NO ESTE CUBIERTO POR EL P.O.S.?

Si lo compraría. Si me va a solucionar mi problema de salud, si sería capaz de cubrirlo.

¿USTED CREE QUE NECESITABA EL TRATAMIENTO QUE LE DIERON?

Si porque si no, no me hubiera pasado lo que tenía.

COMENTARIOS:

A mí me dieron un tratamiento que lo cubría el seguro, pero de pronto, se que existen otros medicamentos mejore, además esta es una enfermedad muy y esos otros medicamentos los debería cubrir el P.O.OS.

ENTREVISTA NO. 3

ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA

ELVIA LEONOR DELGADILLO

BOGOTA / KENNEDY

CEL: 3164337998

ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA

1° CONSULTA FONTIBON PROYECTO DE INVESTIGACION

2° CONSULTA FONTIBON PROYECTO DE INVESTIGACION

RÉGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO

1. EXPERIENCIA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN

RELATE CÓMO EMPEZÓ SU ENFERMEDAD:

El síntoma que mas me preocupaba era el flujo, recuerdo que era muy incomodo por las descargas abundantes, el color era amarillo, espeso, pero no presentaba mal olor, esta situación me llevo a consultar en repetidas oportunidades anteriormente en mi EPS, pero no presentaba ninguna mejoría, el tratamiento que me indicaban eran óvulos vaginales de metronidazol, decidí participar en el estudio porque me comentaron que iban a hacer pruebas especiales, que especificarían que podría tener.

¿QUE LA LLEVO A CONSULTAR?

El flujo vaginal.

¿QUE DIFICULTADES TUVO PARA CONSULTAR?

El hecho de que los tratamientos que me proporcionaba la EPS no eran efectivos

¿QUE TRATAMIENTO LE DIERON?

4 tabletas de metronidazol, doxiciclina tabletas 14 en total

¿CÓMO FUE EL TRATAMIENTO, Y CUÁNTOS DIAS?

Una toma única de las cuatro tabletas de metronidazol, doxiciclina 1 tab cada 12 horas

¿QUE DIFICULTADES TUVO DURANTE EL TRATAMIENTO?

Ninguna

¿USTED CREE QUE SU PAREJA NECESITABA TRATAMIENTO?

Si, el tomo el mismo tratamiento

EN DADO CASO QUE SU PAREJA HUBIERA REQUERIDO TRATAMIENTO, ¿QUIEN DEBERIA COMUNICARLE A SU PAREJA QUE REQUERE TRATAMIENTO, USTED U OTRA PERSONA?

Se lo comunique yo mismo

¿QUE RECOMENDACIONES HARIA PARA QUE LA CONSULTA, EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD SEA BUENO?

1° CONSULTA: yo recomendaría a las EPS que el diagnostico para este tipo de enfermedades se haga con exámenes especiales, porque así como mujeres nos sentimos más seguras que se va a dar un tratamiento efectivo, una de las razones por las cuales me sentí interesada en el estudio, fue precisamente porque tenían exámenes para las diferentes tipos de enfermedades sexuales y tendría una respuesta clara del flujo que estaba presentando y un tratamiento efectivo

2°CONSULTA: me sentí más tranquila al saber que mis resultados fueron negativos, que se había tratado mi enfermedad y hubo resolución del flujo, además mi pareja también se sintió seguro de no presentar ninguna enfermedad de transmisión sexual

¿COMO CREE QUE SE PUEDEN EVITAR ESTAS ENFERMEDADES?

Para comenzar pienso que las EPS deberían proporcionar información clara y veraz a sus usuarios para prevención de dichas enfermedades, además considero importante el uso del condón el dialogo en pareja y tener estabilidad sexual.

¿EN CASO DE REQUERIRSE UNA PRUEBA DE VIH, DEBIDO A QUE USTED TIENE UNA ITS, AUTORIZARÍA USTED A QUE SE LA REALICEN?

Sí.

2. VALORES Y PREFERENCIAS

QUE PREFIERE COMO TRATAMIENTO PARA ESTOS CASOS: ÓVULOS, TALETAS O INYECCIONES?

Inyecciones.

¿PORQUE PREFIERE ESTE TRATAMIENTO?

Porque a mí me parece que las inyecciones son más efectivas que el resto de tratamientos

¿QUE INCONVENIENTES LE ENCUENTRA A LOS OTROS TRATAMIENTOS?

Que me puede olvidar llevar el horario exacto para completar con el tratamiento como lo indica el medico

¿PREFERIRIA UN TRATAMIENTO EN UNA SOLA TOMA O UN SOLO DIA, O UNO POR VARIOS DIAS, CONSIDERANDO QUE CON AMBOS VA A MEJORAR IGUAL?

En un solo día.

¿PORQUE PREFIERE ESE TRATAMIENTO?

Porque se hace todo en un solo día, y son eso sabe que es efectivo, en el caso de las tabletas que se toman con una frecuencia de siete días, como me correspondió tomarlo a mí. Se puede correr el riesgo de que se le olvide tomarse una tableta y eso haría dudar que el tratamiento fue efectivo

¿USTED ESTARIA DISTPUESTA A PAGAR POR UN MEDICAMENTO QUE SEA MUY EFECTIVO PERO QUE NO ESTE CUBIERTO POR EL P.O.S.?

Si lo compraría.

¿USTED CREE QUE NECESITABA EL TRATAMIENTO QUE LE DIERON?

Si considero que fue efectivo

COMENTARIOS:

Me pareció muy bueno el estudio realizado, primero porque las personas que me atendieron me dieron la confianza para poder consultar de este tema, que en muchas ocasiones es incomodo, segundo el hecho de contar con pruebas especializadas procesadas en la secretaria distrital de salud me proporcionaron garantía de que el resultado y tratamiento iban a ser efectivos y tercero se mejoro el signo que consulte

ENTREVISTA NO. 4

CERVICITIS

Luz Angela Cubillos

BOGOTA / KENNEDY

Cervicitis

1° CONSULTA FONTIBON PROYECTO DE INVESTIGACION

2° CONSULTA FONTIBON PROYECTO DE INVESTIGACION

RÉGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO

1. EXPERIENCIA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN

RELATE CÓMO EMPEZÓ SU ENFERMEDAD:

Me preocupaba en gran manera un dolor ocasional pélvico, me había practicado la citología y el médico me dijo que algo había salido mal, pero hace un tiempo de aproximadamente 2 años, de ahí en adelante no me había practicado ningún examen adicional, cuando me comentaron del estudio me intereso mucho porque de fondo sabía que era incorrecto no haber continuado con los controles y adicional a esto estaban las constantes dudas que tenia respecto a mi pareja anterior , otro síntoma además del dolor era el flujo, recuerdo que era de color amarillo, no era abundante pero si manchaba el panty.

¿QUE LA LLEVO A CONSULTAR?

Dolor pélvico y flujo vaginal.

QUE DIFICULTADES TUVO PARA CONSULTAR?

Para comenzar mis miedos porque ya tenía un antecedente de una citología con un resultado negativo, por lo demás era ya cuestión personal por la falta de tiempo.

¿QUE TRATAMIENTO LE DIERON?

Un antibiótico llamado Doxiciclina

¿CÓMO FUE EL TRATAMIENTO, Y CUÁNTOS DÍAS?

Tabletas de doxiciclina 1 tab cada 12 horas por 7 días

¿QUE DIFICULTADES TUVO DURANTE EL TRATAMIENTO?

Ninguna

¿USTED CREE QUE SU PAREJA NECESITABA TRATAMIENTO?

Sí, pero al parecer el no terminó el tratamiento eso también me tiene preocupada porque yo me trate en totalidad pero el no.

EN DADO CASO QUE SU PAREJA HUBIERA REQUERIDO TRATAMIENTO, ¿QUIEN DEBERIA COMUNICARLE A SU PAREJA QUE REQUERE TRATAMIENTO, USTED U OTRA PERSONA?

Se lo comunique yo misma

¿QUE RECOMENDACIONES HARIA PARA QUE LA CONSULTA, EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD SEA BUENO?

1° CONSULTA: considero que esta clase de estudio es muy bueno, primero porque es muy completo, segundo porque nos da un espacio como mujeres de poder colocar nuestras dudas a expertos, tercero porque nos brindaron asesoría sobre diferentes tipos de enfermedades de transmisión sexual, y cuarto porque nos permitió acceder al estudio sin ningún costo. Mi recomendación en general es educar a muchas mujeres sobre la importancia de practicarse exámenes y tener una conducta de autocuidado con su salud sexual y reproductiva utilizando siempre el preservativo.

2°CONSULTA: me sentí angustiada porque mis resultados arrojaron que era positivo para clamidia, además que me comentaron que es una enfermedad que podría estar allí desde hace mucho tiempo, lo que hice fue seguir juiciosamente lo que la doctora me indico en consulta para erradicar esta enfermedad, en ocasiones me gustaría practicarme de nuevo este examen para ver si definitivamente ya no tengo clamidia.

¿COMO CREE QUE SE PUEDEN EVITAR ESTAS ENFERMEDADES?

Hoy en día considero que la única herramienta que nos protege realmente es el preservativo

¿EN CASO DE REQUERIRSE UNA PRUEBA DE VIH, DEBIDO A QUE USTED TIENE UNA ITS, AUTORIZARÍA USTED A QUE SE LA REALICEN?

Sí así como autorice a la universidad que se realizara en el estudio

2. VALORES Y PREFERENCIAS

¿QUE PREFIERE COMO TRATAMIENTO PARA ESTOS CASOS: ÓVULOS, TALETAS O INYECCIONES?

Tabletas

¿PORQUE PREFIERE ESTE TRATAMIENTO?

Porque primero no me gustan las inyecciones y segundo porque es sencillo el tratamiento

¿QUE INCONVENIENTES LE ENCUENTRA A LOS OTROS TRATAMIENTOS?

Si el tratamiento es muy prolongado podría olvidarse la toma de las tabletas pero es cuestión de organizarse

¿PREFERIRIA UN TRATAMIENTO EN UNA SOLA TOMA O UN SOLO DIA, O UNO POR VARIOS DIAS, CONSIDERANDO QUE CON AMBOS VA A MEJORAR IGUAL?

En un solo día.

¿PORQUE PREFIERE ESE TRATAMIENTO?

Porque así no se me olvidaría y culminaría con el tratamiento.

¿USTED ESTARIA DISTPUESTA A PAGAR POR UN MEDICAMENTO QUE SEA MUY EFECTIVO PERO QUE NO ESTE CUBIERTO POR EL P.O.S.?

Si lo compraría.

¿USTED CREE QUE NECESITABA EL TRATAMIENTO QUE LE DIERON?

Si por supuesto porque me salió positivo para clamidia

COMENTARIOS:

Felicito a la Universidad Nacional de Colombia por el estudio realizado porque me dio la oportunidad de darme cuenta de una enfermedad que no me había imaginado que tendría, además considero que es muy importante que cuidemos de nuestra salud.

ENTREVISTA NO. 7

CERVICITIS

Marcela Nieto Cuesta

Ccn° 52962499

BOGOTA /Álamos

CEL: 3112977169

Cervicitis

1° CONSULTA FONTIBON PROYECTO DE INVESTIGACION

Quería realizar un chequeo medico

2° CONSULTA FONTIBON PROYECTO DE INVESTIGACION

RÉGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO

1. EXPERIENCIA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN

RELATE CÓMO EMPEZÓ SU ENFERMEDAD:

Yo no sentía que tuviera una enfermedad como tal, solo quería realizarme un chequeo medico

¿QUE LA LLEVO A CONSULTAR?

Una amiga me comento del estudio de investigación y me sentí atraída a saber cómo me encontraba en el estudio que estaba realizando la universidad Nacional

¿QUE DIFICULTADES TUVO PARA CONSULTAR?

No ninguna

¿QUE TRATAMIENTO LE DIERON?

Doxiciclina

¿CÓMO FUE EL TRATAMIENTO, Y CUÁNTOS DIAS?

7 días con doxiciclina cada 12 horas

¿QUE DIFICULTADES TUVO DURANTE EL TRATAMIENTO?

Ninguna

¿USTED CREE QUE SU PAREJA NECESITABA TRATAMIENTO?

Fui informada por el personal de salud y él se tomo todo el tratamiento

¿EN DADO CASO QUE SU PAREJA HUBIERA REQUERIDO TRATAMIENTO, QUIEN DEBERIA COMUNICARLE A SU PAREJA QUE REQUERE TRATAMEINTO, USTED U OTRA PERSONA?

Yo creo que en cualquier escenario la persona más indicada para hablar esos temas con la pareja es uno mismo

¿QUE RECOMENDACIONES HARIA PARA QUE LA CONSULTA, EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD SEA BUENO?

1° CONSULTA:

Yo creo que todo estuvo de acuerdo a un proceso que mucha gente desconoce, más que una recomendación es culturizar al cuidado en cuanto la prevención de toda esta clase de enfermedades de transmisión sexual

2°CONSULTA:

Ninguna

¿COMO CREE QUE SE PUEDEN EVITAR ESTAS ENFERMEDADES?

Es muy complejo, pero si se puede se puede prevenir un porcentaje educando sobre el uso del preservativo e informar los riesgos que se puede tener así sea con la pareja si no se usa

¿EN CASO DE REQUERIRSE UNA PRUEBA DE VIH, DEBIDO A QUE USTED TIENE UNA ITS, AUTORIZARÍA USTED A QUE SE LA REALICEN?

Si

2. VALORES Y PREFERENCIAS

¿QUE PREFIERE COMO TRATAMIENTO PARA ESTOS CASOS: ÓVULOS, TALETAS O INYECCIONES?

Inyecciones

¿PORQUE PREFIERE ESTE TRATAMIENTO?

Porque me parece más efectivo y de difícil olvido

¿QUE INCONVENIENTES LE ENCUENTRA A LOS OTROS TRATAMIENTOS?

Óvulos por incomodidad, tabletas porque se puede engordar

¿PREFERIRIA UN TRATAMIENTO EN UNA SOLA TOMA O UN SOLO DIA, O UNO POR VARIOS DIAS, CONSIDERANDO QUE CON AMBOS VA A MEJORAR IGUAL?

Una sola inyección un solo día

¿PORQUE PREFIERE ESE TRATAMIENTO?

Por la eficacia e inmediatez

¿USTED ESTARIA DISTPUESTA A PAGAR POR UN MEDICAMENTO QUE SEA MUY EFECTIVO PERO QUE NO ESTE CUBIERTO POR EL P.O.S.?

Si realmente es efectivo si

¿USTED CREE QUE NECESITABA EL TRATAMIENTO QUE LE DIERON?

Si por supuesto

COMENTARIOS:

Primero que todo agradezco a todas las personas que hacen posible que todos estos estudios estén al alcance de todos y así evitar la propagación y contagio de esta enfermedad

ENTREVISTA 8

SINDROME DE ÚLCERA GENITAL

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Nombre: Maribel Anaya

Edad: 32

Lugar de residencia

Municipio: Bogotá

Localidad: Suba

Barrio: Lisboa

Teléfono de contacto: 3133723953

RÉGIMEN DE AFILIACIÓN: CONTRIBUTIVO Salud Total

Motivo por el cual consultó:

Por una madre líder de familias en acción, nos entregó un volante y nos invitó a participar, y a mí me quedo sonando, pero yo no tenía ningún síntoma, no sentía nada.

Lugar donde consultó: Hospital Engativá.

2. EXPERIENCIA CON EL PROCESO DE ATENCIÓN

2.1 Relate cómo empezó su enfermedad

No es que yo no sabía que tenía eso, yo no tenía nada.

2.2 ¿Qué fue lo que hizo que consultara?

La invitación al proyecto.

2.3 ¿Qué dificultades tuvo para tener su primera consulta?

Ninguna.

2.4 ¿Qué tratamiento le dieron?

Inicialmente me mandaron penicilina, pero la enfermera me hizo la prueba y salí alérgica, entonces el doctor dijo que mejor no, porque me brote el brazo, y me dieron fue unas pastas que no recuerdo el nombre.

2.5 ¿Qué dificultades tuvo durante el tratamiento?

No me las tome, porque me dijeron que debía empezar al tiempo con mi esposo, pues que el también necesitaba tomar el tratamiento, y yo me quede esperando eso, a que mi esposo se las tomara, pero él no se las tomo y luego diciembre y deje eso en el olvido, hasta marzo que empezó otra vez con eso.

2.6 ¿Usted cree que su pareja necesitaba tratamiento?

Si en ese momento si, pues eso fue lo que me dijeron en la consulta, pero finalmente no lo necesitó, pues el después se tomó la prueba y le salió negativa, que no tenía nada.

2.7 ¿Qué dificultades se presentaron para que su pareja se tratara?

Pues porque él no quería hacer nada de eso, ni tomarse nada, pero no sé por qué

2.8 ¿En su opinión, quién debería comunicarle a su pareja que requiere tratamiento, usted u otra persona?

Otra persona, el médico.

2.9 ¿Por qué?

Pues porque si él tiene la infección y tiene que recibir tratamiento.

2.10 ¿Usted prefiere, que le formulen el tratamiento para su pareja en la misma consulta suya, o que remitan a su pareja a consulta médica?

Si en otra consulta aparte.

2.11 ¿Qué recomendaciones haría para que la consulta, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad sea bueno?

No ninguno, todo estuvo bien, me atendieron muy bien, la enfermera me llamó a confirmarme la cita y todo estuvo bien, después fue que me confundí cuando en marzo pedí cita médica, pues por lo que no me tome el tratamiento cuando me lo mandaron.

Y el médico me mando repetir los exámenes y me salieron en ocho (8) , y en cambio el primero me salió en cuatro (4), entonces yo me asusté, y allá me dieron unos remedios , pero yo no entendía pro que se me subió, y a mi esposo le salió negativo, Después yo particularmente me mande a tomar el examen y me salió en 1.2, y me confundí más, pero ya el 02 de octubre tengo cita con el médico otra vez de control, y le tengo que llevar los resultados de los últimos exámenes que me tomaron, para mirar como estoy.

2.12 ¿Cómo cree que se pueden evitar estas enfermedades?

Con tratamiento. El condón, la pareja fiel.

2.13 ¿En caso de requerirse una prueba de VIH, debido a que usted tiene una ITS, autorizaría usted a que se la realicen?

Sí, claro, por eso yo di mi consentimiento, para que esa vez me tomaran la prueba del VIH.

3. VALORES Y PREFERENCIAS

3.1 ¿Qué prefiere como tratamiento para estos casos tabletas o inyecciones?

Pues con tabletas porque soy alérgica a la penicilina.

3.2 ¿Por qué prefiere ese tratamiento?

Por la alergia.

3.3 ¿Qué inconvenientes le encuentra al otro tratamiento?

Que son muchas pastas.

3.4 ¿Prefiere un tratamiento corto o uno largo considerando que ambos curan la enfermedad?

Uno corto.

3.5 ¿Por qué prefiere ese tratamiento?

Porque eso tanta pasta de pronto se le olvida a uno.

3.6 ¿Usted pagaría por un medicamento que sea muy efectivo pero que no esté cubierto por el P.O.S?

Pues yo no tengo plata, en la empresa fue donde me ayudaron entre todos para la cita particular, uno busca la manera.

3.7 ¿Usted cree que necesitaba el tratamiento que le dieron?

Pues sí.

3.8 ¿Por qué?

Por lo que salió en los exámenes.

