

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS).

I. INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen un gran grupo de enfermedades producidas por diferentes agentes etiológicos, que tienen en común que su principal vía de transmisión son las relaciones sexuales. Este hecho les confiere la especial connotación de que para su control se necesita conocer y actuar sobre las relaciones y conductas sexuales de las personas, aspectos de la vida en que muchas no están de acuerdo en que se inmiscuyan.

Por otra parte, las relaciones sexuales y las enfermedades que se relacionan con las mismas, aún están rodeadas de prejuicios, y mientras a nadie le resulta penoso reconocer que es portador de otra enfermedad, muchos prefieren que no se conozca que padecen una ETS.

En nuestro país se ha producido en los últimos 20 años una situación que complica aún más las acciones de salud sobre estas enfermedades; mientras se evidencia una liberalización en las relaciones sexuales, con cambios frecuentes de parejas que elevan el riesgo entre la población, especialmente entre los jóvenes, por otro lado se mantienen los prejuicios y limitaciones en los momentos en que resulta necesario hablar sobre ellas y las personas que han sido contactos sexuales. Posiblemente por estas mismas circunstancias las ETS constituyen un serio problema de salud en el mundo entero.

En Cuba se notifican entre 40 y 50 mil casos anualmente solamente de Sífilis, Blenorragia y Condiloma acuminado, con tendencias al incremento desde hace años, a pesar del subregistro que debe existir en algunas de ellas, no existiendo datos sobre otras.

Para lograr modificación de las tendencias y reducción de la transmisión de estas enfermedades, se requieren acciones de promoción de salud dirigidas a establecer hábitos y conductas sexuales seguras o de menor riesgo, pero que solamente tienen impacto a largo plazo, pues es bien conocido que no resulta fácil modificar estos aspectos conductuales de la vida de las personas. Estas acciones educativas y de promoción de salud son comunes para todas las ETS, incluyendo el VIH/SIDA, por lo que las acciones ejecutadas dentro de un programa específico benefician la prevención en el conjunto.

El presente programa trata de conjugar las posibilidades reales existentes en el país, en el momento actual, en cuanto a diagnóstico, tratamiento y manejo epidemiológico de los casos, teniendo en cuenta las enfermedades más frecuentes y que pueden producir mayores complicaciones, pero especialmente aquellas sobre las cuales se considera que existe la posibilidad de realizar

acciones de prevención secundaria, específicamente **la Sífilis y la Blenorragia**. En otras enfermedades será necesario realizar investigaciones para conocer su prevalencia e incidencia real, disponer de medios para su diagnóstico, así como de recursos para su tratamiento y manejo epidemiológico, lo que no excluye la posibilidad de que puedan identificarse y tratarse casos individuales y que en un futuro puedan incluirse en programas de control.

II. PROPOSITOS.

Identificar la incidencia de Sífilis y Blenorragia lo más cercanamente posible a la realidad para mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de los enfermos, limitar las complicaciones y reducir las fuentes de infección.

III. LIMITES.

El programa se desarrollará en todo el territorio nacional durante cinco años, al cabo de los cuales se procederá a su revisión y actualización.

IV. OBJETIVO GENERAL.

Interrumpir la transmisión de la Sífilis y la Blenorragia y reducir sus complicaciones graves.

V. OBJETIVOS COMUNES A LA BLENORRAGIA Y LA SIFILIS.

1. Realizar vigilancia epidemiológica a grupos de población con conducta social y sexual de alto riesgo y en personas especialmente expuestas.
2. Lograr la óptima calidad en el diagnóstico clínico y de laboratorio (Tinción de Gram y cultivo, VDRL o RPR) en todas las unidades de salud.
3. Notificación y registro de todos los casos diagnosticados en las unidades del Sistema Nacional de Salud (SNS), las FAR y el MININT.
4. Tratamiento controlado e inmediato de todos los enfermos diagnosticados y sus contactos detectados.
5. Realizar la entrevista epidemiológica a todos los casos notificados de Sífilis reciente y Blenorragia así como a las embarazadas con serología reactiva y casos con serología reactiva sin conclusión diagnóstica.
6. Realizar acciones de información, comunicación y educación para promover prácticas sexuales saludables en la población y en los enfermos de ETS.

VI. ESPECIFICOS PARA EL CONTROL DE LA BLENORRAGIA

1. Prevención de la Oftalmía gonocócica del recién nacido.
2. Prevención de las complicaciones graves en la mujer.
3. Confirmación por estudio bacteriológico de todos los casos notificados.

VII. ESPECIFICOS PARA EL CONTROL DE LA SIFILIS.

1. Eliminar la Sífilis congénita.
2. Mantener la reducción alcanzada en la Sífilis tardía.
3. Garantizar que todos los casos diagnosticados de Sífilis sean clasificados cumpliendo los parámetros establecidos.
4. Tratamiento controlado e inmediato de todas las embarazadas con serología reactiva. Entrevista y tratamiento de los contactos de todas las embarazadas con serología reactiva y de pacientes con serología reactiva sin conclusión diagnóstica.