ANEXO 3

CATEGORIZACIÓN ENTREVISTAS ITS

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS A PACIENTES DE ITS

Tipo	Nombre	Vínculo a memo	Referencias
Nodo ramificado	EXPERIENCIA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN		

Nodo ramificado	RÉGIMEN DE SALUD	6
Nodo ramificado	MOTIVO DE CONSULTA	6
Nodo ramificado	DIFICULTADES PARA CONSULTAR	5
Nodo ramificado	DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN	1
Nodo ramificado	DIFICULTADES EN EL TRATAMIENTO	6
Nodo ramificado	ASPECTOS POSITIVOS EN LA ATENCIÓN	1
Nodo ramificado	CONSCIENCIA DE PREVENCIÓN	6
Nodo ramificado	RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ATENCIÓN	9

Nodo ramificado	VALORES Y PREFERENCIAS		
-----------------	------------------------	--	--

Nodo ramificado	DURACIÓN TRATAMIENTO	7
Nodo ramificado	MEDICAMENTOS	11
Nodo ramificado	PAGO POR MEDICAMENTOS	6
Nodo ramificado	PERMISO PARA PRUEBA VIH	6
Nodo ramificado	POSICIÓN FRENTE AL TRATAMIENTO DE LA PAREJA	6
Nodo ramificado	PERSONA QUE DEBE COMUNICAR A LA PAREJA	7
Nodo ramificado	VALORES RELACIONADOS CON EL EVENTO	1

ANEXO 4
CODIFICACIÓN DE ENTREVISTAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

GUIAS DE ATENCION INTEGRAL PARA EL ABORDAJE SINDRÓMICO DE LA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y OTRAS ENFERMEDADES DEL TRACTO GENITAL

CODIFICACIÓN DE ENTREVISTAS A PACIENTES

1. EXPERIENCIA EN EL PROCESO ATENCIÓN

RÉGIMEN DE SALUD

[<Elementos internos\TEXTOS ENTREVISTAS PACIENTES ITS>](#) - § 6 referencias codificadas [Cobertura 0,78%]

Referencia 1 - Cobertura 0,12%

RÉGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO

Referencia 2 - Cobertura 0,11%

RÉGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO

Referencia 3 - Cobertura 0,11%

RÉGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO

Referencia 4 - Cobertura 0,11%

RÉGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO

Referencia 5 - Cobertura 0,12%

RÉGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO

Referencia 6 - Cobertura 0,19%

RÉGIMEN DE AFILIACIÓN: CONTRIBUTIVO Salud Total

MOTIVO DE CONSULTA

[<Elementos internos\TEXTOS ENTREVISTAS PACIENTES ITS>](#) - § 6 referencias codificadas [Cobertura 1,72%]

Referencia 1 - Cobertura 0,07%

El flujo vaginal.

Referencia 2 - Cobertura 0,11%

El flujo blanco y la piquiña.

Referencia 3 - Cobertura 0,06%

El flujo vaginal.

Referencia 4 - Cobertura 0,13%

Dolor pélvico y flujo vaginal.

Referencia 5 - Cobertura 0,70%

¿QUE LA LLEVO A CONSULTAR?

Una amiga me comento del estudio de investigación y me sentí atraída a saber cómo me encontraba en el estudio que estaba realizando la universidad Nacional

Referencia 6 - Cobertura 0,64%

Por una madre líder de familias en acción, nos entregó un volante y nos invitó a participar, y a mí me quedo sonando, pero yo no tenía ningún síntoma, no sentía nada.

DIFICULTADES PARA CONSULTAR

[<Elementos internos\TEXTOS ENTREVISTAS PACIENTES ITS>](#) - § 5 referencias codificadas [Cobertura 2,12%]

Referencia 1 - Cobertura 0,91%

Después de una citología que me realicé visite al médico pues para consultar sobre eso, pero entonces igual me mandaron clotrimazol, en crema pero pues no se dijo nada, no me dijo porque era el flujo sino simplemente se mandó la crema y ya.

Referencia 2 - Cobertura 0,36%

La EPS se demoró en darme la cita, como 25 días.

Referencia 3 - Cobertura 0,62%

Para comenzar mis miedos porque ya tenía un antecedente de una citología con un resultado negativo, por lo demás era ya cuestión personal por la falta de tiempo.

Referencia 4 - Cobertura 0,20%

¿QUE DIFICULTADES TUVO PARA CONSULTAR?

No ninguna

Referencia 5 - Cobertura 0,03%

Ninguna.

Referencia 6 - Cobertura 0,03%

Ninguna

DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN

[<Elementos internos\TEXTOS ENTREVISTAS PACIENTES ITS>](#) - § 1 referencia codificada [Cobertura 3,67%]

Referencia 1 - Cobertura 3,67%

La segunda consulta fue muchísimo más cómoda porque se siente uno más en confianza, además porque en esta consulta aparte de que hacían pues todos los exámenes, hacían la explicación de porqué se presenta el VIH, como se presenta y como se desarrolla antes de hacer la prueba del sida, entonces pues me pareció muy completa, y que si así se atendiese en las clínicas pues estaríamos todos contentos y felices con el sistema pero así no es.

Ella aparte de que me hizo unas preguntas y una encuesta ella me valoró, cosa que no se hizo en la primera consulta, en la otra consulta simplemente se preguntó cómo es el flujo?, hace cuanto lo tiene?, solamente fue puras preguntas, no se observó, en ningún momentos se hizo una exploración física, simplemente fue confiar en lo que yo estaba diciendo, en cambio en la segunda consulta se hizo una encuesta, se preguntó por lo que uno estaba sintiendo y se hizo una valoración física, y aparte se tomaron los exámenes.

DIFICULTADES EN TRATAMIENTO

[<Elementos internos\TEXTOS ENTREVISTAS PACIENTES ITS>](#) - § 6 referencias codificadas [Cobertura 3,71%]

Referencia 1 - Cobertura 0,64%

No sentí mejoría con la crema, la verdad no, la presencia del flujo siguió.

No presente ninguna dificultad, la única dificultad fue no utilizarla como tenía que ser.

Referencia 2 - Cobertura 1,06%

¿QUE DIFICULTADES TUVO DURANTE EL TRATAMIENTO?

Ardor al inicio cuando me aplicaba la crema, como los tres primeros días.

Un día salí a bailar y llegue tarde y pues por falta de tiempo, se me olvido ponerme ese día la crema y corrí un día el tratamiento, no me la puse ese día.

Referencia 3 - Cobertura 0,45%

¿QUE DIFICULTADES TUVO PARA CONSULTAR?

El hecho de que los tratamientos que me proporcionaba la EPS no eran efectivos

Referencia 4 - Cobertura 0,21%

¿QUE DIFICULTADES TUVO DURANTE EL TRATAMIENTO?

Ninguna

Referencia 5 - Cobertura 0,22%

¿QUE DIFICULTADES TUVO DURANTE EL TRATAMIENTO?

Ninguna

Referencia 6 - Cobertura 1,13%

No me las tome, porque me dijeron que debía empezar al tiempo con mi esposo, pues que el también necesitaba tomar el tratamiento, y yo me quede esperando eso, a que mi esposo se las tomara, pero él no se las tomo y llego diciembre y deje eso en el olvido, hasta marzo que empezó otra vez con eso.

ASPECTOS POSITIVOS EN LA ATENCIÓN

[<Elementos internos\TEXTOS ENTREVISTAS PACIENTES ITS>](#) - § 1 referencia codificada [Cobertura 0,19%]

Referencia 1 - Cobertura 0,19%

No hubo problemas para solicitar la cita médica.

CONSCIENCIA DE PREVENCIÓN

[<Elementos internos\TEXTOS ENTREVISTAS PACIENTES ITS>](#) - § 6 referencias codificadas [Cobertura 3,32%]

Referencia 1 - Cobertura 0,54%

¿COMO CREE QUE SE PUEDEN EVITAR ESTAS ENFERMEDADES?

El aseo genital, la utilización de ropa interior en algodón y esencial una sola pareja.

Referencia 2 - Cobertura 0,68%

Primero con el aseo, segundo con ropa interior lavada independiente del otro tipo de ropa, tener relaciones sexuales con protección, tener una buena alimentación y hábitos de vida.

Referencia 3 - Cobertura 0,88%

Para comenzar pienso que las EPS deberían proporcionar información clara y veraz a sus usuarios para prevención de dichas enfermedades, además considero importante el uso del condón el dialogo en pareja y tener estabilidad sexual.

Referencia 4 - Cobertura 0,35%

Hoy en día considero que la única herramienta que nos protege realmente es el preservativo

Referencia 5 - Cobertura 0,70%

Es muy complejo, pero si se puede se puede prevenir un porcentaje educando sobre el uso del preservativo e informar los riesgos que se puede tener así sea con la pareja si no se usa

Referencia 6 - Cobertura 0,17%

Con tratamiento. El condón, la pareja fiel.

RECOMENDACIONES MEJORAR LA ATENCIÓN

[<Elementos internos\TEXTOS ENTREVISTAS PACIENTES ITS>](#) - § 9 referencias codificadas [Cobertura 15,28%]

Referencia 1 - Cobertura 1,60%

Pues inicialmente que se hubieran hecho unos exámenes porque todo se hizo como por deducción, se presenta esto y se transcribe la crema y ya pero no un análisis y unos exámenes que realmente atestiguaran que si se necesitaba la crema o cualquier otra cosa. No me dijeron nada, ni porque me mandaban la crema ni cuál era mi diagnóstico, simplemente va a utilizar esta crema por tantos días, para ver si se presenta mejoría.

Referencia 2 - Cobertura 1,79%

A mí me dieron el clotrimazol después de que salí de la consulta, se realizaron los exámenes y todo esto pero el medicamento se me dio antes de que salieran los resultados como tal, entonces pues no sé, tal vez esperar para estar seguros de que si sea eso, o tal vez sea el desconocimiento de cómo se manejaban allí las cosas. Sin embargo ella si me explico, bueno tienes un flujo, es..., vamos a manejarlo con esto que lo puede manejar y vamos a esperar los resultados.

Referencia 3 - Cobertura 2,07%

Primero que fuera como más accesible el examen, pues he escuchado algunos casos de otras mujeres, que les ponen muchas trabas para hacer el examen de frotis, y simplemente les mandan el medicamento, pues es mejor descartar con el examen frotis primero.

Que las citas sean más cerquita, pues porque pueden evitar que las enfermedades se propaguen mas.

Y que cuando uno vaya a tomarse esos exámenes, halla más personal, pues uno tiene que demorarse mucho para que lo atiendan, y pues es un examen frecuente y solo tienen a una persona en eso.

Referencia 4 - Cobertura 0,76%

A mí me dieron un tratamiento que lo cubría el seguro, pero de pronto, se que existen otros medicamentos mejores, además esta es una enfermedad muy y esos otros medicamentos los debería cubrir el P.O.S.

Referencia 5 - Cobertura 1,71%

Yo recomendaría a las EPS que el diagnostico para este tipo de enfermedades se haga con exámenes especiales, porque así como mujeres nos sentimos más seguras que se va a dar un tratamiento efectivo, una de las razones por las cuales me sentí interesada en el estudio, fue precisamente porque tenían exámenes para las diferentes tipos de enfermedades sexuales y tendría una respuesta clara del flujo que estaba presentando y un tratamiento efectivo

Referencia 6 - Cobertura 3,69%

1° CONSULTA: considero que esta clase de estudio es muy bueno, primero porque es muy completo, segundo porque nos da un espacio como mujeres de poder colocar nuestras dudas a expertos, tercero porque nos brindaron asesoría sobre diferentes tipos de enfermedades de transmisión sexual, y cuarto porque nos permitió acceder al estudio sin ningún costo. Mi recomendación en general es educar a muchas mujeres sobre la importancia de practicarse exámenes y tener una conducta de auto-cuidado con su salud sexual y reproductiva utilizando siempre el preservativo.

2°CONSULTA: me sentí angustiada porque mis resultados arrojaron que era positivo para clamidia, además que me comentaron que es una enfermedad que podría estar allí desde hace mucho tiempo, lo que hice fue seguir juiciosamente lo que la doctora me indico en consulta para erradicar esta enfermedad, en ocasiones me gustaría practicarme de nuevo este examen para ver si definitivamente ya no tengo clamidia.

Referencia 7 - Cobertura 0,79%

Yo creo que todo estuvo de acuerdo a un proceso que mucha gente desconoce, más que una recomendación es culturizar al cuidado en cuanto la prevención de toda esta clase de enfermedades de transmisión sexual

Referencia 8 - Cobertura 0,93%

No ninguno, todo estuvo bien, me atendieron muy bien, la enfermera me llamó a confirmarme la cita y todo estuvo bien, después fue que me confundí cuando en marzo pedí cita médica, pues por lo que no me tome el tratamiento cuando me lo mandaron.

Referencia 9 - Cobertura 1,94%

el médico me mando repetir los exámenes y me salieron en ocho (8) , y en cambio el primero me salió en cuatro (4), entonces yo me asusté, y allá me dieron unos remedios , pero yo no entendía pro que se me subió, y a mi esposo le salió negativo, Después yo particularmente me mande a tomar el examen y me salió en 1.2, y me confundí más, pero ya el 02 de octubre tengo cita con el médico otra vez de control, y le tengo que llevar los resultados de los últimos exámenes que me tomaron, para mirar como estoy.

2. VALORES Y PREFERENCIAS

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

[<Elementos internos\TEXTOS ENTREVISTAS PACIENTES ITS>](#) - § 7 referencias codificadas [Cobertura 6,44%]

Referencia 1 - Cobertura 0,55%

¿PREFERIRIA UN TRATAMIENTO EN UNA SOLA TOMA O UN SOLO DIA, O UNO POR VARIOS DIAS, CONSIDERANDO QUE CON AMBOS VA A MEJORAR IGUAL?

En un solo día.

Referencia 2 - Cobertura 1,12%

¿PREFERIRIA UN TRATAMIENTO EN UNA SOLA TOMA O UN SOLO DIA, O UNO POR VARIOS DIAS, CONSIDERANDO QUE CON AMBOS VA A MEJORAR IGUAL?

En un solo día y ya.

¿PORQUE PREFIERE ESE TRATAMIENTO?

Pues porque es más práctico, pues como tengo mala memoria a corto plazo se me olvida tomarme el tratamiento.

Referencia 3 - Cobertura 1,80%

¿PREFERIRIA UN TRATAMIENTO EN UNA SOLA TOMA O UN SOLO DIA, O UNO POR VARIOS DIAS, CONSIDERANDO QUE CON AMBOS VA A MEJORAR IGUAL?

En un solo día.

¿PORQUE PREFIERE ESE TRATAMIENTO?

Porque se hace todo en un solo día, y son eso sabe que es efectivo, en el caso de las tabletas que se toman con una frecuencia de siete días, como me correspondió tomarlo a mí. Se puede correr el riesgo de que se le olvide tomarse una tableta y eso haría dudar que el tratamiento fuera efectivo

Referencia 4 - Cobertura 0,93%

¿PREFERIRIA UN TRATAMIENTO EN UNA SOLA TOMA O UN SOLO DIA, O UNO POR VARIOS DIAS, CONSIDERANDO QUE CON AMBOS VA A MEJORAR IGUAL?

En un solo día.

¿PORQUE PREFIERE ESE TRATAMIENTO?

Porque así no se me olvidaría y culminaría con el tratamiento.

Referencia 5 - Cobertura 1,65%

¿PORQUE PREFIERE ESTE TRATAMIENTO?

Porque me parece más efectivo y de difícil olvido

¿QUE INCONVENIENTES LE ENCUENTRA A LOS OTROS TRATAMIENTOS?

Óvulos por incomodidad, tabletas porque se puede engordar

¿PREFERIRIA UN TRATAMIENTO EN UNA SOLA TOMA O UN SOLO DIA, O UNO POR VARIOS DIAS, CONSIDERANDO QUE CON AMBOS VA A MEJORAR IGUAL?

Una sola inyección un solo día

¿PORQUE PREFIERE ESE TRATAMIENTO?

Por la eficacia e inmediatez

Referencia 6 - Cobertura 0,04%

Uno corto.

Referencia 7 - Cobertura 0,34%

¿Por qué prefiere ese tratamiento?

Porque eso tanta pasta de pronto se le olvida a uno.

MEDICAMENTOS

[<Elementos internos\TEXTOS ENTREVISTAS PACIENTES ITS>](#) - § 11 referencias codificadas [Cobertura 9,97%]

Referencia 1 - Cobertura 2,48%

¿QUE PREFIERE COMO TRATAMIENTO PARA ESTOS CASOS: ÓVULOS, TALETAS O INYECCIONES?

Inyecciones.

¿PORQUE PREFIERE ESTE TRATAMIENTO?

Porque digamos que los óvulos requieren de más confianza para utilizarlos, para mí fue difícil utilizar el ovulo, me hubiese sido más fácil utilizar una inyección o un medicamento que pueda tomar y no que tenga que introducir. Y creería que para muchas mujeres se podría prestar para una confusión, de que es lo que tiene que hacer con la tableta, porque igual la tableta que se me entrego a mí, parecía una pasta que se va a tomar con agua, entonces eso por prevención y por digamos que por pudor, yo diría la inyección.

Referencia 2 - Cobertura 1,61%

¿PORQUE PREFIERE ESE TRATAMIENTO?

Porque es mucho más cómodo para la persona que lo va a utilizar y pues se tiene la certeza, que la persona va a finalizar el tratamiento, porque tal vez si se lleven las siete tabletas, pero pase lo que anteriormente me paso a mí, no me coloque la tableta cuando me la tenía que colocar, o no me la tomo cuando me la tenía que tomar, entonces es mucho más fácil hacerlo en una sola toma.

Referencia 3 - Cobertura 0,38%

¿QUE PREFIERE COMO TRATAMIENTO PARA ESTOS CASO: ÓVULOS, TABLETAS O INYECCIONES?

El que sea necesario.

Referencia 4 - Cobertura 0,44%

¿QUE INCONVENIENTES LE ENCUENTRA A LOS OTROS TRATAMIENTOS?

Que de pronto se le olviden a uno tomárselos o ponérselos.

Referencia 5 - Cobertura 0,83%

¿QUE PREFIERE COMO TRATAMIENTO PARA ESTOS CASOS: ÓVULOS, TALETAS O INYECCIONES?

Inyecciones.

¿PORQUE PREFIERE ESTE TRATAMIENTO?

Porque a mí me parece que las inyecciones son más efectivas que el resto de tratamientos

Referencia 6 - Cobertura 0,63%

¿QUE INCONVENIENTES LE ENCUENTRA A LOS OTROS TRATAMIENTOS?

Que me puede olvidar llevar el horario exacto para completar con el tratamiento como lo indica el medico

Referencia 7 - Cobertura 0,34%

¿QUE PREFIERE COMO TRATAMIENTO PARA ESTOS CASOS: ÓVULOS, TALETAS O INYECCIONES?

Tabletas

Referencia 8 - Cobertura 1,12%

¿PORQUE PREFIERE ESTE TRATAMIENTO?

Porque primero no me gustan las inyecciones y segundo porque es sencillo el tratamiento

¿QUE INCONVENIENTES LE ENCUENTRA A LOS OTROS TRATAMIENTOS?

Si el tratamiento es muy prolongado podría olvidarse la toma de las tabletas pero es cuestión de organizarse

Referencia 9 - Cobertura 1,14%

¿QUE PREFIERE COMO TRATAMIENTO PARA ESTOS CASOS: ÓVULOS, TALETAS O INYECCIONES?

Inyecciones

¿PORQUE PREFIERE ESTE TRATAMIENTO?

Porque me parece más efectivo y de difícil olvido

¿QUE INCONVENIENTES LE ENCUENTRA A LOS OTROS TRATAMIENTOS?

Óvulos por incomodidad, tabletas porque se puede engordar

Referencia 10 - Cobertura 0,48%

Qué prefiere como tratamiento para estos casos tabletas o inyecciones?

Pues con tabletas porque soy alérgica a la penicilina.

Referencia 11 - Cobertura 0,52%

¿Por qué prefiere ese tratamiento?

Por la alergia.

3.3 ¿Qué inconvenientes le encuentra al otro tratamiento?
Que son muchas pastas.

PAGO POR MEDICAMENTOS

[<Elementos internos\TEXTOS ENTREVISTAS PACIENTES ITS>](#) - § 5 referencias codificadas [Cobertura 2,87%]

Referencia 1 - Cobertura 0,51%

¿USTED ESTARIA DISTPUESTA A PAGAR POR UN MEDICAMENTO QUE SEA MUY EFECTIVO PERO QUE NO ESTE CUBIERTO POR EL P.O.S.?

Si lo compraría.

Referencia 2 - Cobertura 0,78%

¿USTED ESTARIA DISTPUESTA A PAGAR POR UN MEDICAMENTO QUE SEA MUY EFECTIVO PERO QUE NO ESTE CUBIERTO POR EL P.O.S.?

Si lo compraría. Si me va a solucionar mi problema de salud, si sería capaz de cubrirlo.

Referencia 3 - Cobertura 0,51%

¿USTED ESTARIA DISTPUESTA A PAGAR POR UN MEDICAMENTO QUE SEA MUY EFECTIVO PERO QUE NO ESTE CUBIERTO POR EL P.O.S.?

Si lo compraría.

Referencia 4 - Cobertura 0,51%

¿USTED ESTARIA DISTPUESTA A PAGAR POR UN MEDICAMENTO QUE SEA MUY EFECTIVO PERO QUE NO ESTE CUBIERTO POR EL P.O.S.?

Si lo compraría.

Referencia 5 - Cobertura 0,56%

¿USTED ESTARIA DISTPUESTA A PAGAR POR UN MEDICAMENTO QUE SEA MUY EFECTIVO PERO QUE NO ESTE CUBIERTO POR EL P.O.S. ?

Si realmente es efectivo si

PERMISO PRUEBA VIH

<Elementos internos\TEXTOS ENTREVISTAS PACIENTES ITS> - § 6 referencias codificadas [Cobertura 3,34%]

Referencia 1 - Cobertura 0,46%

¿EN CASO DE REQUERIRSE UNA PRUEBA DE VIH, DEBIDO A QUE USTED TIENE UNA ITS, AUTORIZARÍA USTED A QUE SE LA REALICEN?

Sí.

Referencia 2 - Cobertura 0,46%

¿EN CASO DE REQUERIRSE UNA PRUEBA DE VIH, DEBIDO A QUE USTED TIENE UNA ITS, AUTORIZARÍA USTED A QUE SE LA REALICEN?

Claro.

Referencia 3 - Cobertura 0,45%

¿EN CASO DE REQUERIRSE UNA PRUEBA DE VIH, DEBIDO A QUE USTED TIENE UNA ITS, AUTORIZARÍA USTED A QUE SE LA REALICEN?

Sí.

Referencia 4 - Cobertura 0,70%

¿EN CASO DE REQUERIRSE UNA PRUEBA DE VIH, DEBIDO A QUE USTED TIENE UNA ITS, AUTORIZARÍA USTED A QUE SE LA REALICEN?

Sí así como autorice a la universidad que se realizara en el estudio

Referencia 5 - Cobertura 0,46%

¿EN CASO DE REQUERIRSE UNA PRUEBA DE VIH, DEBIDO A QUE USTED TIENE UNA ITS, AUTORIZARÍA USTED A QUE SE LA REALICEN?

Si

Referencia 6 - Cobertura 0,80%

¿En caso de requerirse una prueba de VIH, debido a que usted tiene una ITS, autorizaría usted a que se la realicen?

Sí, claro, por eso yo di mi consentimiento, para que esa vez me tomaran la prueba del VIH.

POSICIÓN FRENTE AL TRATAMIENTO DE LA PAREJA

[<Elementos internos\TEXTOS ENTREVISTAS PACIENTES ITS>](#) - § 6 referencias codificadas [Cobertura 3,09%]

Referencia 1 - Cobertura 0,21%

¿USTED CREE QUE SU PAREJA NECESITABA TRATAMIENTO?

No.

Referencia 2 - Cobertura 0,31%

¿USTED CREE QUE SU PAREJA NECESITABA TRATAMIENTO?

Si, el tomo el mismo tratamiento

Referencia 3 - Cobertura 0,67%

¿USTED CREE QUE SU PAREJA NECESITABA TRATAMIENTO?

Sí, pero al parecer el no termino el tratamiento eso también me tiene preocupada porque yo me trate en totalidad pero el no.

Referencia 4 - Cobertura 0,46%

¿USTED CREE QUE SU PAREJA NECESITABA TRATAMIENTO?

Fui informada por el personal de salud y él se tomo todo el tratamiento

Referencia 5 - Cobertura 0,87%

¿Usted cree que su pareja necesitaba tratamiento?

Si en ese momento si, pues eso fue lo que me dijeron en la consulta, pero finalmente no lo necesitó, pues el después se tomó la prueba y le salió negativa, que no tenía nada.

Referencia 6 - Cobertura 0,56%

¿Qué dificultades se presentaron para que su pareja se tratara?

Pues porque él no quería hacer nada de eso, ni tomarse nada, pero no sé por qué

PERSONA QUE DEBE COMUNICAR A LA PAREJA

Referencia 1 - Cobertura 1,35%

EN DADO CASO QUE SU PAREJA HUBIERA REQUERIDO TRATAMIENTO, ¿QUIEN DEBERIA COMUNICARLE A SU PAREJA QUE REQUERE TRATAMEINTO, USTED U OTRA PERSONA?

Se la comentaría yo, porque considero que hay diálogo entre los dos, entonces podemos tratar el tema ambos, y si ambos necesitamos tratamiento, entonces estamos haciendo algo malo, entonces habría que dialogarlo.

Referencia 2 - Cobertura 1,25%

EN DADO CASO QUE SU PAREJA HUBIERA REQUERIDO TRATAMIENTO, QUIEN DEBERIA COMUNICARLE A SU PAREJA QUE REQUERE TRATAMEINTO, USTED U OTRA PERSONA?

Yo, porque tendría que explicarle realmente lo que sucedió y que es lo que nos están recomendando, porque justamente si es mi pareja tiene que confiar en lo que yo le estoy diciendo.

Referencia 3 - Cobertura 0,64%

¿EN DADO CASO QUE SU PAREJA HUBIERA REQUERIDO TRATAMIENTO, QUIEN DEBERIA COMUNICARLE A SU PAREJA QUE REQUERE TRATAMEINTO, USTED U OTRA PERSONA?

Se lo comunique yo misma

Referencia 4 - Cobertura 0,10%

Se lo comunique yo misma

Referencia 5 - Cobertura 0,97%

¿EN DADO CASO QUE SU PAREJA HUBIERA REQUERIDO TRATAMIENTO, QUIEN DEBERIA COMUNICARLE A SU PAREJA QUE REQUERE TRATAMEINTO, USTED U OTRA PERSONA?

Yo creo que en cualquier escenario la persona más indicada para hablar esos temas con la pareja es uno mismo

Referencia 6 - Cobertura 0,49%

¿En su opinión, quién debería comunicarle a su pareja que requiere tratamiento, usted u otra persona?

Otra persona, el médico.

¿Por qué?

Pues porque si él tiene la infección y tiene que recibir tratamiento.

¿Usted prefiere, que le formulen el tratamiento para su pareja en la misma consulta suya, o que remitan a su pareja a consulta médica?

Si en otra consulta aparte.

VALORES RELACIONADOS CON EVENTO

[<Elementos internos\TEXTOS ENTREVISTAS PACIENTES ITS>](#) - § 1 referencia codificada [Cobertura 0,47%]

Referencia 1 - Cobertura 0,47%

¿A QUE SE REFIERE CON PUDOR?

Es como el temor de la mujer a introducirse algo en la vagina, yo si preferiría una inyección.

ANEXO 5

ANÁLISIS DE INFORMACIÓN: MARCAS DE NUBE

Infecciones de transmisión sexual general

además aparte atención autorizaría bogota cervicitis citología clamidia clotrimazol comentarios

compraría comunicarle considerando considero **consulta** consultar

contributivo cuando cuántos cubierto debería debido después diagnostico **dieron**

dificultades digamos dijeron distpuesta doxiciclina durante efectivo empezó

encuentra **enfermedad** enfermedades entonces entrevista estaba

estaría estudio evitar examen **exámenes** experiencia fontibon frotis hubiera

inconvenientes investigación inyección **inyecciones** mandaron medicamento

médico mejorar mejoría muchas mujeres **necesitaba** ningún ninguna óvulos

pareja persona podría **porque** preferencias preferiria

prefiere presenta primero proceso proyecto prueba pueden realicen realmente
recomendaciones régimen relate requiere requerido requerirse resultados segundo sexual

simplemente tableta **tabletas** taletas tiempo tratameinto

tratamiento

tratamientos universidad

utilizar vaginal valores varios

Motivo de consulta

acción atraída blanco comento consultar encontraba entregó estaba **estudio** familias
investigación invitó nacional ningún participar pélvico piquiña realizando sentía síntoma sonando

universidad **vaginal** volante

Dificultades para consultar

citología
antecedente clotrimazol comenzar
consultar
cuestión demoró después
dificultades
entonces mandaron médico
ninguna
miedos negativo personal
porque
preguntar realicé resultado simplemente tiempo visite

Dificultades en la atención ITS

aparte
además atendiese cambio clínicas cómoda completa confianza confiar
consulta
contestos cuanto desarrolla diciendo
encuesta entonces estaba estaríamos exámenes explicación
exploración felices física hacían momentos muchísimo ningún observó pareció
porque porqué pregunta preguntas preguntó presenta primera prueba
segunda siente simplemente sintiendo sistema solamente tomaron
valoración

Dificultades en el tratamiento

aplicaba bailar consultar cuando diciembre **dificultad**
dificultades dijeron **durante** efectivos
empezar empezó esperando **esposo** inicio llegue mejoría necesitaba
ninguna olvido ponerme porque presencia presente primeros
proporcionaba siguió también **tiempo** tomara
tratamiento tratamientos utilizarla verdad

Aspectos positivos de la atención

médica problemas solicitar

Consciencia de prevención

además algodón alimentación comenzar complejo condon condón **considero** deberían
dialogo dichas educando **enfermedades** esencial estabilidad evitar genital
hábitos herramienta importante independiente información informar **interior** lavada
pareja pienso porcentaje **preservativo** prevención
prevenir primero propocionar protección protege pueden realmente relaciones riesgos segundo sexual
sexuales tratamiento usuarios utilización

Recomendaciones para mejorar la atención

acceder accesible acuerdo además algunos análisis angustiada arrogaron asesoría asusté
atendieron atestiguaran atiendan autocuidado brindaron cambio cerquita **clamidia** clotrimazol
colocar comentaron completo conducta confirmarme confundí considero **consulta**
control cuales cualquier **cuando** cuanto cuarto cuatro cubría cubrir cuidado culturizar debería
deducción definitivamente demorarse descartar desconoce desconocimiento **después**
diagnostico diagnóstico **dieron diferentes** dijeron doctora educar **efectivo** embargo
enfermedad enfermedades enfermera entendía
entonces erradicar escuchado espacio especiales **esperar** esposo estaba **estudio**
estuvo evitar **examen**
exámenes existen expertos explico frecuente frotis
general gustaría hubieran importancia indico inicialmente interesada juiciosamente llevar
medicamento medicamentos médico muchas **mujeres**
porque presenta **primero**
recomendación **resultados** sexual simplemente
transmisión **tratamiento**

Preferencia duración tratamiento ITS

considerando correr correspondió culminaría difícil **efectivo** eficacia
encuentra engordar frecuencia incomodidad inconvenientes inmediatez inyección **mejorar**
memoria **olvida** olvidaría olvide olvido óvulos parece **porque** práctico
preferiría prefiere pronto riesgo tableta tabletas tomarlo tomarme
tratamiento tomarse tratamientos
varios

Preferencia medicamentos ITS

alergia alérgica anteriormente certeza colocar coloque cómodo completar confianza confusión creería
cuando cuestión difícil digamos efectivas efectivo encuentra engordar entonces
entrega exacto finalizar gustan hacerlo horario hubiese incomodidad inconvenientes

indica introducir inyección **inyecciones** llevar lleven

medicamento medico muchas mujeres necesario olvidar olvidarse olviden olvido organizarse

óvulos parece parecía pastas penicilina persona podría ponérselos

porque prefiere prestar prevención primero

prolongado pronto requieren segundo sencillo tableta tabletas taletas

tomárselos **tratamiento**

tratamientos utilizar utilizarlos

Preferencia pago medicamentos ITS

compraría cubierto cubrirlo

dispuesta efectivo

estaria medicamento

problema realmente solucionar

Posición frente a prueba de VIH

autorice **autorizaría** consentimiento
debido **prueba** estudio
realicen **requerirse** realizara
tomaran universidad

Posición frente al tratamiento de la pareja

consulta después dificultades dijeron finalmente informada momento
necesitaba **pareja** necesitó negativa parecer
personal **porque** preocupada presentaron prueba quería también termino tomarse totalidad
tratamiento tratara

Preferencias por persona para comunicar a la pareja ITS

aparte comentaría **comunicarle** comunique confiar considero **consulta**
cualquier **deberia** debería dialogarlo diálogo diciendo **entonces** escenario estamos
explicarle formulen hablar habría haciendo **hubiera** indicada infección justamente médica

médico necesitamos opinión **pareja** persona
podemos **porque** prefiere realmente recibir recomendando remitan **requere**
requerido requiere sucedió tendría **tratameinto**
tratamiento tratar

Valores relacionados con el evento

introducirse inyección preferiría refiere vagina

ANEXO 10

ANEXO 10. EVALUACIONES ECONÓMICAS GPC-ITS

Contenido

1. COSTO EFECTIVIDAD DEL ANTIBIÓTICO ORAL VERSUS LOCAL EN MUJERES NO GESTANTES CON FLUJO VAGINAL SUGESTIVO DE VAGINOSIS BACTERIANA	600
1.1. Revisión literatura económica.....	600
1.2. Diseño del modelo.....	600
1.3. Costos	602
1.4. Resultados del modelo del escenario base.....	603
1.5. Análisis de sensibilidad	603
1.6. Conclusión.....	603
1.7. Referencias.....	603
2. COSTO EFECTIVIDAD DEL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO CON PRUEBAS RÁPIDAS VERSUS SINDRÓMICO EN MUJERES NO GESTANTES CON SÍNTOMAS DE INFECCIÓN CERVICAL	605
2.1. Revisión literatura económica.....	605
2.2. Diseño del modelo.....	605
2.3. Costos	606
2.4. Resultados del modelo del escenario base.....	607
2.5. Análisis de sensibilidad	607
2.6. Conclusión.....	608
2.7. Referencias.....	608

1. COSTO EFECTIVIDAD DEL ANTIBIÓTICO ORAL VERSUS LOCAL EN MUJERES NO GESTANTES CON FLUJO VAGINAL SUGESTIVO DE VAGINOSIS BACTERIANA *

El objetivo de la evaluación económica consistió en estimar la costo-efectividad del antibiótico oral vs local en mujeres no gestantes con flujo vaginal sugestivo de Vaginosis Bacteriana (VB).

1.1. *Revisión literatura económica*

Se realizó una revisión de literatura de evaluaciones económicas en las bases de datos sugeridas por la Guía Metodológica (1) la cual arrojó 30 títulos, se encontraron 4 títulos repetidos, y se consideraron 26 títulos para la revisión pareada, de ellos ninguno fue seleccionado para lectura de resumen, ni para lectura completa dado que no cumplieron con los criterios de inclusión, razón por la cual se desarrolló la evaluación económica de novo.

1.2. *Diseño del modelo*

Se construyó un modelo de Markov en Treeage® para representar de manera general la historia natural de la VB. De otro lado se consideró un caso particular cuando se cambia el tratamiento ante persistencia sin evento adverso y para estimar los resultados de ese escenario se elaboró un árbol de decisión. En ambos casos, se comparó el uso de las siguientes alternativas para el tratamiento de la VB:

- Tinidazol 2 g vía oral dosis única como primera opción y Clindamicina al 2% (crema) 5 g vía intravaginal antes de acostarse durante 7 días para la falla clínica (persistencia con eventos adversos y recurrencia).
- Secnidazol 2 g vía oral dosis única como primera opción y Clindamicina al 2% (crema) 5 g vía intravaginal antes de acostarse durante 7 días para la falla clínica (persistencia con eventos adversos y recurrencia).
- Clindamicina al 2% (crema) 5 g vía intravaginal antes de acostarse durante 7 días como primera opción y Tinidazol 2 g vía oral dosis única para la falla clínica (persistencia con eventos adversos y recurrencia).

* Una versión amplia de esta evaluación económica se encuentra como Documento de Trabajo No. 38 disponible en: http://www.fce.unal.edu.co/publicaciones/index.php?option=com_content&view=category&id=42&Itemid. Otra versión está en proceso de revisión por pares en una revista científica.

- Clindamicina al 2% (crema) 5 g vía intravaginal antes de acostarse durante 7 días como primera opción y Secnidazol 2 g vía oral dosis única para la falla clínica (persistencia con eventos adversos y recurrencia).

En el modelo de Markov, todas las pacientes ingresan al modelo en el estado (Paciente con flujo sugestivo de VB Tratamiento 1) donde son tratadas con una de las primeras opciones en evaluación. Después del tratamiento inicial existen 3 posibilidades de transición: continuar con flujo vaginal sin evento adverso, en cuyo caso permanecen en el mismo estado y serán tratadas de la misma manera en el siguiente ciclo; la segunda posibilidad la representan las pacientes para las que persiste el flujo vaginal y además presentaron evento adverso al primer tratamiento, estas se mueven al estado (Paciente con flujo sugestivo de VB Tratamiento 2), donde son tratadas con una de las segundas opciones en evaluación y además reciben tratamiento para los eventos adversos; la tercera posibilidad son las pacientes que presentan mejoría clínica con el primer tratamiento, quienes se desplazan en el modelo al estado (Paciente sin flujo Tratamiento 1).

Después de la segunda línea de tratamiento las alternativas de transición son: falla clínica al segundo tratamiento sin evento adverso, en cuyo caso permanecen en el mismo estado y serán tratadas de la misma manera en el ciclo siguiente; la segunda alternativa la representan las pacientes para las que persiste el flujo vaginal y además presentaron evento adverso al segundo tratamiento, estas se mueven al estado absorbente (Paciente con flujo sugestivo de VB Tratamiento 3) donde salen del modelo ya que se presentó falla clínica con evento adverso a los dos tratamientos del esquema evaluado; la tercera alternativa son las pacientes que presentan mejoría clínica con el segundo tratamiento, quienes se desplazan en el modelo al estado (Paciente sin flujo Tratamiento 2).

Las pacientes que se encuentran en alguno de los estados (Paciente sin flujo Tratamiento 2) o Paciente sin flujo Tratamiento 2) tienen la probabilidad de presentar recurrencia y ésta depende del último medicamento que hayan recibido (es decir, dependiendo de si era Tratamiento 1 o 2).

Para el caso particular en que ante una persistencia se use una segunda línea de tratamiento se usó un árbol de decisión sin transiciones iterativas en un mismo estado.

La perspectiva fue la del Sistema de Salud incluyendo todos los costos directos y el resultado se midió en términos de mejoría clínica. El horizonte temporal fue 2 meses.

Las probabilidades de mejoría clínica, persistencia y eventos adversos se tomaron de la literatura (2-4). Para el cálculo de los límites mínimo y máximo de las probabilidades de mejoría clínica, persistencia, recurrencia y eventos adversos, se utilizó la fórmula de la estimación del intervalo de confianza para una proporción:

$$\hat{p} - 1.96 * \sqrt{\frac{\hat{p} * (1 - \hat{p})}{n}} \leq p \leq \hat{p} + 1.96 * \sqrt{\frac{\hat{p} * (1 - \hat{p})}{n}}$$

1.3. Costos

Todas las cifras monetarias se expresan en pesos colombianos de 2010. El costo promedio de los medicamentos fue extraído de la base SISMED 2008 (5). La fuente de costos para los procedimientos fue el Manual de Tarifas ISS 2001 (6) con un incremento de 30%, cifra que en el análisis de sensibilidad tomó valores de 25% a 48%²².

En el cuadro 2 se presentan los costos usados en el modelo, junto con los rangos para el análisis de sensibilidad.

Código CUPS/ATC	Evento Generador de costo	Límite inferior	Caso base	Límite Superior	Fuente
I39133	Consulta ambulatoria de medicina especializada.	\$ 7 769	\$ 8 080	\$ 9 198	ISS 2001
P01AB07	Secnidazol	\$4 950	\$7 563	\$10077	SISMED
P01AT01211	Tinidazol	\$2925	\$6 663	\$ 10 402	SISMED
D10AF01	Clindamicina	\$10641	\$10 671	\$10 700	SISMED
G01AC031501	Manejo del Evento Adverso (Clotrimazol)	\$914	\$4 577	\$8 240	SISMED

Cuadro 2. Costos y rangos usados en el modelo

²² El incremento porcentual y los valores para el análisis de sensibilidad, fueron establecidos en un consenso no formal realizado por la Pontificia Universidad Javeriana con prestadores de servicios de salud.

1.4. Resultados del modelo del escenario base

Los resultados del modelo muestran que el esquema Clindamicina al 2% (crema) 5 g vía intravaginal antes de acostarse durante 7 días como primera opción y Tinidazol 2 g vía oral dosis única para la falla clínica (persistencia con eventos adversos y recurrencia) es una estrategia dominante ya que es menos costosa y más efectiva que los demás esquemas de tratamiento.

1.5. Análisis de sensibilidad

En el análisis de sensibilidad univariado, el diagrama de tornado mostró que la razón de costo-efectividad incremental es afectada principalmente por el costo del Tinidazol, el costo del Secnidazol y el costo de la consulta médica. El 95,5% de la incertidumbre total está representada por estas tres variables.

En el análisis de sensibilidad probabilístico, considerando una disponibilidad a pagar de \$ 20 000 por un caso adicional de mejoría clínica, el 97,42% de las estimaciones mostró que la alternativa Clindamicina al 2% (crema) 5 g vía intravaginal durante 7 días como primera opción y Tinidazol 2 g vía oral dosis única para la falla clínica (persistencia con eventos adversos y recurrencia) es dominante. Adicionalmente, se observó que solo en el 0,11% de las estimaciones la razón de costo-efectividad incremental es superior a la disponibilidad a pagar. El mismo esquema resulta dominante en el caso particular de árbol de decisión. Los resultados de los análisis de sensibilidad son similares a los del modelo de Markov.