VIII. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES.

8.1. Nivel nacional.

El Viceministro del Área de Higiene y Epidemiología, a través de la Dirección Nacional de Epidemiología y del Jefe del Programa asesorado por el Comité Técnico de ese nivel, será el responsable de evaluar y controlar de forma sistemática el desarrollo del programa, introduciendo las modificaciones que se consideren necesarias.

8.2. Nivel provincial.

El Director Provincial de Salud a través del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología (CPHE), del Vicedirector de

Epidemiología y el Jefe de programa a ese nivel, asesorados por el Comité Técnico, será responsable de la implantación, evaluación y control, introduciendo las adaptaciones necesarias de acuerdo a las características específicas de su territorio.

8.3. Director de Hospitales Gineco-obstétricos o con servicios de esta especialidad.

- Garantizará el cumplimiento de lo establecido para la **prevención de la Sífilis congénita**, en las embarazadas que atienden en la consulta externa del hospital por diferentes causas, así como también una vez, que ingresen para parto.

- Garantizará en todos los recién nacidos, la prevención de la Oftalmía gonocócica con la aplicación del método de Credé, cumpliendo los requisitos que lo hagan más efectivo y con menos efectos secundarios.

- Garantizará la prevención de las complicaciones graves de la Blenorragia en la mujeres atendidas en el hospital, las que deben investigarse si se encuentran dentro de los siguientes parámetros:

- Diagnosticadas o sospechosas de inflamación pélvica.

- Síntomas de uretritis, cervicitis, disuria, secreción genital y/o cualquier otro síntoma sospechoso de Blenorragia.

- Garantizará la pesquisa activa de la Blenorragia en todas las mujeres entre 15 y 45 años que sean atendidas en la consulta externa de ginecología, infertilidad, planificación familiar o patología de cuello, mediante exudado endocervical para tinción de Gram o cultivo de Neisseria gonorrhoeae.

- Exigirá el cumplimiento de la vigilancia epidemiológica de la Sífilis en las mujeres que se interrumpen el embarazo.

- Garantizará el cumplimiento de la investigación de resistencia del gonococo a la penicilina, si fuera de los hospitales seleccionados.

- Garantizará que toda muestra que se tome para la búsqueda de Blenorragia y/o Sífilis, este perfectamente identificada con el nombre y la dirección del paciente, con el fin de localizarlo con rapidez.

- Garantizará que todos los casos diagnosticados de Blenorragia, Sífilis o serología reactiva de primera vez en embarazadas o púerperas ingresadas reciban el tratamiento de inmediato, así como que la Enfermera Especializada (E. E.) en ETS le realice las acciones de control establecidas.

- Exigirá la estrecha coordinación entre los técnicos del laboratorio y la E. E. en ETS, y que ambos cumplan sus funciones, que el Jefe del laboratorio recolecte los datos primarios de los casos detectados y los entregue al Jefe de estadísticas, y que la E. E. en ETS realice las acciones de control establecidas de inmediato.

- Garantizará que se cumpla el control de calidad del laboratorio de ETS en el CPHE, con el envío del número de muestras requeridas, y exigirá al laboratorio de referencia los resultados.

- Garantizará que se registren e informen de inmediato por teléfono al CPHE las **SEROLOGIAS REACTIVAS** que se detecten en **EMBARAZADAS o RECIEN NACIDOS** y en la semana estadística que corresponda.

- Garantizará que el Jefe del laboratorio de Microbiología notifique a los médicos asistenciales los casos que confirme de Blenorragia y de Oftalmía gonocócica, así como que estos hagan la notificación de todas las ETS diagnosticadas en la unidad, llenando y enviando a estadísticas la tarjeta de EDO.

- Controlará que la E. E. en ETS revise semanalmente las tarjetas de EDO de todos los casos que se confirmen de Blenorragia y Sífilis, y se anote que se trata de una embarazada, si así fuera.

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.

- Garantizará el registro estadístico de todos los casos notificados de Sífilis, Blenorragia, Condilomas acuminados y otras ETS, que se diagnostiquen en la unidad que dirige.
- Garantizará la participación de la E. E. en ETS en la reunión operativa semanal que se realiza en el municipio donde está ubicado el hospital para intercambiar la información sobre el control de las ETS, principalmente la Sífilis congénita, en los territorios de residencia de las embarazadas detectadas en su hospital.
- Garantizará que la E. E. en ETS programe y participe actividades de promoción y prevención de las ETS. en el hospital.