1.6. Conclusión

El uso Clindamicina al 2% (crema) 5 g vía intravaginal durante 7 días como primera opción para el tratamiento de la Vaginosis Bacteriana y Tinidazol 2 g vía oral dosis única para tratar persistencia con eventos adversos y recurrencia, es costo-efectivo para Colombia. Los resultados fueron robustos a variaciones en los parámetros del modelo.

1.7. Referencias

(1) Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la

Fundación Santa Fe de Bogotá, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá, 2010.

- (2) Oduyebo OO, Anorlu RI, Ogunsola FT. The effects of antimicrobial therapy on bacterial vaginosis in non-pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jul 8;(3):CD006055.
- (3) Livengood CH 3rd, Ferris DG, Wiesenfeld HC, Hillier SL, Soper DE, Nyirjesy P, Marrazzo J. Effectiveness of two tinidazole regimens in treatment of bacterial vaginosis: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2007 Aug; 110(2 Pt 1):302-9.
- (4) 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;. pii: 705692. Epub 2010 Sep 15.
- (5) Sistema de información de precios de medicamentos, SISMED. Listado de Precios Promedio y Unidades en la cadena de comercialización de Medicamentos - Enero a Diciembre de 2008. [Consultado enero 2012]. Disponible en: http://www.sispro.gov.co/SISMED/PDF/Circular_2_2010/Publicacion_PreciosReportados_200801a200812.pdf.
- (6) Consejo Directivo del Instituto de Seguros Sociales. Acuerdo 256 de 2001, Por el cual se aprueba el "Manual de tarifas" de la Entidad Promotora de Salud del Seguro Social "EPS-ISS". 2001 Dic. [Consultado enero 2012]. Disponible en: [Similareshttp://lexsaludcolombia.files.wordpress.com/2010/10/tarifas-iss-2001.pdf](http://lexsaludcolombia.files.wordpress.com/2010/10/tarifas-iss-2001.pdf).

COSTO EFECTIVIDAD DEL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO CON PRUEBAS RÁPIDAS VERSUS SINDRÓMICO EN MUJERES NO GESTANTES CON SÍNTOMAS DE INFECCIÓN CERVICAL *

El objetivo de la evaluación económica consistió en estimar la costo-efectividad de la aproximación etiológica con pruebas rápidas en el sitio de atención comparado con el diagnóstico sintrómico en mujeres con síntomas de Infección Cervical (IC).

Revisión literatura económica

Se realizó una revisión de literatura de evaluaciones económicas en las bases de datos sugeridas por la Guía Metodológica (1) la cual arrojó 125 títulos, se encontraron 13 títulos repetidos, y se consideraron 112 títulos para la revisión pareada, de ellos 9 títulos fueron seleccionados para lectura de resumen, finalmente ninguno cumplió con los criterios de inclusión por la cual se desarrolló la evaluación económica de novo.

Diseño del modelo

Se construyó un árbol de decisión en Treeage® donde se comparó el uso de las siguientes alternativas

- Abordaje sintrómico
- Acon® Duo (detecta *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*).
- Acon® Plate (detecta *Neisseria gonorrhoeae*) en combinación con Acon® Plate (detecta *Chlamydia trachomatis*)
- Acon® Plate (detecta *Neisseria gonorrhoeae*) en combinación con QuickVue® (detecta *Chlamydia trachomatis*)

En la simulación, las pacientes reciben un diagnóstico etiológico con pruebas rápidas o el abordaje sintrómico. De acuerdo al resultado se trata con antibióticos a la paciente índice y su contacto sexual.

* Una versión amplia de esta evaluación económica se encuentra como Documento de Trabajo No. 39 disponible en: http://www.fce.unal.edu.co/publicaciones/index.php?option=com_content&view=category&id=42&Itemid. Otra versión está en proceso de revisión por pares en una revista científica.

Los datos de prevalencia, características operativas de las pruebas y probabilidades de mejoría clínica fueron tomados de la literatura (2-4). Adicionalmente, para el cálculo de los límites mínimo y máximo se utilizó la fórmula de la estimación del intervalo de confianza para una proporción:

$$\hat{p} - 1.96 * \sqrt{\frac{\hat{p} * (1 - \hat{p})}{n}} \leq p \leq \hat{p} + 1.96 * \sqrt{\frac{\hat{p} * (1 - \hat{p})}{n}}$$

La perspectiva fue la del Sistema de Salud incluyendo todos los costos directos y el resultado se midió en términos de mejoría clínica. El horizonte temporal fue la duración de las pruebas en el sitio de atención.

Costos

Todas las cifras monetarias se expresan en pesos colombianos de 2010. El costo promedio de los medicamentos fue extraído de la base SISMED 2008 (5). La fuente de costos para los procedimientos fue el Manual de Tarifas ISS 2001 (6) con un incremento de 30%, cifra que en el análisis de sensibilidad tomó valores de 25% a 48%²³.

Para el costo de los insumos se acudió a valores de mercado y a catálogos de precios de proveedores presentados en diversos procesos de licitación, que obedecen a información pública. Para los análisis de sensibilidad se utilizó un rango de 20% sobre el costo total de los insumos.

Finalmente el costo de las pruebas rápidas fue tomado de la cotización con el proveedor y para los análisis de sensibilidad se utilizó un rango de 30% sobre el costo total de las pruebas.

En el cuadro 2 se presentan los costos usados en el modelo, junto con los rangos para el análisis de sensibilidad.

²³ El incremento porcentual y los valores para el análisis de sensibilidad, fueron establecidos en un consenso no formal realizado por la Pontificia Universidad Javeriana con prestadores de servicios de salud.

Código CUPS	Evento Generador de costo	Límite inferior	Caso base	Límite Superior	Fuente
I39133	Consulta ambulatoria de medicina especializada.	\$ 7 769	\$ 8 080	\$ 9 198	ISS 2001
	Acon®Duo(<i>Chlamydia trachomatis</i> y <i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	\$8 715	\$12 450	\$16 185	Proveedor
	Acon®Plate (<i>Chlamydia trachomatis</i>)	\$4 742	\$6 775	\$8 807	
	Acon®Plate (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	\$4 200	\$6 000	\$7 800	
	QuickVue®(<i>Chlamydia trachomatis</i>)	\$12 600	\$18 000	\$20 800	
	Costo del tratamiento para la IC causada por <i>Chlamydia trachomatis</i> - (Azitromicina 1 g vía oral dosis única)	\$2 251,98	\$2 379,32	\$2 506,64	
	Costo del tratamiento para la IC causada por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> – (Ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis única)	\$7 326,01	\$9 000,12	\$10 674,24	
	Costo del tratamiento para la IC causada por <i>Chlamydia trachomatis</i> y <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (Azitromicina 1 g vía oral dosis única y Ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis única)	\$9 577,99	\$11 379,44	\$13 180,08	
	Costo del tratamiento para la IC (Azitromicina 1 g vía oral dosis única y Ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis única). Abordaje sintomático	\$9 577,99	\$11 379,44	\$13 180,08	

Cuadro 2. Costos y rangos usados en el modelo

Resultados del modelo del escenario base

La alternativa más efectiva y más costosa es Acon®Plate (*Neisseria gonorrhoeae*) en combinación con QuickVue® (*Chlamydia trachomatis*), seguida de Acon®Duo (*Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*) y del manejo sintomático. Acon®Plate(*Neisseria-Chlamydia*) es una alternativa dominada de manera extendida. La RCEI de Acon®Plate (*Neisseria gonorrhoeae*) en combinación con QuickVue® (*Chlamydia trachomatis*) comparado con Acon®Duo (*Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*), que equivale a un costo por un caso adicional con mejoría clínica de \$ 2 782 690. La RCEI de Acon®Duo (*Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*) comparado con el manejo sintomático es de \$597,886. La selección de la alternativa costo-efectiva para Colombia dependerá de la disponibilidad a pagar por caso adicional de mejoría clínica.

Análisis de sensibilidad

Los resultados son sensibles a i) Las características operativas de QuickVue® (*Chlamydia trachomatis*), Acon®Duo (*Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*), Acon®Plate (*Neisseria gonorrhoeae*), ii) La

prevalencia de *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, iii) La efectividad de los tratamientos y iv) el costo del tratamiento para *Neisseria gonorrhoeae* con Ceftriaxona 500 mg vía intramuscular dosis únicas.

En el análisis de sensibilidad probabilístico, si la disponibilidad a pagar por un caso de mejoría clínica adicional es \$1 200 000, Acon®Plate (*Neisseria gonorrhoeae*) en combinación con QuickVue® (*Chlamydia trachomatis*) sería la mejor alternativa en términos de costo-efectividad en el 3,42% de los casos; para disponibilidades a pagar de \$ 2 000 000 y \$ 4 000 000 la costo-efectividad de esta alternativa estaría alrededor de 55,57% y 94,99% de los casos, respectivamente.

De otro lado, si la disponibilidad a pagar por un caso de mejoría clínica adicional es \$ 500 000, Acon®Duo (*Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*) sería la mejor alternativa en términos de costo-efectividad en el 0,21% de los casos; para disponibilidades a pagar de \$600 000 y \$700 000 la costo-efectividad de esta alternativa estaría alrededor de 51,43% y 98,95% de los casos, respectivamente.

Conclusión

Si la disponibilidad a pagar por caso de mejoría clínica adicional es mayor que \$ 2 782 690, Acon®Plate (*Neisseria gonorrhoeae*) en combinación con QuickVue® (*Chlamydia trachomatis*) sería la mejor alternativa en términos de costo-efectividad; de otro lado, si la disponibilidad a pagar por un caso de mejoría clínica adicional está entre \$ 597 886 y \$ 2 782 690, Acon®Duo (*Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*) sería la mejor alternativa en términos de costo-efectividad; finalmente, si la disponibilidad a pagar por un caso de mejoría clínica adicional es menor que \$ 597 886 el manejo sintomático sería la mejor alternativa en términos de costo-efectividad.

Referencias

- (1) Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá, 2010.

- (2) Gaitán H, Tolosa J, Ruíz A, Rodríguez N, Díaz L, Osorio E, et al. Prevalencia y factores asociados a la infección por *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *C. albicans*, Sífilis, VIH y Vaginosis Bacteriana en mujeres con síntomas de infección vaginal en tres sitios de atención de Bogotá, Colombia, 2010. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Vol 63 No 1, Enero-Marzo, 2012.
- (3) 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.
- (4) Shams-ur-Rehman, 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.
- (5) Sistema de información de precios de medicamentos, SISMED. Listado de Precios Promedio y Unidades en la cadena de comercialización de Medicamentos - Enero a Diciembre de 2008. [Consultado enero 2012]. Disponible en: http://www.sispro.gov.co/SISMED/PDF/Circular_2_2010/Publicacion_PreciosReportados_200801a200812.pdf.
- (6) Consejo Directivo del Instituto de Seguros Sociales. Acuerdo 256 de 2001, Por el cual se aprueba el "Manual de tarifas" de la Entidad Promotora de Salud del Seguro Social "EPS-ISS". 2001 Dic. [Consultado enero 2012]. Disponible en: <http://lexsaludcolombia.files.wordpress.com/2010/10/tarifas-iss-2001.pdf>.

ANEXO 11

ANEXO 11. FACTORES DE RIESGO PARA ITS/ITG

ITS	Autor	Población	Tipo de Estudio	Sesgos	Resultados	Nivel de la Evidencia
Chlamydia, Vaginosis bacteriana	Baeten(229)	948 Trabajadoras sexuales	Cohorte	Sesgo de selección por escoger pacientes con alto riesgo. Sesgo de medición no diferenciada por utilizar una medida de baja sensibilidad. Posible de confusor debido a la generación de anticonceptivo a erosión cervical. Hubo confusión en el manejo de cambio de anticonceptivos orales al de depósito y hubo diferencias entre los tres brazos de la investigación	Factor protector en adquisición de Vaginosis bacteriana para los anticonceptivos de depósito HR: 0.7 (0.5-0.8) . Factor de riesgo para Candidiasis Bacteriana para las anticonceptivos vía oral HR:1.5 (1.2-1.9). Factor de riesgo Chlamydia tanto de depósito como oral HR: 1.8 (1.1-2.9) y 1.6 (1.1-2.4)	1+
Vaginosis Bacteriana por Candidiasis	Beiji(230)	1248 mujeres 18 -30 años recursos medibajo	Cohorte	Presente el problema de una pérdida de 40% de pérdidas de los pacientes. Y por ser tan amplios los tiempos de seguimiento probables sesgo de recuerdo	Uso de marihuana en los últimos 4 meses OR 1.3(1.1-1.5), Actividad sexual OR 1.5 (1.2-1.8) , colonización de lactobacilos, colonización de streptococcus gru	1-
Herpes Tipo 2	Cherpes(56)	670 mujeres entre 18-30 años	Cohorte	No definen el tamaño de muestra, por otro lado, se tomaron los pacientes que terminaron el seguimiento y no contaron las pérdidas. Hubo problemas en la detección HSV, no hubo concordancia WB y ELISA.	Raza Negra HR: 2.7 (1.4-5.7), Educación menor a 12 años HR: 2.8 (1.4-5.9), Nuevo compañero sexual 2.6 (1.2-5.4). Previa Vaginosis 2.1 (1.0-4.5)	1+
Vaginosis y Chlamydia	Crosby(57)	706 adolescentes entre 15-21 años	Cohorte	Perdida de mas 35%, y poco seguimiento. Gran problema de tamaño de muestra. Sesgo de buen comportamiento	Mas de 1 compañero sexual OR 2.37 (1.19-4.71), siempre uso de condon OR 2.24 (1.13-4.47)	1-
Trichomonas, Chlamydia y Neisseria	Diclemente(58)	506 adolescentes mujeres, afroamericanas , no casadas con actividad sexual en seis meses	Cohorte	Pérdida del 14 %, incluyen personas con ITS y des pues miden con una prevalencia de inicio del 29%. No es generalizable.	Múltiples compañeros sexual OR 2.9;95% CI 1.40-5.99 y Sexo sin condon OR = 1.5; 95% CI % 1.06-2.22	1+
Trichomonas, Chlamydia y Neisseria	Ford(231)	11594 Adolescentes	Cohorte	Perdidas del 26%, uso de escalas no validadas, n especifican calculo de tamaño de muestra. Posible sesgo de medición	Raza Afroamericana OR 6.99 (5.38-9.09), Raza nativo americano OR 4.29 (2.22-8.30), Raza latina 2.58 (1.90-3.51), Estructura Familiar completo OR 0.51 (0.41-0.62), Educación de la Madre menor a High school OR 2.24 (1.76-2.85), Educación de la Madre High school OR 1.35 (1.08-1.70) Percepción desacuerdo del sexo por los padres: bajo, medio OR 1.22 (1.03-1.46)	
Trichomonas, Chlamydia y Neisseria	Fortemberry(60)	Adolescentes entre 15-19 años, estatus economicos medio a bajo. Pacientes Infectadas . 490	Cohorte	Muestra no generalizable, el objetivo del estudio inicial era evaluar diferentes tipos de educación sexual pero no encontraron diferencias significativas. Pago por asistir a la visita. Posible sesgo de voluntariado. Hubo el 25 % de pérdidas	Raza negra OR 2.96 (1,47 - 5,97). Pacientes con infección de Gonorrea mayo riesgo a infectarse OR 2,71 (1,14-6,83), Mas de 2 compaleros sexuales 2,54 (1,39 - 4,66), uso de condon nunca vrs inconsistente 0,44 (0,22- 0,90)	1+

Herpes Tipo 2	Gallo(61)	293 mujeres entre 18-35 años, seronegativas	Cohorte	Selección de muestra de población negra de alto riesgo. De bajos ingresos	Edad menores a 20 años OR 2.8 (1.3–6.4), Vaginosis bacteriana previa OR 2.4 (1.1–5.6), Sífilis previa, OR 34.1(4.0–288.1)	1+
T. vaginalis	Helms(232)	1269 Mujeres entre 15 - 39 años, sexo vaginal o anal en los ultimo 3 años	Cohorte	No refieren pérdidas de seguimiento y no es claro como es el tratamiento de las pacientes que desde la línea base tienen una ITS estudiada. La población es específica. Los autores refieren posible sesgo de mala clasificación por no contar con cultivo sensible. El análisis debido hacerse por series de tiempo	Edad 34-39Años OR 2.26 (1.14–4.48), Raza Negra 3.31 (2.04–5.37), Previas infecciones por T. vaginales OR 3,12 (1.93–5.03), Previa infección por Chlamydia OR 2,37 (1.08–5.20), 5. Mas de dos compañeros en los ultimos 3 meses OR 1,71 (1.13–2.60)	1-
T vaginalis	Niccolai(62)	411 mujeres Cohorte de pacientes de VIH, con al menos una infección por Trichomona. Y se comprobo cura en la visita siguiente	Cohorte	La mayoría de la población era de alto riesgo por lo tanto no es tan generalizable, se hizo la medición en ambos grupos igual, se utilizó un prueba diagnóstica poco sensible. No refieren pérdidas en el seguimiento. No se controlaron confusores. Como el periodo es largo de seguimiento posible control de la infección	Historia de ITS HR 1,52 (1,08-2,14), Embarazo durante el estudio HR 0,59 (0,38 -0,87)	1-
Herpes Tipo 2	Moss(233)	2104 mujeres entre 15-24 años, que hayan tenido relaciones al menos 6 meses.	Cohorte	Las perdidas están alrededor de 14%. Hay un criterio de exclusión de pacientes que hayan tenido relaciones en los últimos tres días sin protección, siempre en un 15 % de los elegibles. Otro problema es no se tuvo en cuenta la seroconversion	Raza africana OR 2.31 (1.28–4.14), Mas de un compañero sexual en los ultimos 6 meses OR 1.75 (1.07–2.89), protección uso de condon OR 0.56 (0.34–0.92)	1+
Sifilis	Fleming DT.(234)	25 casos y 49 controles emparejados por edad y genero	Casos y Controles	No explican un tamaño de muestra, y deciden meter pacientes con sifilis y pacientes con sifilis secundaria para aumentar el tamaño de casos. No es claro como la recolección de datos en forma retrospectiva, si fue igual.	Características del compañero sexual: Intercambio de droga o dinero por sexo OR 3.62(1,16 - 11,27) , Compañerons que usan crack de cocaína OR 5,05 (1,65 - 15,46)	1+
Herpes	Gottlieb (65)	1766 prsonas mayores de 14 años con inicio de la vida sexual hace 3 meses, excluidos si sospecha de VIH positivos h homosexuales	Cohorte	Alto porcentaje de pérdidas, de la población elegible el 45% se recluto en el estudio. La encuesta no es validad	Mayor 40 años HR 2.3 (1.1–4.5), No uso de condon en parejas ocasionales HR 2.0 (1.2–3.3), Raza negra, mujer HR 1.8 (1.2–2.7) , Previa Vaginosis bacteriana HR 1.7 (1.2–2.5), Previa trichomaniasis HR 3.7 (2.0–7.1)	1++
Sifilis	Li(235)	507 hombres que han tenido sexo con hombres,VIH seronegativos, >18 años, tener sexo en los ultimos 3 meses	Cohorte	No define el número de pacientes elegibles y cuanto fue el porcentaje de pérdidas y si al inicio se midió sifilis	Educación mayor a 12 años OR 2.41 (1.41, 4.14) , Compañeros sexuales ocasionales OR 2.38 (1.31, 4.31), Tener sexo comercial con hombres OR 6.78 (2.09,21.95), Diagnóstico de ITS en el pasado OR 2.44 (1.43, 4.16), Beber alcohol 3 veces al mes OR 2.06 (1.16, 3.65)	1+
Sifilis	Ko(236)	117 Personas con VIH, moyores de 18 años de difícil manejo	Cohorte	Hubo porcentaje de pérdidas 30%, con características diferentes a las pacientes que mantuvieron en el estudio. No son pacientes generalizados. No se tuvo encuesta la seroconversion	Uso de sustancias recreacionales HR 18.89; 95% CI, 2.78–128.15; P = 0.003)	1-

Sifilis	Thurnheer(68)	218 Pacientes con infección de VIH	Cohorte	No es claro la línea base de los pacientes que ingresan al estudio y el tiempo de seguimiento. No se define pérdidas de seguimiento y no hay controles de variables confusoras	Hombres sexo con hombres OR 2,81 (1,79 - 4,43), Compañero casual OR 2,89 (1,98 - 4,22)	1-
Sifilis	Rich(69)	85 casos de mujeres encarceladas de Rohd Island con Sifilis prueba serológica. Controles emparejados por raza y edad y fecha de presión	Casos y controles	No es claro la definición y selección de controles. El análisis tampoco es correcto o no es claro para estudios emparejados. Población de alto riesgo	Historia de ITS OR 5,33 (<0,01), Historia de inyección de droga OR 2,28(0,04), Arresto por manejo de droga OR 2,58(<0,01), Arresto por prostitución OR 3,81 (<0,01)	1-
Sifilis	Todd(237)	462 casos y 1048 controles; 210 casos y 708 controles. Los casos en el primer caso son definidos como sujetos con TPHA positivo y el segundo TPHA/RPR positivo.	Casos y controles	Los Controles no se encuentran emparejados y no están bien definidos los criterios inclusión y exclusión. Hubo una participación 70-80% lo cual los no respondedores tienen alto valor	Edad mujeres menores. 20-24 años OR 0.25 (0.12-0.53) cuando se comparan con mujeres 15- 19 años	1+
Sifilis	Xu L(238)	122 hombres que tienen sexo con hombres, mayor a 18 años y que en los últimos años hayan tenido sexo anal en los últimos 12 meses y VIH negativos	Cohorte	No se excluyeron los casos positivos desde la base un porcentaje de pérdidas muy alto 56% y con un comportamiento diferente a los que pertenecieron en el estudio	Estar casado OR 3.5 (1.4-8.2), tener más de 5 compañeros sexuales en los últimos 12 meses OR 4.7 (2.0-6.2)	1-
sifilis	Sahlu(72)	409 trabajadores de fábrica de 18 -44 años	Cohorte	No es claro los criterios inclusión y exclusión y tampoco el cuestionario que se evaluó inicialmente	Hombres: Años de actividad sexual (25-32) RP 1.98 (1.29 to 3.05), Tener VIH RP 1.98 (1.29 to 3.05), 2.05 (1.45 to 2.53). Mujeres: Numero de años de actividad sexual (25-32) RP 4.10 (2.25 to 7.49), Mas de 5 compañeros sexuales RP 1.80 (1.07 to 3.03), Tener VIH RP 2.40 (1.67 to 3.45)	1-
Sifilis	Zhou, H., Chen, X.-S., Hong, F.-C., Pan, P., Yang, F., Cai, Y.-M., Yin, Y.-P.(73)	474 mujeres mayor de 18 años, embarazadas que van a control prenatal	Casos y Controles	No refiere cuantas personas fueron excluidas o cuantas reusaron participar.	Soltero OR 4.16 (1.38-12.54), Educación secundaria o menor OR 8.57 (2.30-31.91) , Tener más 2 compañeros sexuales OR 3.81 (1.94-7.49), Haber tenido historial de ITS OR 13.89 (3.49-55.29), Haber tenido inducción de aborto 6.49 (3.03-13.91), Compañero se fue de viaje en los últimos 12 meses OR 4.81 (2.43-9.55)	1+

Chlamydia	KW Radcliffe Ve, S Ahmad, G Gilleran, J D C Ross (239)	986 cases and 1212 controls	Casos y Controles	Pérdidas del 17 % y uso de prueba Diagnóstica con ELISA que tiene menor sensibilidad, sesgo de mala clasificación	Edad: < 20 años (Riesgo basal), 20- 24 OR 0,4 IC(0,3-0,6)), 25-30 OR 0,4 IC(0,3-0,6), > 30 años OR 0,2 IC(0,2-0,4). Total de Numero Compañeros Sexuales: 0 OR 0,1 IC (0,02-1,05), 1 compañero OR 0,4 IC(0,3-0,6), 2 compañeros OR 0,7 IC (0,5-0,9) y > 2 compañeros usado de referencia Uso de Condón: Nunca (Riesgo basal) , Siempre OR 0,4 IC (0,3-0,7) y Algunas Veces OR 0,8 IC (0,6-1,1) Estado Marital: Soltero OR 1,8 IC(1,1-3,1), Casado(Riesgo basal) y Otro OR 0,7 IC(0,3-1,6) Grupo Étnico: Blanco (Riesgo basal), Negro Caribe OR 2 IC (1,5-2,7) y Otro OR 1,2 IC (0,9-1,9)	1+
-----------	--	--------------------------------	-------------------	--	---	----

Bibliografía

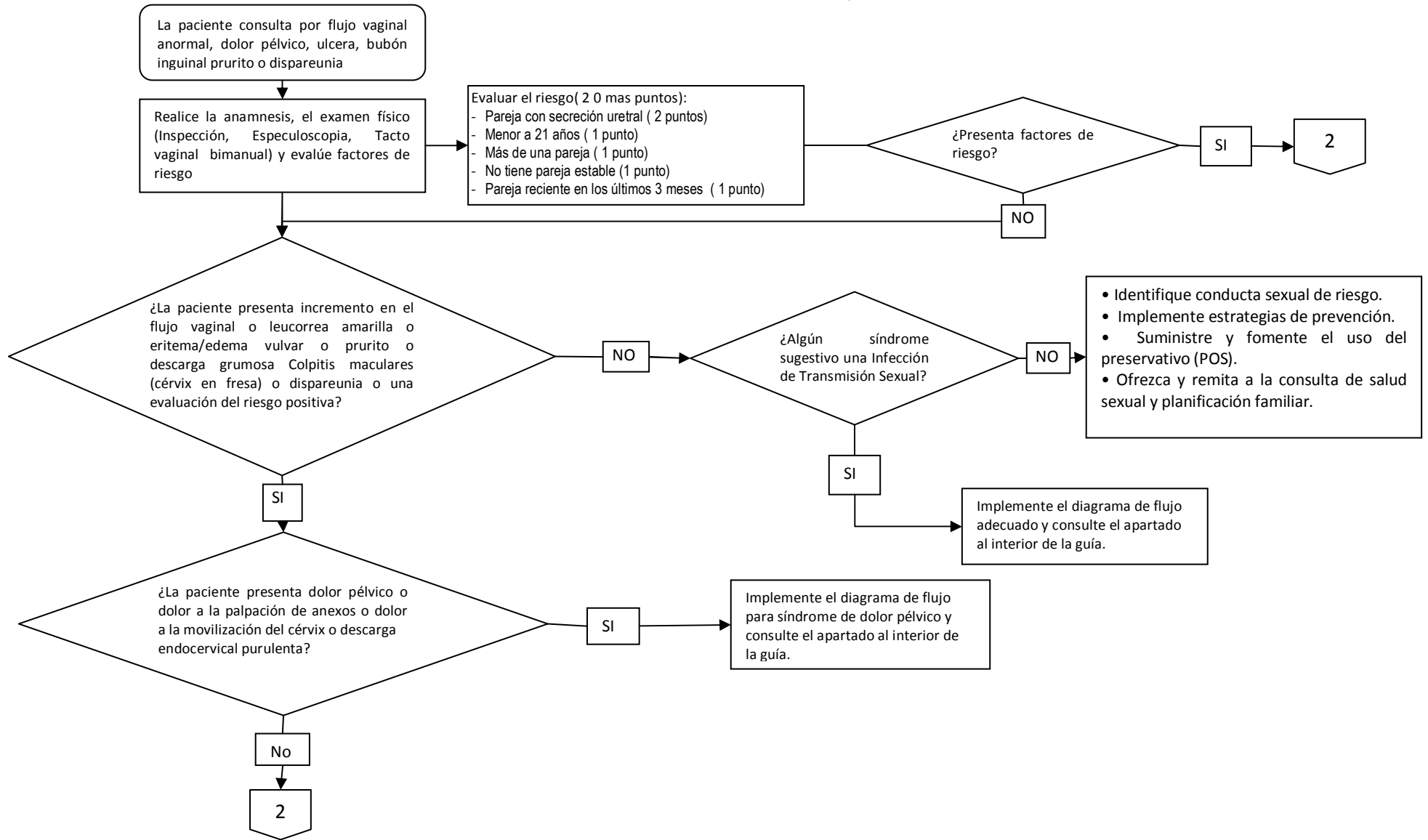
- Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA, Lavreys L, Chohan B, Martin HL, et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition : Results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.380-5.
- Beigi RH, Meyn La, Moore DM, Krohn Ma, Hillier SL. Vaginal yeast colonization in nonpregnant women: a longitudinal study. *Obstetrics and gynecology*. 2004;104(5 Pt 1):926-30.
- Cherpes TL, Meyn La, Krohn Ma, Lurie JG, Hillier SL. Association between acquisition of herpes simplex virus type 2 in women and bacterial vaginosis. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2003;37(3):319-25.
- 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.
- DiClemente RJ, Crosby Ra, Wingood GM, Lang DL, Salazar LF, Broadwell SD. Reducing risk exposures to zero and not having multiple partners: findings that inform evidence-based practices designed to prevent STD acquisition. *International journal of STD & AIDS*. 2005;16(12):816-8.
- Ford CA, Pence BW, Miller WC, Resnick MD. Predicting Adolescents' Longitudinal Risk for Sexually Transmitted Infection. *Archives of Pediatrics*. 2005;159(July):657-64.
- Fortenberry JD, Brizendine EJ, Katz BP, Wools KK, Blythe MJ, Orr DP. Subsequent sexually transmitted infections among adolescent women with genital infection due to Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, or Trichomonas vaginalis. *Sex Transm Dis*. 1999 Jan;26(1):26-32.
- Gallo MF, Warner L, Macaluso M, Stone KM, Brill I, Fleenor ME, et al. Risk factors for incident herpes simplex type 2 virus infection among women attending a sexually transmitted disease clinic. *Sexually transmitted diseases*. 2008;35(7):679-85.
- Helms DJ, Mosure DJ, Metcalf CA, Douglas Jr JM, Malotte CK, Paul SM, et al. Risk factors for prevalent and incident Trichomonas vaginalis among women attending three sexually transmitted disease clinics. *Sexually Transmitted Diseases*. 2008;35(5):484-8.
- Niccolai LM, Kopicko JJ, Kassie A, Petros H, Clark RA, Kissinger P. Incidence and predictors of reinfection with Trichomonas vaginalis in HIV-infected women. *Sex Transm Dis*. 2000 May;27(5):284-8.
- Moss NJ, Harper CC, Ahrens K, Scott K, Kao S, Padian N, et al. Predictors of incident herpes simplex virus type 2 infections in young women at risk for unintended pregnancy in San Francisco. *BMC infectious diseases*. 2007;7:113-.
- Fleming DT, Levine WC, Trees DL, Tambe P, Toomey K, St Louis ME. Syphilis in Atlanta during an era of declining incidence. *Sex Transm Dis* 2000 Feb;27(2):68-73.
- Gottlieb SL, Douglas JM, Foster M, Schmid DS, Newman DR, Baron AE, et al. Incidence of herpes simplex virus type 2 infection in 5 sexually transmitted disease (STD) clinics and the effect of HIV/STD risk-reduction counseling. *The Journal of infectious diseases*. 2004;190(6):1059-67.
- Li D, Jia Y, Ruan Y, Liu Y, Li Q, Liang H, et al. Correlates of incident infections for HIV, syphilis, and hepatitis B virus in a cohort of men who have sex with men in Beijing. *AIDS Patient Care STDS*. 2010 Sep;24(9):595-602.

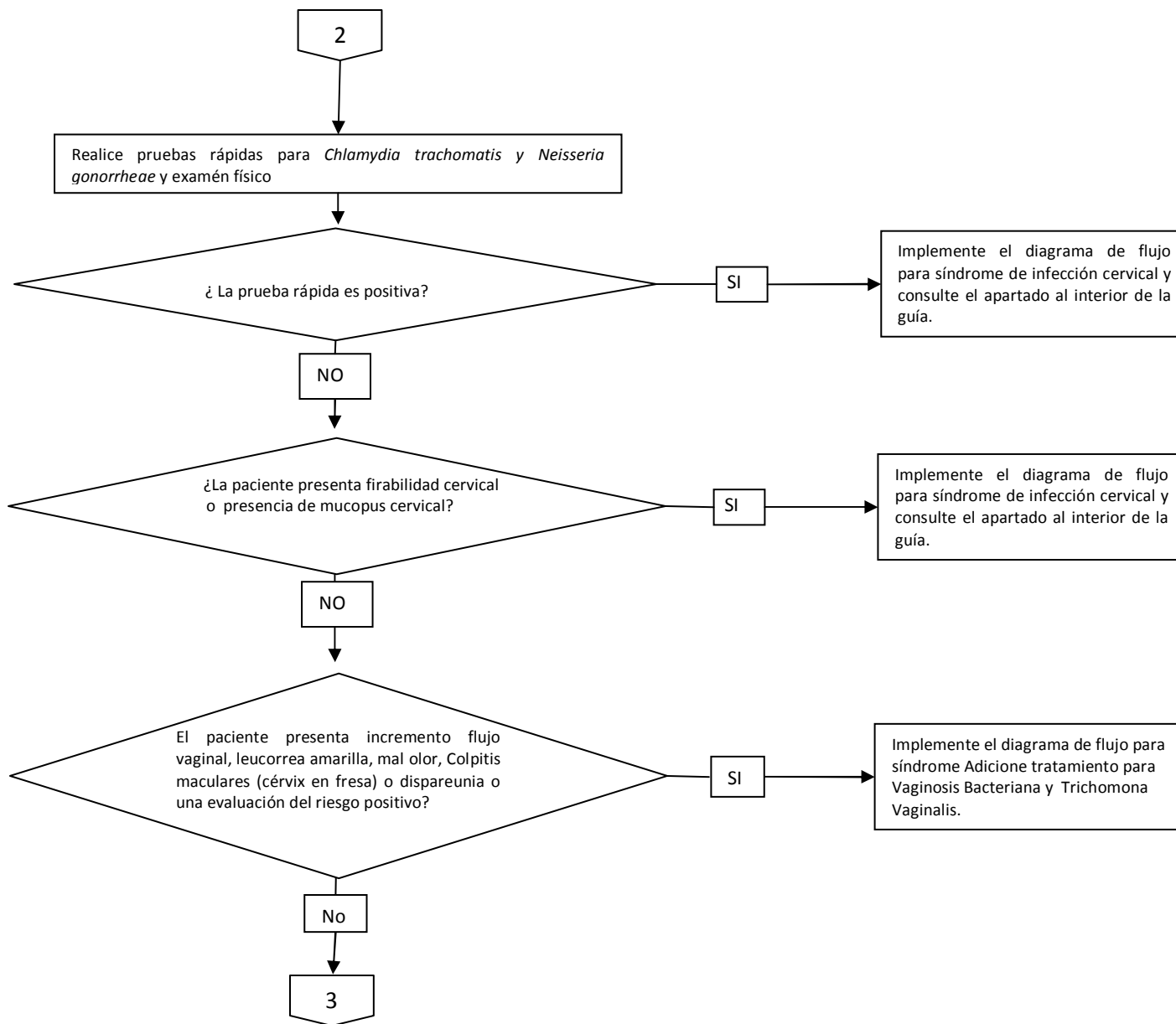
15. Ko NY, Liu HY, Lee HC, Lai YY, Chang CM, Lee NY, et al. One-year follow-up of relapse to risky behaviors and incidence of syphilis among patients enrolled in the HIV case management program. *AIDS Behav.* 2011 Jul;15(5):1067-74.
16. Thurnheer MC, Weber R, Toutous-Trellu L, Cavassini M, Elzi L, Schmid P, et al. Occurrence, risk factors, diagnosis and treatment of syphilis in the prospective observational Swiss HIV Cohort Study. *AIDS.* 2010 Jul 31;24(12):1907-16.
17. Rich JD, Hou JC, Charuvastra A, Towe CW, Lally M, Spaulding A, et al. Risk factors for syphilis among incarcerated women in Rhode Island. *AIDS Patient Care STDS.* 2001 Nov;15(11):581-5.
18. Todd J, Munguti K, Grosskurth H, Mngara J, Changalucha J, Mayaud P, et al. Risk factors for active syphilis and TPHA seroconversion in a rural African population. *Sexually Transmitted Infections.* 2001;77(1):37-45.
19. Xu JJ, Zhang M, Brown K, Reilly K, Wang H, Hu Q, et al. Syphilis and HIV seroconversion among a 12-month prospective cohort of men who have sex with men in Shenyang, China. *Sex Transm Dis.* 2010 Jul;37(7):432-9.
20. Sahlu T, de Wit TR, Tsegaye A, Mekonnen Y, Beyene A, Hailu B, et al. Low incidence of syphilis among factory workers in Ethiopia: effect of an intervention based on education and counselling. *Sex Transm Infect.* 2002 Apr;78(2):123-6.
21. Zhou H, Chen XS, Hong FC, Pan P, Yang F, Cai YM, et al. Risk factors for syphilis infection among pregnant women: results of a case-control study in Shenzhen, China. *Sex Transm Infect.* 2007 Oct;83(6):476-80.
22. Radcliffe KW, Ahmad, S., Gilleran, G., & Ross, J. D. . Demographic and behavioural profile of adults infected with chlamydia: a case-control study. *Sexually transmitted infections.* 2001(77(4), 265-70).