8.4. Directores de otros hospitales

- Garantizará la prevención de las complicaciones graves de la Blenorragia mediante la realización de exudado endocervical para tinción de Gram o cultivo de Neisseria gonorrhoeae a las mujeres atendidas en el hospital, si se encuentran dentro de los siguientes parámetros:
 - A las diagnosticadas o sospechosas de inflamación pélvica.
 - A las que presenten síntomas de uretritis, cervicitis, disuria, secreción genital y/o cualquier otro síntoma sospechoso de Blenorragia.
- Garantizará que todo caso de ETS, confirmado en el hospital, se le llene la tarjeta de EDO y se envíe al Dpto. de Estadística del hospital para su información a los niveles correspondientes.
- Garantizará que el Laboratorio informe diariamente al Dpto. de Estadística las serologías reactivas y los exudados positivos con el objetivo de reportar estos casos al Dpto. Municipal de Estadística correspondiente.

- Los pacientes con secreción uretral que soliciten ser atendidos de urgencia, se les debe orientar que asistan a la consulta de Atención Primaria, en el Policlínico o Médico de Familia (MF) con el objetivo del diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico.

8.5. Nivel municipal

- El Director Municipal de Salud, a través del Centro Municipal o Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología (CMHE o UMHE) y del Vicedirector de Higiene y Epidemiología será responsable del cumplimiento de lo establecido en el programa, coordinando las actividades con otras estructuras del SNS a ese nivel. El equipo de trabajo de control de las ETS municipal, estrechará las coordinaciones con la E. E. en ETS de los Hospitales Gineco-obstétricos y si no existiera este personal, lo visitará semanalmente para velar por el cumplimiento de las normas de prevención de la Sífilis congénita y la Oftalmía gonocócica en los recién nacidos.

8.6. Nivel de atención primaria.

- 1.- El Director del área de salud, a través del Subdirector de Higiene y Epidemiología (SHE):
 - Será el responsable del cumplimiento de lo establecido en el programa a nivel de su área.
 - Dirigirá e impartirá junto al Dermatólogo, el adiestramiento y la capacitación del personal de salud fundamentalmente a los Profesores de Grupos Básicos de Trabajo (PGBT) y MF en los aspectos más importantes del programa de control de las ETS.
 - Programará y participará junto a todo el equipo de trabajo de ETS, en las actividades de promoción y educación para la salud en su área y evaluará el impacto.
 - Dirigirá y orientará la vigilancia epidemiológica de las ETS en las personas de riesgos identificadas por el MF en su territorio.

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.

- Controlará el registro correcto de las serologías reactivas y su ulterior estudio y conclusión diagnóstica dentro de los tres meses siguientes al inicio del estudio.

- Conocerá de toda embarazada con serología reactiva y garantizará que reciba el tratamiento establecido, al igual que los casos de Sífilis, Blenorragia y sus contactos y serología reactiva sin conclusión diagnóstica.

-Verificará que todo caso de Sífilis, haya sido clasificado y notificado en la tarjeta de EDO, correcta y oportunamente.

- Verificará que se mantenga actualizado el registro de casos, de Blenorragia, Sífilis y personas con serología reactiva especialmente las embarazadas con serología reactiva, así como de otras ETS.

- Controlará que se cumplimente el seguimiento serológico y el alta de los pacientes curados.

- Exigirá las condiciones adecuadas para que la E. E. en ETS realice la entrevista epidemiológica con el máximo de privacidad.

- Analizará el cumplimiento de los indicadores del programa y la situación epidemiológica de las ETS en su área.

- Realizará la reunión mensual de evaluación del programa.

- Controlará la existencia de reactivos, medicamentos, instrumental, equipos y material gastable necesarios, teniendo en cuenta una adecuada política de planificación y ahorro de los mismos.

- Controlará el envío al laboratorio provincial de referencia del 5 % de los estudios directos para tinción de Gram de los negativos y del 100 % de los positivos y el 5% de los sueros VDRL o RPR no reactivo y el 20% de los Reactivos y el 100% de los Reactivos en embarazadas.

2.- El Dermatólogo del policlínico

- Participará junto al Sub-director de Higiene y Epidemiología en el control del cumplimiento de lo establecido en el Programa a nivel de su área de salud.

- Impartirá capacitación sobre el manejo clínico y epidemiológico de los pacientes de ETS al personal de salud, especialmente a PGBT, médicos y enfermeras de la familia.

- Asesorará de manera sistemática a los Médicos de Familia (MF) en los aspectos clínicos y de diagnóstico de las ETS así como en el cumplimiento de las normas y procedimiento establecidas en el programa.

- Participará en las actividades de promoción de salud en ETS, donde además entregará condones gratuitamente.

- Estudiará todos los casos interconsultados con los MF por sospecha de Sífilis, ya sean por presentar manifestaciones clínicas o serología reactiva, y los contactos de Sífilis así como los casos con serología reactiva registradas en el policlínico, procedentes de otros laboratorios.

- Interconsultará con el ginecólogo las mujeres con serología reactiva sin manifestaciones clínicas de la Sífilis para examen en busca de lesiones en vagina o cuello.

- Mantendrá un registro de todos los casos con serología reactiva y/o con sospecha clínica de Sífilis hasta su conclusión diagnóstica, de forma tal de poder localizarlo si no cumplen las indicaciones médicas (nombres y apellidos, dirección # del consultorio e indicaciones).

- Notificará en la tarjeta de EDO, y clasificará en forma correcta y oportuna, todos los casos de Sífilis, Blenorragia, Condilomas acuminados y otras ETS que diagnostique, y anotará que se trata de una EMBARAZADA si así fuera en caso de Sífilis o Blenorragia.

- Indicará el tratamiento a los casos diagnosticados de Sífilis, embarazadas con serología reactiva y pacientes con serología reactiva sin conclusión diagnóstica y contactos de Sífilis.

Para descartar si se trata de un error del laboratorio debe repetir dos veces, la indicación de la serología tan pronto sospeche de que así se trata, en un período de 7 días pues de lo contrario no puede descartarse los resultados de una **Falsa Biológica** ya que en ocasiones no puede conocerse los antecedentes clínicos que dan lugar a estas reacciones. La conclusión de una serología reactiva debe realizarla en el término nunca mayor a los 3 meses.

- Coordinará con la E. E. en ETS del área para que realice la entrevista epidemiológica a los casos diagnosticados.

-Deberá estudiar todo caso recién nacido de madre con sífilis o serología reactiva que no haya sido concluido en la maternidad correspondiente.

3-La Jefa de Enfermería del Area de Salud.

-Será la máxima responsable del asesoramiento y control de todas las actividades que realicen las Enfermeras Especializadas en ETS y de las Enfermeras del Consultorio en relación con el Programa de ETS.

4-La Enfermera Especializada en ETS

- Colaborará de forma sistemática con el Médico y Enfermera de la Familia (MEF), para el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos en el programa.

- Participará en las actividades de promoción y educación para la salud que se programen en su área y brindará orientación a los pacientes, los contactos sexuales, los sospechosos y los asociados, sobre la prevención de las ETS, con especial énfasis en el uso del condón, a los que le entregará uno gratuitamente.

- Priorizará el cumplimiento de las normas establecidas para la prevención de la Sífilis congénita.

- Participará con el dermatólogo en la atención a pacientes incluidos en el programa.

- Conocerá y controlará el 100 % de las serologías reactivas de su área y en las embarazadas garantizará el tratamiento.

- Conocerá de todo caso notificado de Blenorragia y Sífilis en su policlínico para lo cual mantendrá una estrecha coordinación con los MEF, los Jefes de laboratorio clínico y estadísticas del policlínico.

- En casos de Blenorragia notificados y tratados en horario en que la E. E. en ETS no esté en el policlínico, lo localizará antes de las 72 horas para realizarle la entrevista epidemiológica.

- Todo caso de Blenorragia confirmado en el laboratorio del policlínico lo llevará al médico de guardia para su notificación e indicación del tratamiento establecido.

- Garantizará la aplicación del tratamiento o lo aplicará personalmente a todos los casos de Sífilis, Blenorragia, contactos, embarazadas con serología reactiva y pacientes con serología reactiva sin conclusión diagnóstica.

- Realizará la entrevista epidemiológica a todo caso diagnosticado, de Blenorragia, Sífilis reciente, casos con serología reactiva sin conclusión diagnóstica y embarazadas con serología reactiva, priorizando a los menores de 15 años, para identificar contactos sexuales, sospechosos y asociados.

- La búsqueda activa de los casos de Sífilis y Blenorragia la realizará con la participación de los MEF o personalmente localizando y controlando, los contactos, sospechosos y asociados de los casos diagnosticados en su área de salud o a los que reciba de otras áreas. En la entrevista pedirá la cooperación de los enfermos para que participen en la localización de los contactos.

- Citará los contactos sexuales localizados al policlínico y los llevará al médico de guardia del policlínico, o dermatólogo para la indicación del tratamiento establecido, garantizando que este se aplique de inmediato o administrándolo personalmente.

- Indicará y comprobará que se realice a los casos de Sífilis reciente y Blenorragia y a sus contactos, sospechosos y asociados (CSA) las investigaciones siguientes para el diagnóstico de:

Anotará en las indicaciones la sigla ETS.

Investigación

Sífilis VIH, Anti-HBs y Gram

Blenorragia VIH, Anti-HBs y VDRL

Contacto VIH, VDRL o Gram

- Programará y controlará que se cumplimente el seguimiento serológico a casos diagnosticados de Sífilis reciente y casos con serología reactiva no concluidas.

- Establecerá el control de la recepción y envío de la boleta viajera.

- Será la responsable de la localización e investigación de CSA pendientes de otras áreas para lo cual se apoyará en el MEF.

- Participará en la reunión operativa semanal del programa del municipio.

- Realizará reentrevistas en aquellos pacientes donde el índice de CSA sea bajo.

- Participará en el análisis mensual de la marcha del programa realizado en el área de salud.

- Recolectará y tabulará los datos primarios para el sistema de información estadística del programa.

5.-EL Médico de Familia.