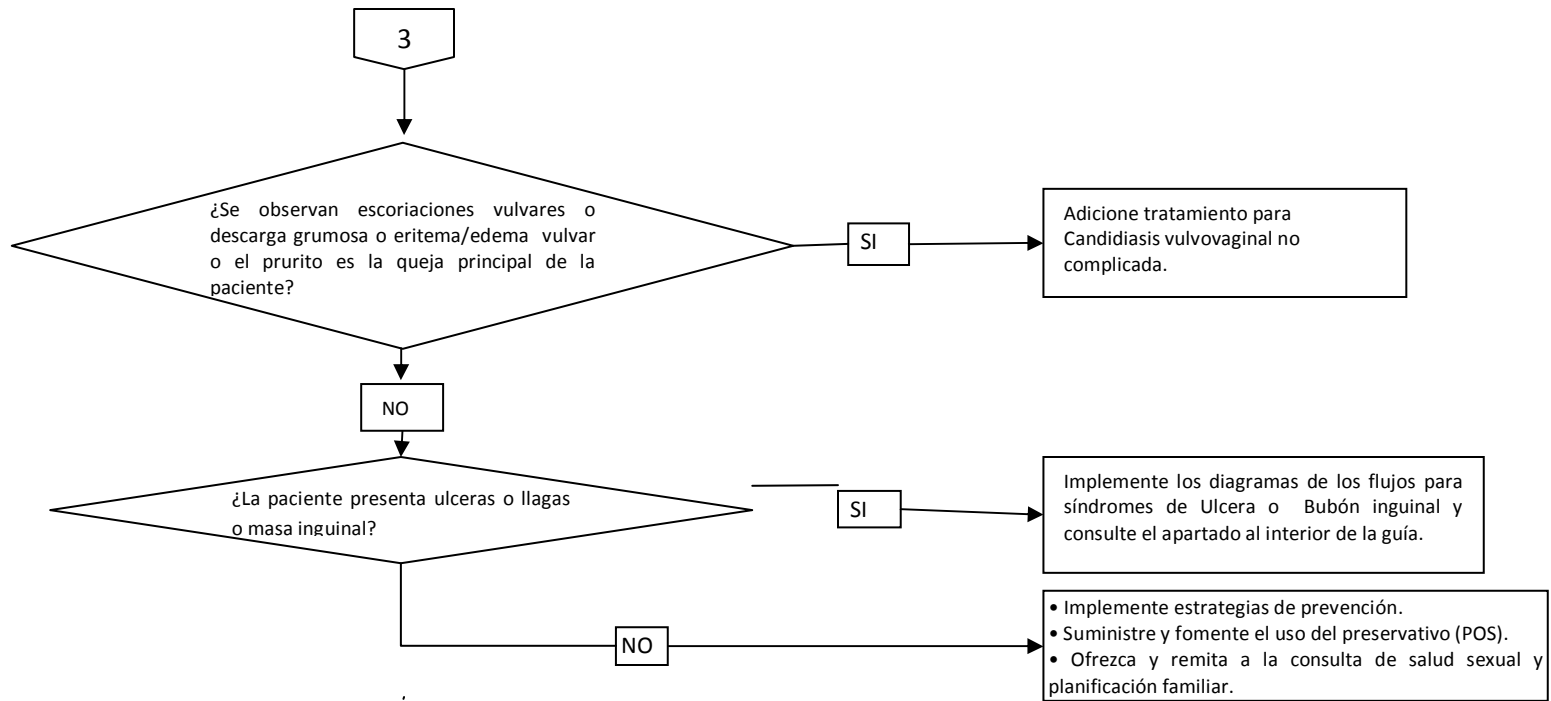
ANEXO 12

ANEXO 12. FLUJOGRAMAS DE MANEJO DE LOS SÍNDROMES DE ITS/ITG

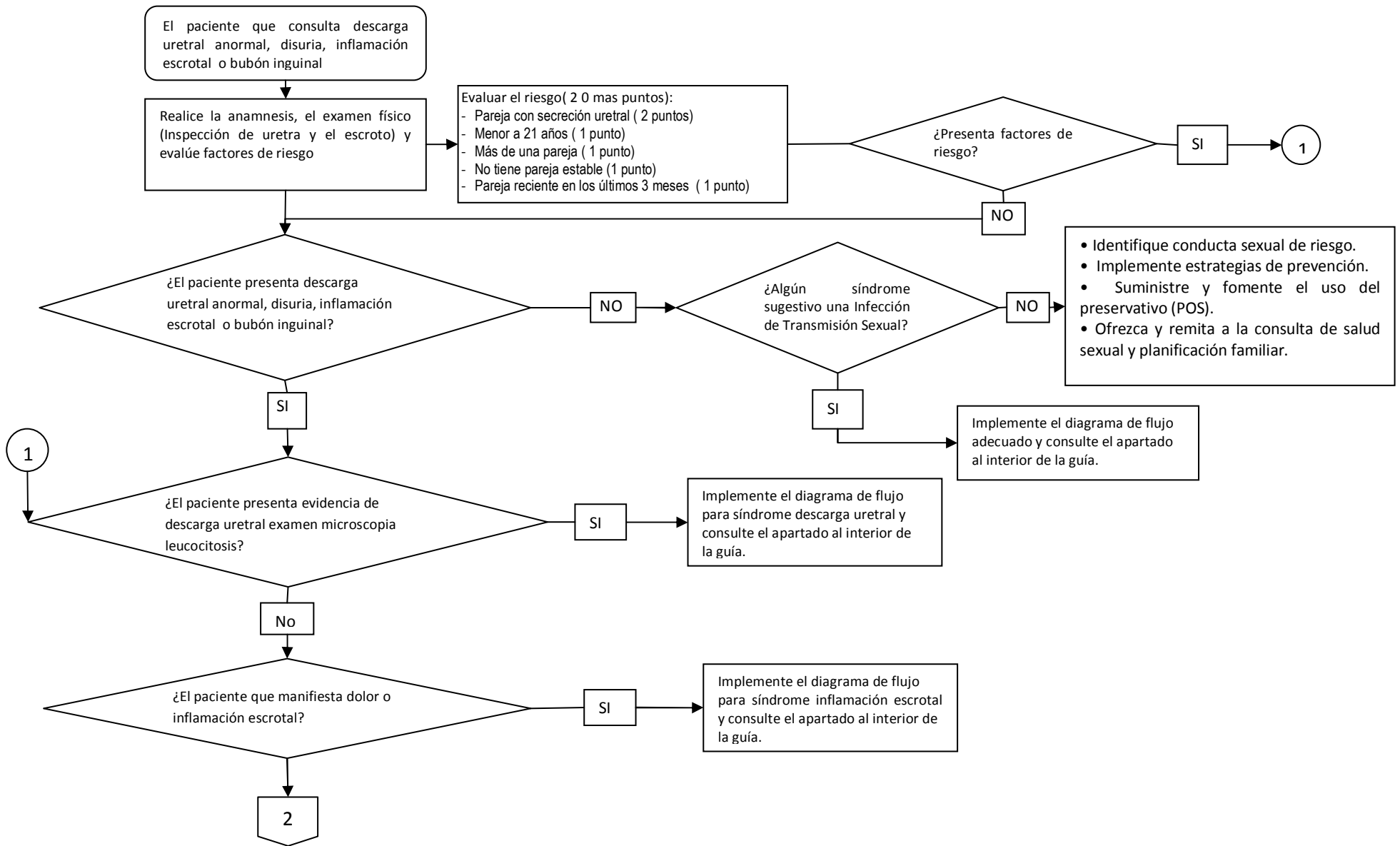
FLUJograma GENERAL DE MANEJO DE ITS/ITG EN MUJERES

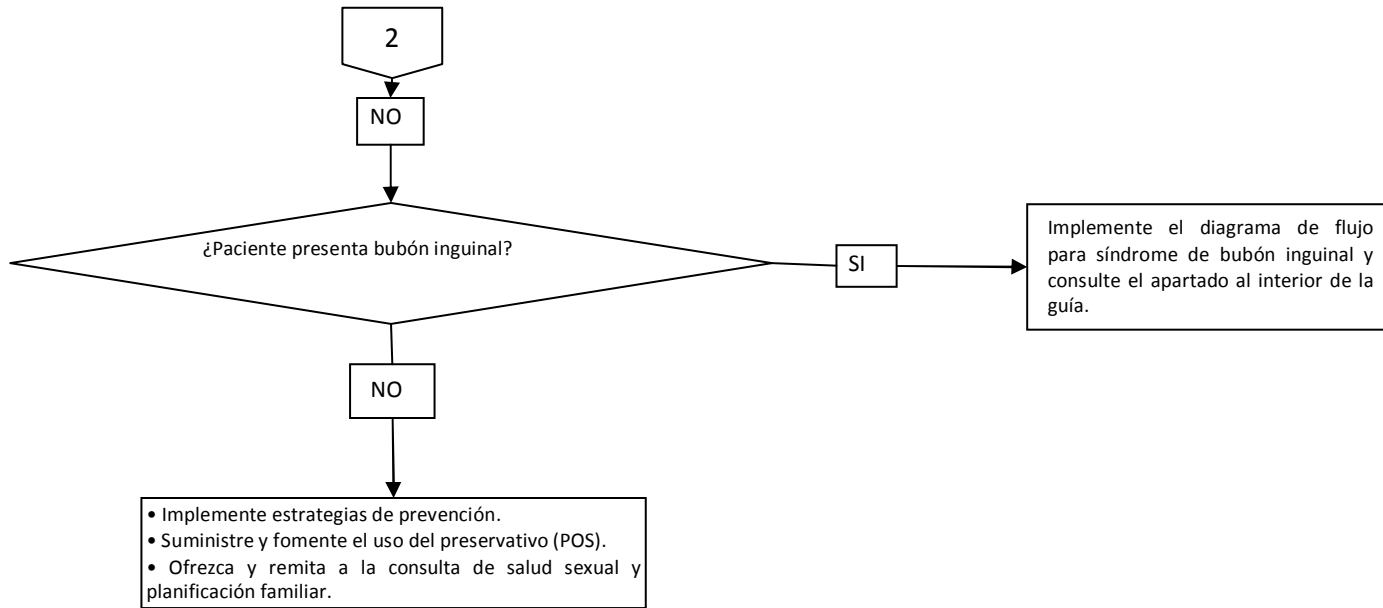




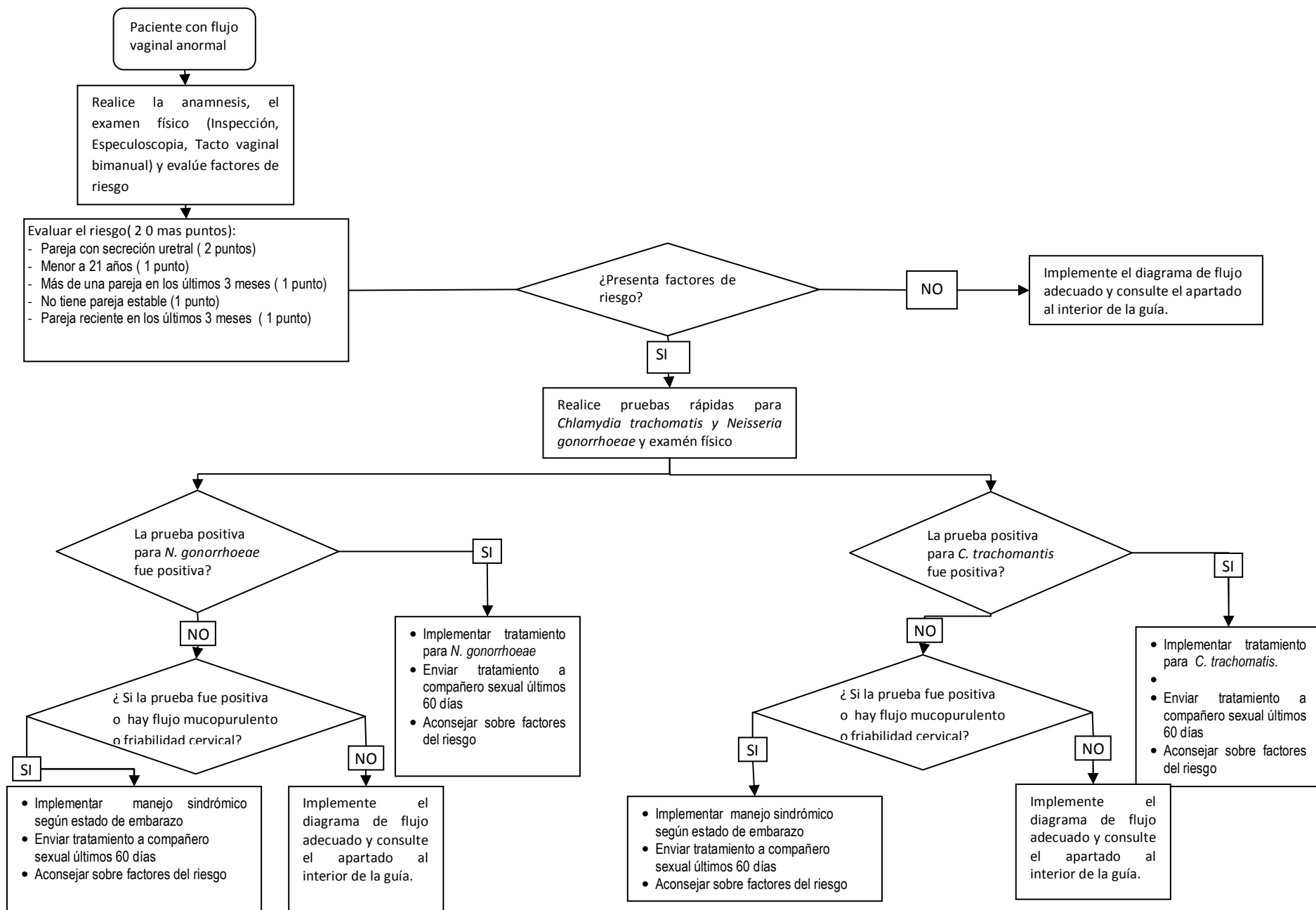


FLUJOGRAMA GENERAL DE MANEJO DE ITS/ITG EN HOMBRES

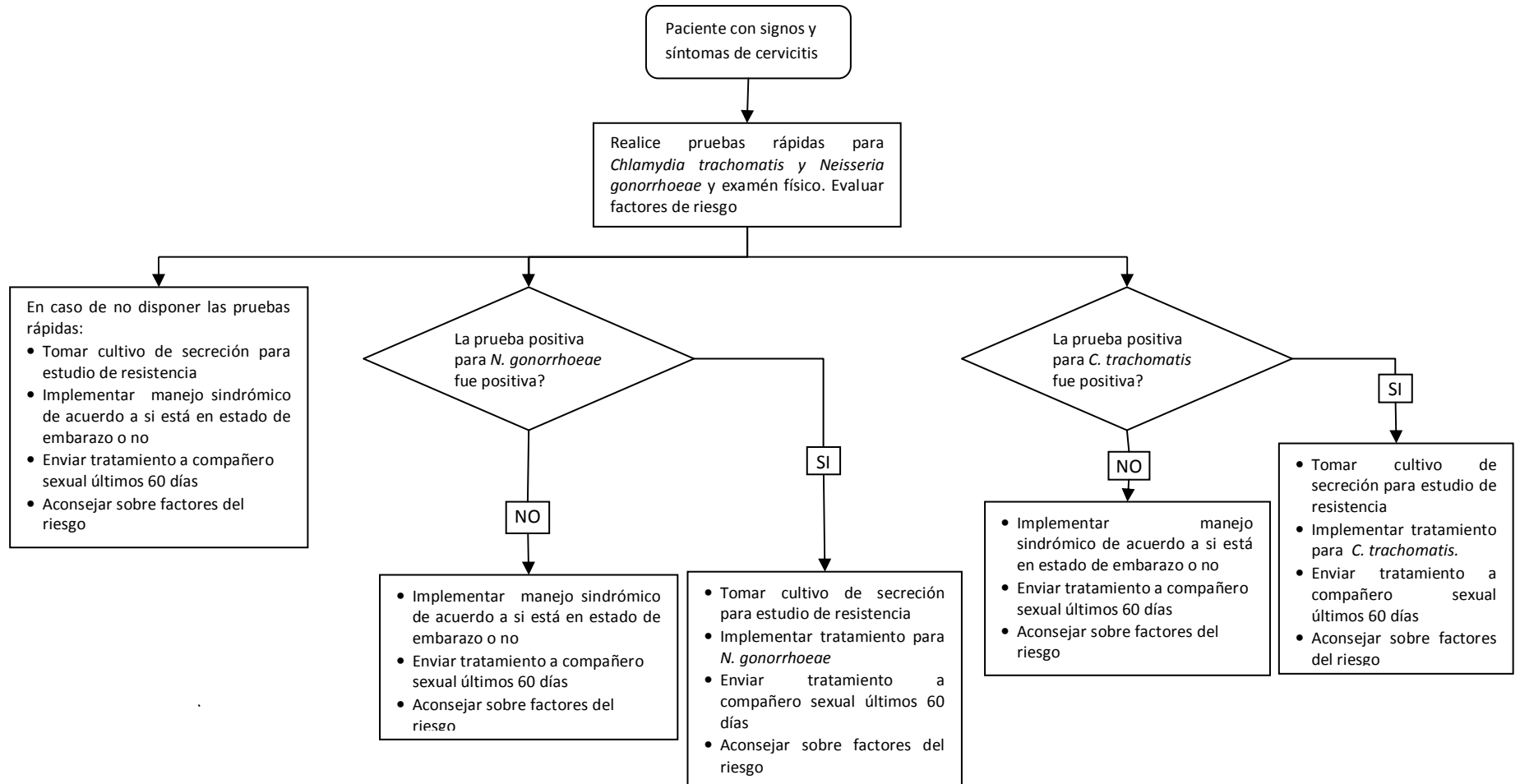




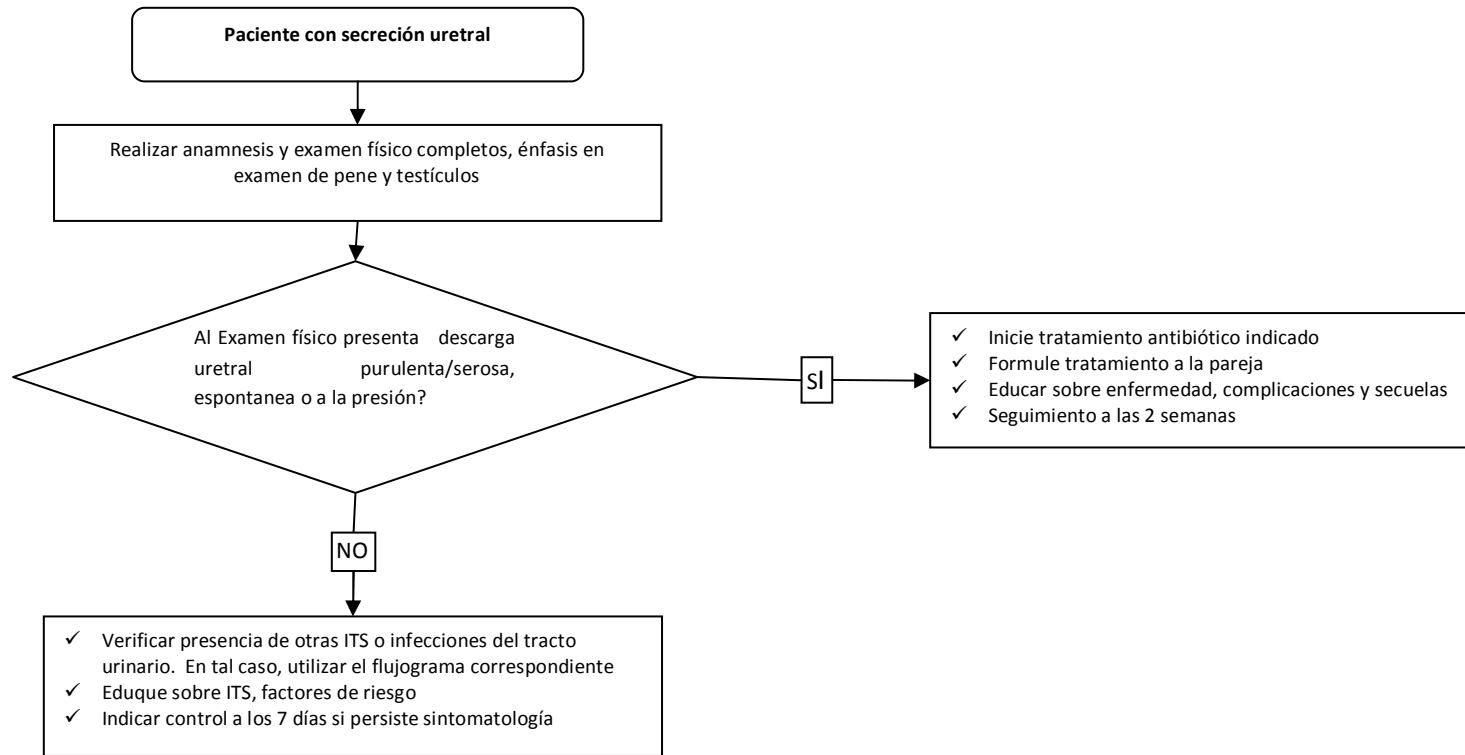
FLUJOGRAMA SÍNDROME DE CERVICITIS



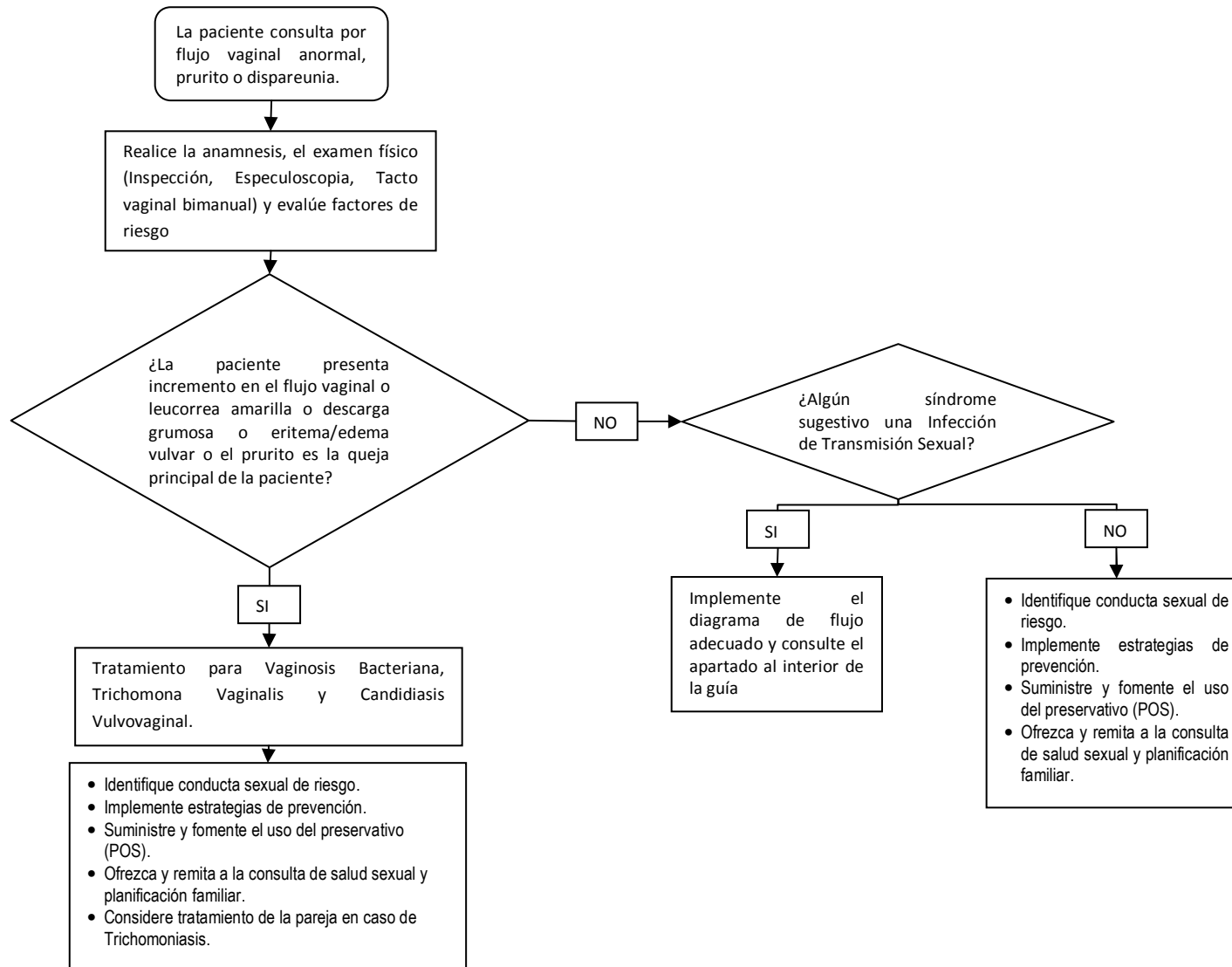
FLUJOGRAMA DE RECURRENCIA O PERSISTENCIA EN EL SÍNDROME DE CERVICITIS



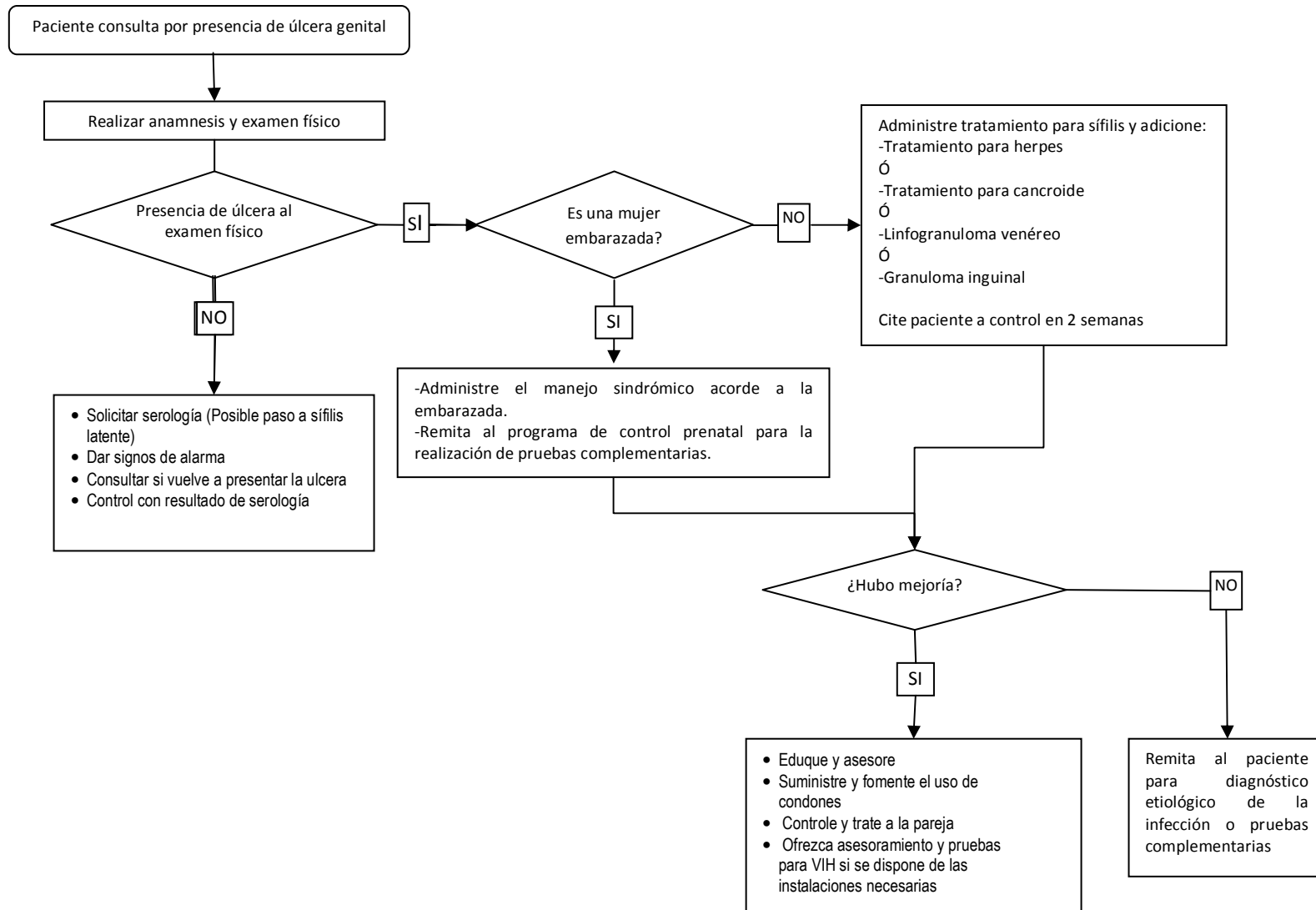
FLUJOGRAMA SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL



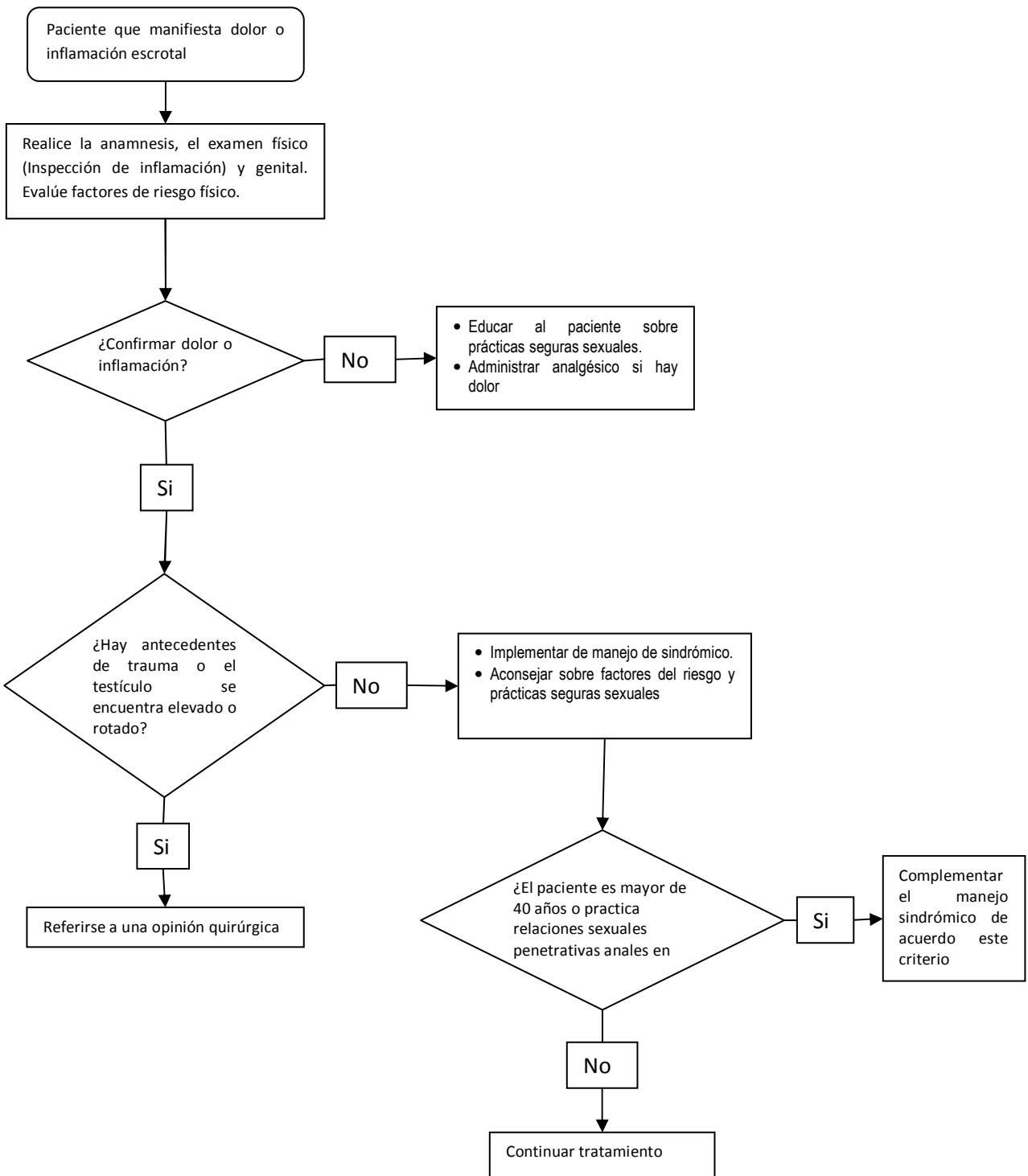
FLUJOGRAMA DEL SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL



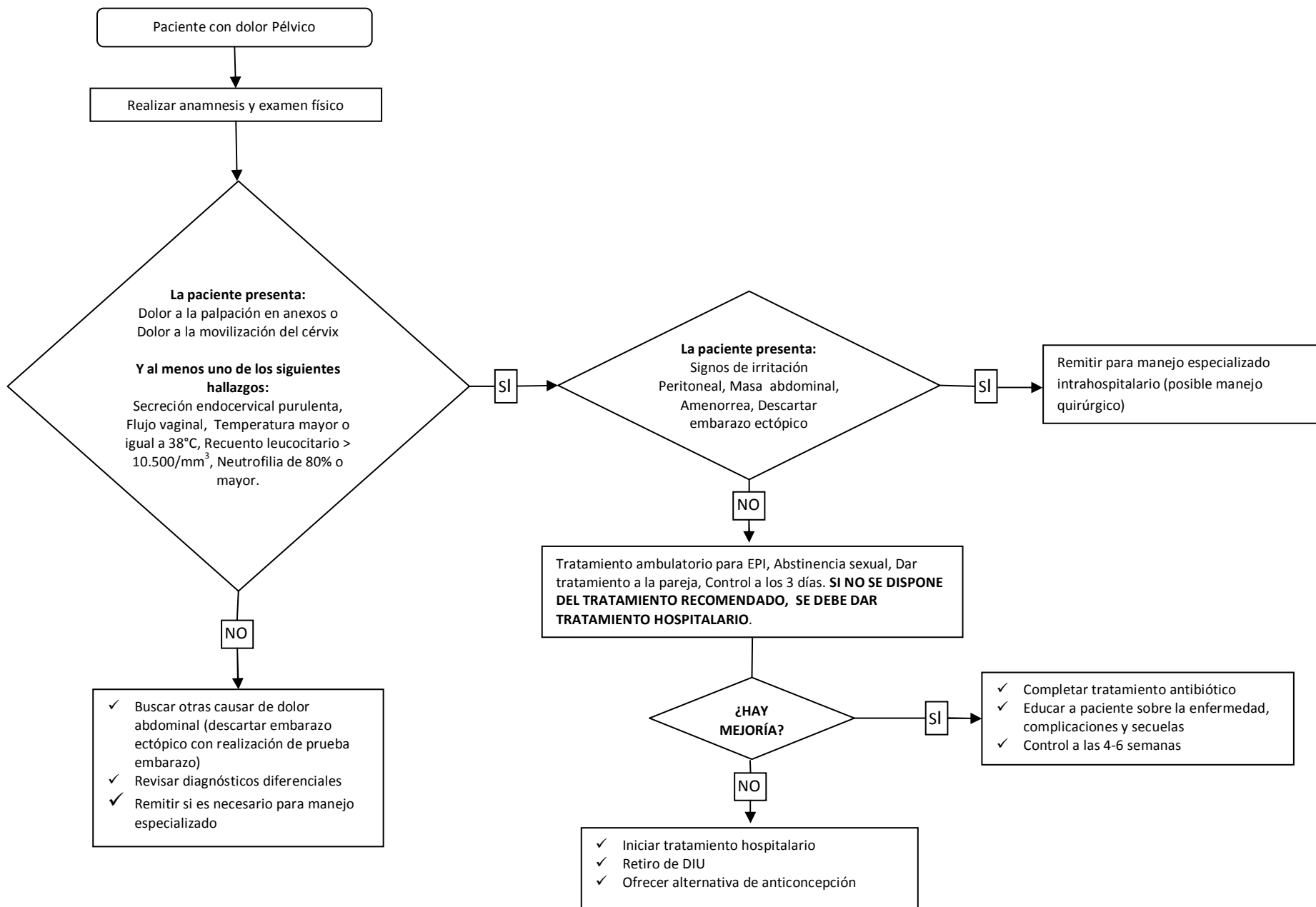
FLUJOGRAMA DE SÍNDROME DE ÚLCERA



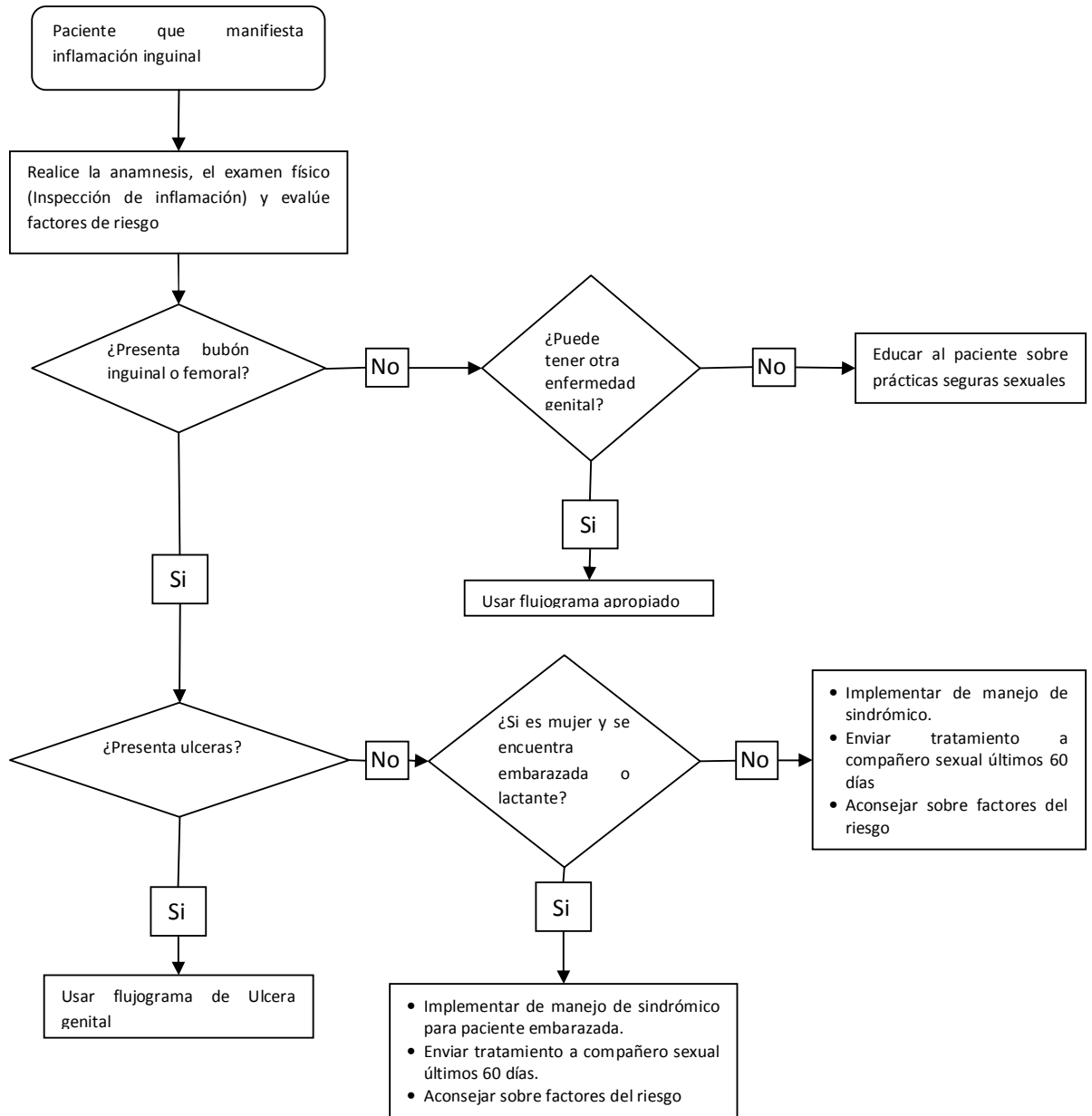
FLUJOGRAMA DEL SÍNDROME INFLAMACIÓN ESCROTAL



FLUJOGRAMA SÍNDROME DE DOLOR PÉLVICO (EPI)



FLUJOGRAMA DEL SÍNDROME DE BUBÓN INGUINAL



ANEXO 13

ANEXO 13. COMPONENTE EQUIDAD

GUIA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL²⁴

1. Introducción:

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son consideradas herramientas que permiten mejorar la calidad en la atención y la toma de decisiones en salud, su impacto en las poblaciones vulnerables podría ser mayor si se incluye en su elaboración un componente de equidad que permita generar recomendaciones específicas dirigidas a mejorar los resultados en salud en estos grupos.

Para incluir este componente dentro del desarrollo de la GPC para la prevención, detección temprana de alteraciones y atención de las complicaciones en embarazo, parto y puerperio se tomaron como punto de partida los resultados del estudio realizado por Alzate, J.P. et al (2012)(240), donde se evidencian disparidades en esta entidad entre departamentos del país. Se seleccionó este estudio pues el análisis de la sífilis congénita permite tener una aproximación a la problemática de la Infecciones de Transmisión Sexual.

Algunos de los hallazgos más importantes de este estudio se presentan a continuación:

1. La sífilis congénita se ha mantenido en Colombia en tasas de incidencia más o menos estables desde el 2006, sin mostrar una clara disminución, alejándose de la meta de la OMS (0,5 casos por 1000 nacidos vivos) lo que refleja un problema en la atención de la ITS's en el embarazo (Ver tabla 1).

Tabla 1. Tasa de incidencia de sífilis congénita en Colombia, 2006 a 2009.

Año	Tasa de Incidencia Colombia (por 1000 NV)	Tasa de Incidencia más alta del país (por 1000 NV)	Tasa de Incidencia más baja del país (por 1000 NV)
2006	1,98	Chocó: 5,49	Guainía y Vaupés: 0
2007	2,63	Guainía: 6	San Andrés: 0
2008	1,75	Guainía: 5,37	Amazonas, San Andrés y Vaupés: 0

²⁴ Participaron en este componente:

- a. En la definición de la pregunta: Se contó con el apoyo del equipo que dirige la GPC para la prevención, detección temprana de alteraciones y atención de las complicaciones en embarazo, parto y puerperio, especialmente del Dr. Hernando Gaitán y la Dra. Andrea Rodríguez.
- b. En la realización de la revisión sistemática: Javier Hernando Eslava-Schmalbach, Ana Carolina Amaya Arias, Fernando Peralta, Juan Pablo Alzate y Nubia Sánchez.
- c. En el consenso para la RECOMENDACIÓN. Javier Hernando Eslava-Schmalbach, Ana Carolina Amaya Arias, Fernando Peralta

2009	2,56	Meta: 5,92	Vaupés y Guainía: 0
------	------	------------	---------------------

*Fuente: Autores a partir de datos DANE. (Reproducido con permiso de los autores)

Los resultados presentados en la tabla muestran además que existen disparidades en la incidencia de sífilis congénita por departamentos pues mientras hay algunos que no presentan esta problemática, otros presentan tasas mucho más altas de lo esperado.

- Al parecer el problema de la sífilis congénita no está relacionado con “ser de territorio distante” pues las tasas de incidencia altas y bajas se presentaron en departamentos que tienen o no esta característica y no se mantuvo estable el departamento con mayor incidencia a través de los años evaluados; además, datos reportados por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá²⁵ muestran que aún en la ciudad de Bogotá se presentaron tasas de incidencia altas, 325 casos (2,8 x 1000 NV) en el 2007 y 245 casos (2,0 x 1000 NV) en el 2008. Esto indica que son otras las variables relacionadas con estas disparidades y que es importante estudiarlas.