- Garantizará la búsqueda activa de casos de Blenorragia y Sífilis en la población que atiende, dado el conocimiento que tiene sobre la conducta social y sexual de ésta.

- Realizará acciones educativas y de promoción del sexo seguro haciendo énfasis en el uso del condón entre la población de riesgo de su sector y evaluará el impacto logrado. A estas personas les entregará condones gratuitamente.

- Mantendrá estrecha coordinación con la E. E. de ETS del área de salud e intercambiará, información necesaria sobre la

marcha del programa de ETS.

- Indicará y comprobará que se realice la serología VDRL o RPR y VIH a las embarazadas de su sector en el 1er. trimestre de embarazo y que se repita el VRL o RPR en el 3ro.

Anotará en las indicaciones que se trata de una EMBARAZADA.

- Indicará y comprobará que se realice serología VDRL o RPR a toda persona con sintomatología sugestiva de Sífilis y controlará los resultados, así como a toda persona con conducta social o sexual de riesgo.

- Conocerá de toda serología reactiva en una embarazada y procederá a su localización inmediata e indicará y garantizará que se realice el tratamiento establecido de inmediato.

- Interconsultará con el dermatólogo:

* A toda embarazada con serología reactiva para su estudio y definición diagnóstica y a todas las que presenten lesiones dermatológicas, aún cuando la serología sea, **NO REACTIVA**.

* A todas las personas con serología reactiva.

* A todas las personas en que sospeche Sífilis, aunque la serología sea **NO REACTIVA**.

- Indicará y comprobará que se realice el seguimiento serológico de los casos de Sífilis reciente y a las personas con serología reactiva no concluida como caso.

- Indicará y comprobará junto con la enfermera, que se realice el examen directo para tinción de Gram del exudado endocervical a toda mujer, con especial interés en las que tengan entre 15 y 45 años, que esté entre las familias que atiende, y que se encuentre dentro de los siguientes parámetros:

* Diagnosticadas o sospechosas de inflamación pélvica.

* Síntomas de uretritis, cervicitis, disuria, secreción genital y/o cualquier otro síntoma sospechoso de Blenorragia.

* Conductas sexuales de riesgo.

- Indicará y comprobará que se realice con carácter urgente examen directo para tinción de Gram a toda persona que concurra con secreción uretral.

- Apoyará a la E. E. en la localización de CSA de los casos del area y extra-area.

- Deberá asegurar la adecuada recogida de los resultados de los estudios de laboratorio indicados por él y realizados en el laboratorio del policlínico.

- La indicación de cultivos en búsqueda de Blenorragia se realizará para los laboratorios de microbiología de los CPHE, CMHE y hospitales gineco-obstétricos.

- Conocerá a través de la E. E. en ETS de todo caso confirmado de Blenorragia o Sífilis y comprobará si cumplimentó el tratamiento y la entrevista y le brindará orientación en la prevención de las ETS, así como sobre la importancia del estudio de sus contactos sexuales.

- Realizará el seguimiento de los casos confirmados y en aquellos que no respondan al tratamiento lo interconsultará con el PGBT para su estudio y tratamiento con otros medicamentos.

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.

- Actualizará la dispensarización de los pacientes diagnosticados de Sífilis reciente en la población que atiende hasta su alta definitiva por el Dermatólogo, para cumplir la vigilancia epidemiológica sobre esos casos. Debe mantenerlos en registros confidenciales.

6.-La enfermera de la familia.

- Realizará acciones de promoción del sexo seguro, haciendo énfasis en el uso del condón, entre la población joven de su sector y otras con conducta de riesgo. En estas actividades entregará condones gratuitamente.

- Comprobará y controlará la realización de la serología de Sífilis indicada por el MF o PGBT entre las personas de las familias que atiende, muy especialmente en la embarazadas, así como del exudado endocervical o uretral indicado por el MF o ginecólogo del grupo básico de trabajo.

- Cumplirá tratamiento indicado por el MF en los casos de ETS.
- Participará en la localización de contactos, sospechosos y asociados que se hayan identificado en la entrevista epidemiológica o que reciban procedentes de otras áreas.

7.-Los Laboratorios de los policlínicos.

- Todos los técnicos de laboratorio estarán adiestrados en las técnicas y procedimientos que están establecidas en el programa de ETS. No obstante, **en cada laboratorio debe existir un técnico que responda por la calidad de este trabajo.**

- La toma de muestra de la uretra masculina asintomática, debe realizarse con asa de platino, para que la muestra sea útil.

- El procesamiento y lectura de las muestras de exudados endocervicales y uretrales será realizado por el técnico que tiene asignada la actividad. En el caso de los uretrales que se realicen en horario de guardia serán procesados e informados por el propio técnico de guardia.

- El Jefe del Laboratorio informará de inmediato a la E. E. en ETS los casos positivos que detecten.

- Ante un caso positivo de Blenorragia, en ausencia de la E. E. en ETS llevará al paciente al médico de guardia a fin de que éste haga la notificación e indique de urgencia el tratamiento al paciente.