En general los hallazgos muestran que existen una alta incidencia de sífilis congénita en nuestro país que refleja inadecuada atención a la ITS's en el embarazo y además muestra disparidades en la misma, habría que considerar que si existen disparidades en la atención de la ITS's en embarazo, es muy posible que también se presenten en otro tipo de poblaciones, lo que indica que es importante incluir este componente en el desarrollo de la GPC.

- Objetivo:** Generar una recomendación que permita reducir disparidades en el éxito de los tratamientos de la infecciones de transmisión sexual.

4. Metodología:

Para lograr el objetivo se siguieron los siguientes pasos, tomados de la propuesta de Eslava et al (2012)(241):

- Fase de preparación: definir población en situación de desventaja
- Definir preguntas PICO y recolectar evidencia: incluir poblaciones en desventaja y desenlaces relevantes para éstas, llevar a cabo una revisión cuya pregunta evalúe intervenciones que reduzcan las desigualdades.
- Evaluación de la calidad de la evidencia bajo la metodología GRADE(242, 243), y luego aumentar el puntaje de la calidad a los estudios que toman en consideración componentes de equidad así:
 - Dosis/Respuesta: +1 el efecto mayor en la población en desventaja (efectividad o eficacia); +1 el efecto o estimador de asociación en los estudios observacionales es mayor para la población en desventaja.
 - Evaluación de Confusión: +1 la efectividad fue evaluada por subgrupos y estos subgrupos incluyen población en desventaja: +1 se controlaron las

²⁵ En: <http://www.saludcapital.gov.co/Style%20Library/default.aspx>. Consultado en Marzo de 2012.

variables de estatus socioeconómico como variables modificadoras en el análisis de efectividad, de asociación, en la intervención o exposición.

4. Recomendaciones: formular recomendaciones considerando la evaluación de calidad de la evidencia realizada en el paso anterior y teniendo en cuenta los resultados de la revisión en la cual se buscaron intervenciones efectivas para disminuir las disparidades.
5. Monitorización: formular indicadores de monitorización de la implementación de la guía en poblaciones vulnerables.

Teniendo en cuenta que la elaboración de la guía ya había iniciado, para este caso particular no se tomaron en cuenta las poblaciones en desventaja al elaborar las preguntas de la GPC, pero sí se realizó un la pregunta PICO en búsqueda de intervenciones que reduzcan las disparidades.

5. Resultados:

4.1 Pregunta: ¿Cuáles es la efectividad de una única dosis comparada con el manejo convencional para reducir disparidades en el éxito del tratamiento de las infecciones de transmisión sexual?

4.2 Fundamentación:

Teniendo en cuenta los resultados presentados en el estudio de Alzate, J.P. et al (2012) (240) donde se reflejan disparidades en la incidencia y tratamiento de las ITS's y luego de discutir con los expertos la recomendación general más importante de la guía, se consideró que era oportuno evaluar si la dosis única, como manejo preferencial de la guía, además de mejorar la efectividad del tratamiento en la población general, podía también disminuir las disparidades en los resultados de los tratamientos.

Se espera que la recomendación mejore los resultados del tratamiento de las ITS's en las poblaciones vulnerables y de esta forma se reduzcan las brechas y disparidades en el país en esta área.

Evidencia:

Para esta guía se realizó una revisión sistemática para responder a la pregunta planteada, se definieron los siguientes elementos para la pregunta PICO:

P: Disadvantaged population: sexual worker, adolescents, minorities and low income population with diagnosis of sexual transmitted disease

I: Single dose treatment

C: Conventional management

O: Reducing Disparities in successful treatment OR complications in management of sexual transmitted disease

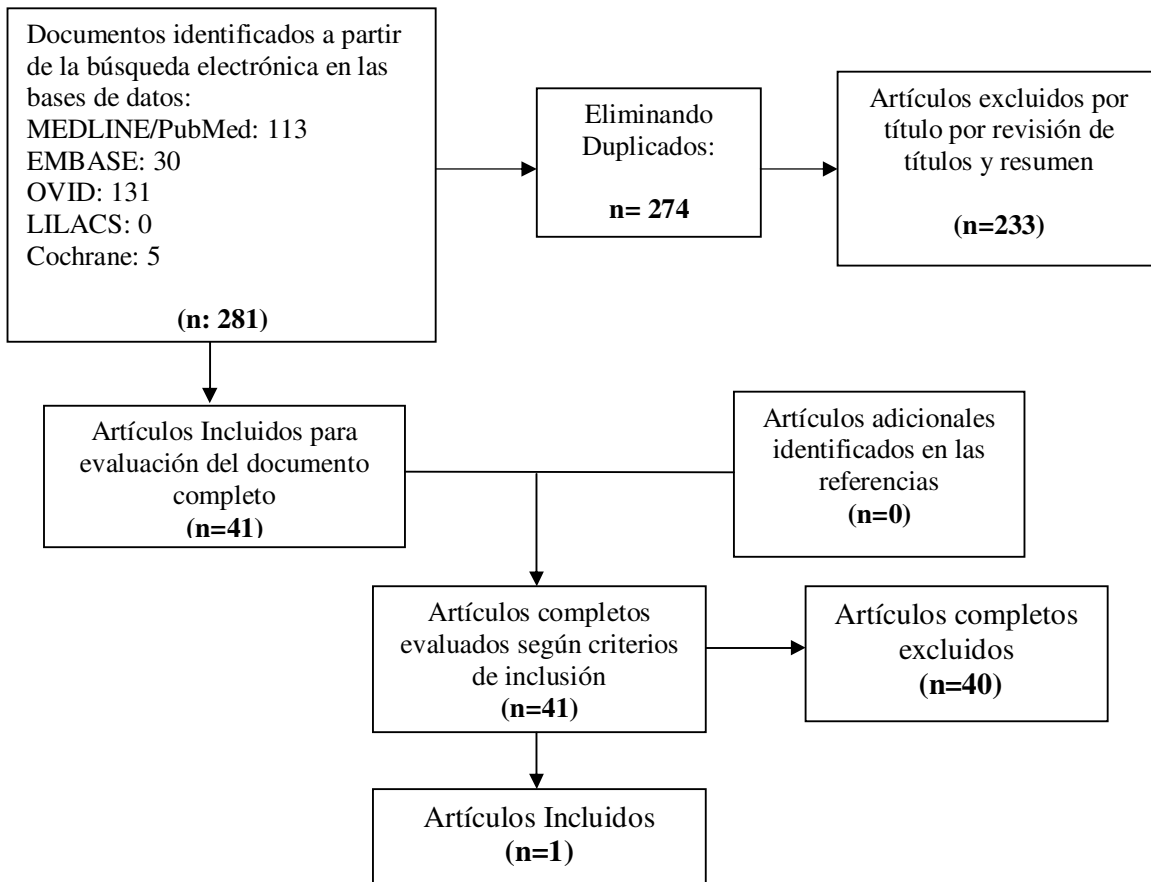
La estrategia de búsqueda realizada a febrero del 2012 se presenta en el Anexo 1, y fue llevada en las siguientes bases de datos: MEDLINE/PubMed, EMBASE, OVID, LILACS, Cochrane.

Los criterios de inclusión para la selección de los artículos fueron:

- a. Que fueran: ensayos clínicos (aleatorizados o no, controlados o no), meta análisis, guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, cohortes o estudios comparativos (caso y controles, cuasi experimentos).
- b. Que se estudiaran una o varias de las ITS's que se pueden tratar con unidosis
- c. Que se hubiesen comparado la intervención de dosis única con otro tipo de intervenciones.
- d. Que los análisis se hubiesen hecho con subgrupos y entre esos se hubiese incluido poblaciones vulnerables, o que se halla hecho referencia directa a la disminución de disparidades en el éxito del tratamiento o disminución de las complicaciones en las poblaciones vulnerables.

Los resultados se resumen en la siguiente figura:

Figura 1. Flujograma resultados de la búsqueda para la GPC de las ITS's



Como se presenta en el gráfico, 1 estudio cumplió los criterios de inclusión(244), este estudio se calificó con el Software GRADE pro y se incluyó un nuevo puntaje, teniendo en cuenta los aspectos de equidad, en el anexo 2 se presentan las tablas de evidencia.

4.3 Recomendación

Se sugiere el manejo con dosis única (tinidazol 2 gr + fluconazol 200 mg) para el tratamiento del flujo vaginal en mujeres en situación en desventaja.

Se encontró un experimento clínico controlado aleatorizado, que comparó el manejo sintomático del flujo vaginal en unidosis (tinidazol + fluconazol) con el manejo sintomático de duración convencional (metronidazol + clotrimazol). Este estudio reclutó mujeres en establecimientos de atención primaria de cuatro países de África Occidental, dentro de las cuales se incluyeron trabajadoras sexuales y pacientes con infección por VIH (la asignación aleatoria fue estratificada según si eran trabajadoras sexuales).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mejoría clínica reportada por las pacientes a los 14 días (66.3% vs. 63.9% P= 0.26), así como en la mejoría clínica reportada a los 28 días (80.9% vs. 81.1% P=1.00). En análisis por subgrupos según el estatus de infección por VIH no evidenció diferencias significativas en la mejoría clínica reportada a los 14 días entre los dos tratamientos, ni en pacientes seronegativos ni en pacientes infectados.

Calidad:
⊕⊕⊕○

Calidad según equidad:
⊕⊕⊕⊕

Partiendo de los resultados del estudio, en el que los resultados sugieren que no hay diferencias entre el tratamiento de unidosis comparado con el tratamiento convencional, para el manejo sintomático del flujo vaginal, con una diferencia entre ellas menores al 10%, se sugiere el uso de unidosis por preferencias de los pacientes y la posibilidad de generar mejores tasas de adherencia y mayores facilidades para seguir el tratamiento en las poblaciones en desventaja, por ejemplo, al tener en cuenta que la actividad laboral e ingresos de las trabajadoras sexuales se relaciona con la viabilidad de mantener una vida sexual activa.

- La vigencia de esta recomendación estará abierta, hasta la próxima actualización de la GPC. Con el fin de mejorar la evidencia, se requieren estudios que incluyan análisis de subgrupos específicamente para las trabajadoras sexuales y para otro tipo de poblaciones vulnerables.

4.4 Sugerencia de indicadores

Se propone como indicadores de proceso y resultado los siguientes:

- 1.4.1. De resultado. Fracaso terapéutico: Número de tratamientos adicionales requeridos sobre el total de pacientes tratadas.
- 1.4.2. De proceso. Porcentaje de adherencia a la RECOMENDACIÓN. Total de pacientes tratadas con dosis única sobre el total de tratamiento prescritos.

Anexo 1

Estrategia de Búsqueda

Estrategia de búsqueda para MEDLINE/PubMed:

((subgroup analysis) OR (poverty OR low-income OR socioeconomic* OR social OR socioeconomic status) OR (difference* OR disparit* OR inequit* OR inequalit* OR “developing nations”) OR (ethnic* OR minorit* OR racial OR cultur* OR aboriginal OR religio* OR indigenous OR refugee OR rural) OR ("vulnerable populations"[MeSH Terms]) OR ("vulnerable"[All Fields] AND "populations"[All Fields] OR "vulnerable populations"[All Fields]) OR ("disadvantaged"[All Fields]) OR ("adolescent"[MeSH Terms] OR “adolescents”[Text Word]) OR (“sexual worker” [All Fields])) AND ("single dose"[All Fields])

AND ("therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "treatment"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]))

AND (“Uterine Cervicitis”[Mesh] OR “Cervicitis” OR “Chlamydia trachomatis” OR “Gonorrhea” OR “Gonorrhoeas” OR “Neisseria gonorrhoeae” OR “Gonococcus”) OR (Urethral Diseases OR Disease, Urethral OR Diseases, Urethral OR Urethral Disease OR Urethritis OR Urethritides OR Chlamydia trachomatis OR Trichomonas vaginalis OR Trichomonas vaginali OR vaginal, Trichomonas OR vaginalis, Trichomonas OR Gonorrhoea OR Gonorrhoeas OR Neisseria gonorrhoeae OR Gonococcus))

AND ("treatment outcome"[MeSH Terms] OR Outcome, Treatment OR Rehabilitation Outcome OR Outcome, Rehabilitation OR Treatment Effectiveness OR Effectiveness, Treatment OR Treatment Efficacy OR Efficacy, Treatment)

Anexo 2

Tablas de calificación de la evidencia SoF y EP, modificadas con el puntaje de equidad.

Author(s): Fernando Peralta

Date: 2012-04-15

Question: Tratamiento en dosis única vs Tratamiento de duración estándar usado para el manejo sintromico de flujo vaginal en pacientes con infección por VIH?

Settings: Establecimientos de atención primaria de Ghana, Guinea, Malí y Togo (África Occidental).

Bibliography: Pepin, J., F. Sobela, N. Khonde et al. 2006. The syndromic management of vaginal discharge using single-dose treatments: a randomized controlled trial in West Africa. Bull WorldHealthOrgan 84: 729–38.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Equity Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Tratamiento en dosis única		Relative (95% CI)	Absolute			
Mejoría clínica a los 14 días (follow-up 14-28 days; assessed with: Reportada por los pacientes)													
1	Randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	subgroup analysis ³	59/83 (71.1%)	55/76 (72.4%)	- ²	724 fewer per 1000 (from 724 fewer to 724 fewer)	⊕⊕⊕○ MODERATE	⊕⊕⊕⊕ HIGH	Critical
								0%		-			

¹ No es un estudio ciego, las pérdidas del seguimiento fueron del 20%,

² P=0.76

³ Pacientes infectados con VIH vs. Pacientes no infectados con VIH.

Tratamiento en dosis única comparado con Manejo sintomático de flujo vaginal en pacientes con infección por VIH

Patient or population: pacientes con manejo sintomático de flujo vaginal en pacientes con infección por VIH

Settings: Establecimientos de atención primaria de Ghana, Guinea, Malí y Togo (África Occidental).

Intervention: Tratamiento en dosis única

Comparison:

Outcomes	Illustrative comparative risks* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of Participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	Quality of the evidence (GRADE) - Equity	Comments
	Assumed risk	Corresponding risk					
	Tratamiento en dosis única						
Mejoría clínica a los 14 días Reportada por los pacientes Follow-up: 14-28 days	Study population		Not estimable ¹	159 (1 study)	⊕⊕⊕⊖ moderate ^{2,3}	⊕⊕⊕⊕ high ^{2,3}	
	724 per 1000	0 per 1000 (0 to 0)					
	Moderate						

*The basis for the **assumed risk** (e.g. the median control group risk across studies) is provided in footnotes. The **corresponding risk** (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the **relative effect** of the intervention (and its 95% CI).

CI: Confidence interval;

GRADE Working Group grades of evidence

High quality: Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.

Moderate quality: Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.

Low quality: Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.

Very low quality: We are very uncertain about the estimate.

¹ P=0.76

² No es un estudio ciego, las pérdidas del seguimiento fueron del 20%.

³ Pacientes infectados con VIH vs. Pacientes no infectados con VIH.

Author(s): Fernando Peralta

Date: 2012-04-15

Question: Tratamiento en dosis única vs Tratamiento de duración estándar usado para el Manejo sintomático del flujo vaginal en pacientes VIH seronegativos?

Settings: Establecimientos de atención primaria de Ghana, Guinea, Malí y Togo (África Occidental).

Bibliography: Pepin, J., F. Sobela, N. Khonde et al. 2006. The syndromic management of vaginal discharge using single-dose treatments: a randomized controlled trial in West Africa. Bull WorldHealthOrgan 84: 729–38.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Equity Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Tratamiento en dosis única	Tratamiento de duración estándar	Relative (95% CI)	Absolute			
Mejoría clínica a los 14 días (follow-up 14-28 days; assessed with: Reportada por los pacientes)													
1	Randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	subgroup analysis ³	350/517 (67.7%)	304/466 (65.2%)	⁻²	652 fewer per 1000 (from 652 fewer to 652 fewer)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	⊕⊕⊕⊕ HIGH	
								0%		-			

¹ No es un estudio ciego, las pérdidas del seguimiento fueron del 20%,

² P=0.20

³ Pacientes infectados con VIH vs. Pacientes no infectados con VIH.

Tratamiento en dosis única comparado con Tratamiento de duración estándar para el Manejo sintomático del flujo vaginal en pacientes VIH seronegativos

Patient or population: pacientes con manejo sintomático del flujo vaginal en pacientes VIH seronegativos

Settings: Establecimientos de atención primaria de Ghana, Guinea, Malí y Togo (África Occidental).

Intervention: Tratamiento en dosis única

Comparison: Tratamiento de duración estándar

Outcomes	Illustrative comparative risks* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of Participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)		Comments
	Assumed risk	Corresponding risk					
	Tratamiento de duración estándar	Tratamiento en dosis única					
Mejoría clínica a los 14 días Reportada por los pacientes Follow-up: 14-28 days	Study population		Not estimable ¹	983 (1 study)	⊕⊕⊕⊖ moderate ²	⊕⊕⊕⊕ high ^{2,3}	
	652 per 1000	0 per 1000 (0 to 0)					
	Moderate						

*The basis for the **assumed risk** (e.g. the median control group risk across studies) is provided in footnotes. The **corresponding risk** (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the **relative effect** of the intervention (and its 95% CI).

CI: Confidence interval;

GRADE Working Group grades of evidence

High quality: Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.

Moderate quality: Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.

Low quality: Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.

Very low quality: We are very uncertain about the estimate.

¹ P=0.20

² No es un estudio ciego, las pérdidas del seguimiento fueron del 20%.

³ Pacientes infectados con VIH vs. Pacientes no infectados con VIH.

Author(s): Fernando Peralta

Date: 2012-04-07

Question: Tratamiento en dosis única vs Terapia estándar usada para el Manejo sintomático del flujo vaginal?⁴

Settings: Establecimientos de atención primaria de Ghana, Guinea, Malí y Togo (África Occidental).

Bibliography: Pepin, J., F. Sobela, N. Khonde et al. 2006. The syndromic management of vaginal discharge using single-dose treatments: a randomized controlled trial in West Africa. Bull World Health Organ 84: 729–38.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Equity quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Tratamiento en dosis única	Terapia estándar	Relative (95% CI)	Absolute			
Mejoría clínica a los 14 días (follow-up 14-28 days; assessed with: Reportada por los pacientes)													
1	Randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	432/652 (66.3%)	377/590 (63.9%)	- ²	639 fewer per 1000 (from 639 fewer to 639 fewer)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	Critica
								0%		-			
Mejoría clínica a los 28 días (follow-up 14-28 days; assessed with: Reportada por los pacientes)													

1	Randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	148/183 (80.9%)	142/175 (81.1%)	- ³	811 fewer per 1000 (from 811 fewer to 811 fewer)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE	⊕⊕⊕⊕ MODERATE	Critica
								0%		-			

¹ No es un estudio ciego, las pérdidas del seguimiento fueron del 20%,

² P=0.26

³ P=1.00

⁴ El estudio realizó la aleatorización de manera estratificada, de acuerdo

Tratamiento en dosis única comparado con Terapia estándar para el Manejo sintomático del flujo vaginal

Patient or population: pacientes con manejo sintomático del flujo vaginal⁴

Settings: Establecimientos de atención primaria de Ghana, Guinea, Malí y Togo (África Occidental).

Intervention: Tratamiento en dosis única

Comparison: Terapia estándar

Outcomes	Illustrative comparative risks* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of Participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	Quality of the evidence (GRADE) - Equity	Comments
	Assumed risk	Corresponding risk					
	Terapia estándar	Tratamiento en dosis única					
Mejoría clínica a los 14 días Reportada por los pacientes Follow-up: 14-28 days	Study population		Not estimable ¹	1242 (1 study)	⊕⊕⊕⊕ moderate ²	⊕⊕⊕⊕ moderate ²	
	639 per 1000	0 per 1000 (0 to 0)					
	Moderate						
Mejoría clínica a los 28 días Reportada por los pacientes Follow-up: 14-28 days	Study population		Not estimable ³	358 (1 study)	⊕⊕⊕⊕ moderate ²	⊕⊕⊕⊕ moderate ²	
	811 per 1000	0 per 1000 (0 to 0)					
	Moderate						

*The basis for the **assumed risk** (e.g. the median control group risk across studies) is provided in footnotes. The **corresponding risk** (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the **relative effect** of the intervention (and its 95% CI).

CI: Confidence interval;

GRADE Working Group grades of evidence

High quality: Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.

Moderate quality: Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.

Low quality: Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.

Very low quality: We are very uncertain about the estimate.

¹ P=0.26

² No es un estudio ciego, las pérdidas del seguimiento fueron del 20%,

³ P=1.00

⁴ En el estudio se realizó la aleatorización de manera estratificada (trabajadoras sexuales / no trabajadoras sexuales).