- En los territorios donde se utilice como técnica de laboratorio el VDRL, se hará centralizado en la unidad con mayor nivel como puede ser el CMHE, o un Policlínico designado al efecto, el hospital gineco-obstétrico, el banco de sangre u otra unidad de salud.

- En los territorios donde se utilice como técnica de laboratorio el RPR, se hará descentralizadamente en todas las unidades de atención primaria y hospitales gineco-obstétricos.

- Los resultados del **VDRL o RPR** se clasificarán como **"NO REACTIVOS"**, **"DEBIL REACTIVO"** y **"REACTIVO"** y a estos últimos se les realizará prueba cuantitativa (resulta inadecuado repetir la prueba VDRL o RPR cuando esta es débil reactiva o reactiva, antes de ser atendido por el Dermatólogo).

- Todo resultado de VDRL o RPR, débil reactiva o reactiva, así como los uretrales y endocervicales positivos de Blenorragia, deben registrarse por separado, con el nombre, apellidos y dirección del paciente. En caso de tratarse de una embarazada señalarlo claramente, para esto tiene que exigir y garantizar que las indicaciones estén perfectamente identificadas.

- El jefe técnico del laboratorio clínico, participará en la reunión mensual de análisis del programa en su área de salud.

- Recolectará e informará los datos primarios al Departamento de Estadística de acuerdo a lo establecido en el programa.

- Será el máximo responsable del óptimo aprovechamiento de los recursos a su cargo.

8.-Departamentos de Estadísticas de los policlínicos.

- Garantizarán los registros y la información a los diferentes niveles según lo establecido. (Ver notificación y registro de casos)

IX. Aspectos generales

- Cada área de salud debe tener como mínimo una enfermera especializada en ETS y Lepra, o una licenciada en enfermería, la que debe haber recibido un adiestramiento previo.

- Los hospitales gineco-obstétricos deben contar con una E. E. en ETS.

- Dada las características socioconductuales de la gran mayoría de las personas que padecen una ETS se hace necesario que las acciones de salud (diagnóstico, tratamiento, entrevista) se ofrezcan con el mínimo de molestias para el paciente y a la vez lograr en un corto período de tiempo el control de la enfermedad, con el máximo de confidencialidad y privacidad.

- Los responsables de medicamentos de los diferentes niveles garantizarán la existencia de reactivos, medicamentos, instrumental, equipos y material gastable necesarios, teniendo en cuenta una adecuada política de planificación y ahorro de los mismos.

X. Vigilancia epidemiológica.

1.-EL ME realizará vigilancia de Sífilis mediante VDRL o RPR a:

- Contactos sexuales, sospechosos y asociados detectados en la entrevista de los casos de Sífilis.

- Personas especialmente expuestas, como son:

- Los enfermos Blenorragia y otras con conductas sexuales de alto riesgo.

- Embarazadas en el 1ro. y 3er. trimestre de la gestación

- Donantes de sangre.

- Mujeres a quienes se interrumpe el embarazo.

- Casos para la cirugía ambulatoria.

- Realizará serología de seguimiento a los casos de Sífilis Reciente al 3, 6, 9, 12, 18 y 24 mes del diagnóstico y a las personas con serología reactiva no concluida como caso a los 6, 12, 18 y 24 meses después del tratamiento.

2.-EL ME realizará vigilancia de la Blenorragia mediante examen directo para tinción de Gram de la secreción endocervical y/o cultivo para Neisseria gonorrhoeae a:

- Le tomará muestra de exudado endocervical para tinción de Gram, a toda mujer asintomática, especialmente entre

15 y 45 años, que se encuentre dentro de los siguientes parámetros:

- En todas con conductas sexuales de riesgo.
- A toda mujer que se interrumpa el embarazo.
- Indicará y controlará que se realice endocervical a aquellas mujeres que en el momento de realizarse la prueba citológica presenten manifestaciones que hagan sospechar una Blenorragia. **(No pueden simultanearse ambos exámenes).**
- Los técnicos que toman muestras para pruebas citológicas, deben estar adiestrados para orientar adecuadamente a las pacientes que presenten exudado endocervical sospechoso de Blenorragia y citarlas nuevamente para la obtención de la muestra de exudado endocervical.
- De acuerdo al corto período de incubación de la Blenorragia, el médico podrá indicar el examen directo del exudado endocervical como examen complementario el número de veces que considere necesario.
- En aquellas mujeres en que el resultado del examen directo sea negativo y presenten sintomatología sugestiva de infección blenorragica, se le indicará cultivo en el nivel secundario de atención.
- A las mujeres contactos, sospechosas y asociadas detectadas en la entrevista de casos de Blenorragia del sexo masculino, indicará y/o realizará examen directo por tinción de Gram o indicará cultivo del exudado endocervical.
- Además en las personas especialmente expuestas como son los enfermos de Sífilis reciente de ambos sexos.

3. EL MININT, garantizará las actividades de prevención, pesquisa activa, control, notificación y tratamiento de los casos de Sífilis y Blenorragia en las personas sometidas a régimen penitenciario, al ingreso en la unidad y exigirá esta pesquisa en las mujeres que se acojan al sistema de pabellón conyugal.

4. La E. E. en ETS realizará vigilancia epidemiológica mediante la búsqueda de casos en la entrevista epidemiológica.

- La E. E. en ETS entrevistará a todo caso diagnosticado de Sífilis reciente y Blenorragia y lo reentrevistará tanta veces como sea necesario para identificar el indicador de contactos, sospechosos y asociados, que establece el programa, entre las cuales debe detectarse al menos un caso nuevo secundario.
- Si después del análisis de la entrevista y dos reentrevistas los resultados obtenidos son insuficientes, lo que pueda relacionarse con las características individuales del caso, no se debe insistir y reiniciar el proceso por parte de otra enfermera especializada, del propio policlínico o del municipio, si es posible con la colaboración del psicólogo.

5. Notificación y registro de casos diagnosticados.

- El Departamento de Estadísticas:
- Garantizará el cumplimiento de lo establecido en la información de las ETS controlando la adecuada recolección de los datos primarios por parte de los médicos, de la E.E. en ETS y el jefe del laboratorio.
- La notificación de la Blenorragia, será realizada por el médico de guardia del policlínico y la Oftalmía gonocócica y la Blenorragia en niños por el médico de asistencia del Hospital Gineco-obstétrico u Hospital Pediátrico mediante la tarjeta de notificación de EDO y la de Sífilis y otras ETS por los Dermatólogos
- La tarjeta de los casos de Ng será llenada cuando el diagnóstico haya sido confirmado por examen bacteriológico y en las de Sífilis cuando se llegue a conclusión diagnóstica siguiendo los criterios establecidos.
- La tarjeta de los casos de Blenorragia y Sífilis en embarazada debe anotarse que se trata de una EMBARAZADA.

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.

6. Vigilancia de cepas de Neisseria gonorrhoeae resistentes.

- Los laboratorios de los CPHE y Hospitales Gineco-obstétricos seleccionados en esta investigación en cada provincia, garantizarán la determinación de cepas productoras de betalactamasa, por los métodos que se consideren.

XI. TRATAMIENTO.

- El tratamiento de las ETS, como objetivo sanitario, tiene que ser corto, preferentemente a dosis única, intensivo y suficiente para garantizar la eliminación del enfermo como fuente de infección, logrando además, la curación en éstos en el más breve tiempo posible. Por esto se recomienda el uso de esquemas únicos, siempre que no existan contraindicaciones, y que todos los casos reciban el mismo tratamiento, con excepción de aquellos en que haya alguna dificultad para esto. Los contactos recibirán el mismo esquema de tratamiento que los casos confirmados.

- El tratamiento de la Blenorragia será indicado por el médico de guardia del policlínico donde se realiza el diagnóstico y controlado y realizado por el personal de enfermería del área de salud o por la propia E. E. en ETS, la que debe estar preparada para evitar dificultades al paciente y hacerlo más tolerable.

- El tratamiento de dosis única es curativo en las formas no complicadas de la Blenorragia, pero no en las formas oral o anal.

- Los enfermos que no respondan al tratamiento serán estudiados en el nivel secundario para definición diagnóstica y conducta a seguir.

- El tratamiento de las embarazadas con serología reactiva será indicado y controlado por el médico de atención de la embarazada que primero conozca de este resultado, utilizando iguales esquemas de tratamiento que en otros casos, salvo la prohibición del uso de la **Tetraciclina**.

- En las unidades donde se administre el tratamiento con Penicilina deberá disponerse de material de urgencia para casos de reacciones a los medicamentos, aunque resulten raras, tales como el Clorhidrato de Adrenalina al 1 por 1000 y antihistamínicos.

- El tratamiento con Penicilina, tiene que ser realizado por medio de inyecciones intramuscular profundas en el cuadrante supero-externo de las regiones glúteas, con agujas de 2 pulgadas de 20 o 21 calibre para evitar que se obstruyan.

TRATAMIENTO DE LA BLENORRAGIA.

Esquema de dosis única en el adulto.

Medicamentos	Dosis total	Vía de Administración	Observación
Penicilina + Probenecid			
P. Rapilenta	5 Millones de UDS.	Intramuscular en cada región glútea	2.5 M.UDS.
Probenecid	1 gramo	Oral	2 tabletas de 500 mg.
Penicilina.			Aclaración: Las tabletas de Probenecid se tomarán tan pronto se administre la

Esquema de dosis única (alternativo) en el adulto.

Medicamentos	Dosis total	Vía de Administración	Observación
- Ofloxacin	400 mg.	oral	
- Ciprofloxacina	500 mg.	oral	
- Norfloxacina	800 mg.	oral	
- Cefixime	400 mg.	oral	

Esquema de dosis múltiple en adultos intolerantes a la penicilina.

Medicamentos	Dosis total	Vía de Administración	Observación
Tetraciclina	14 gramos	oral	2 tabletas (no en Embarazadas) en 7 días cada 6 horas

El esquema de tratamiento en niños. Con un peso de 45 Kg. (100 libras) o superior, será igual a las dosis del adulto.

Tratamiento en niños con menos 45 Kg.(100 libras)**Esquema de dosis única.**

Medicamentos	Dosis total	Vía de Administración	Observación
Penicilina + Probenecid			
P. Rapilenta	100000 UDS. por Kg.de peso	Intramuscular	La mitad de la dosis en cada Región glútea
	Probenecid	Oral	El máximo es 25 Mg. 1 gramo

Tratamiento en niños, mayores de 8 años.**Esquema de dosis múltiple.**

Medicamentos	Dosis total	Vía de Administración	Observación
Tetraciclina	40 miligramos por día 5 días	Oral	La dosis diaria en 4 dosis por Kg.de peso seguidos fraccionada (cada 6 hrs.)

Tratamiento de la gonorrea resistente a la penicilina.

Ceftriazone	250 mg.	Intramuscular	Dosis única
Espectinomocina	2 gr.	"	Dosis única

TRATAMIENTO DE LA SIFILIS RECIENTE ADQUIRIDA SINTOMATICA Y LATENTE DE NO MAS DE 1 AÑO DE EVOLUCION, EMBARAZADA CON SEROLOGIA REACTIVA Y CONTACTOS DE SIFILIS RECIENTE.

Esquema de dosis única.

Medicamento	Dosis total	Vía de administración	Observación
P.Benzatínica	2'400,000 cada región	Intramuscular glútea	La mitad de UDS. la dosis en

Aclaración. En las embarazadas con serología reactiva se debe acelerar el estudio para determinar en los 7 días siguientes de este tratamiento, si se trata de una serología reactiva o de una sífilis, añadiendo en este caso 2,4 millones hasta completar 4.8 MILLONES .

Esquema de dosis múltiple.

Medicamento	Dosis total	Vía de administración	Observación
P.Rapilenta	10,000,000 UDS. en 10 días	Intramuscular	1,M. UDS diaria 10 dosis

TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS INTOLERANTES O ALERGICOS A LA PENICILINA , según el caso.

Esquema de dosis múltiple.

Casos	Medicamentos	Dosis	Vía de	Observación	total	administración
Embarazada c/6 hrs. reactiva o Sífilítica *	ERITROMICINA	30 grs.	Oral	15 días.	2 tabs.	con serología (NO TETRACICLINA)
Sífilis reciente *	Tetraciclina	30 gramos	Oral	2 tabs. c/6 hrs.		
Contactos de	Tetraciclina	30 gramos	Oral	2 tabs. reciente		o Eritromicina en 15 días c/6 hrs.
Sífilis	Tetraciclina	60 gramos	Oral	2 tabs. tardía o		o Eritromicina en 30 días c/6 hrs. reciente **

Aclaración: El tratamiento será controlado mediante el ingreso hospitalario, excepcionalmente ambulatorio, por lo prolongado del tratamiento oral y la aparición de intolerancia digestiva, la que debe ser prevista y tratada sin suspender el tratamiento.

*** En caso de Sífilis reciente sintomática o latente y embarazada con serologia reactiva de no mas de 1 año de evolución.**

**** En caso de Sífilis reciente adquirida latente de más de 1 año de evolución.**

TRATAMIENTO DE LA SIFILIS TARDIA Y RECIENTE ADQUIRIDA LATENTE DE MAS DE 1 AÑO DE EVOLUCION O DE EVOLUCION DESCONOCIDA.

Esquema de dosis múltiple.

Medicamento	Dosis total	Vía de administración	Observación
-------------	-------------	-----------------------	-------------

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.

P. Benzatínica	7,200,000	Intramuscular	2,4 M UDS. cada	UDS. en 15 días	7 días. 3 dosis
días	15 dosis.		P. Rapilenta	15,000,000	Intramuscular 1 M. diaria
					UDS. en 15

Neurosífilis y Sífilis Cardiovascular:

Esquema de dosis múltiple.

Medicamento	Dosis total	Vía de administración	Observación
P. Rapilenta	20,000,000 UDS. en 20 días	Intramuscular	1,M. UDS diaria 20 dosis

TRATAMIENTO DE LA SIFILIS CONGENITA:

En niños menores de 2 años se utilizarán:

Esquema de dosis múltiple.

Medicamento	Dosis total	Vía de Administración	Observación
P. Rapilenta	50,000 UDS por kg de	Intramuscular	Dosis única diaria. peso por día
			14 días
P. Cristalina	50,000 UDS por Kg. de 14 días.	Intramuscular	La mitad de la dosis diaria peso por día cada 12 horas.

XII. Criterios de curación de la Blenorragia, alta clínica y epidemiológica de los casos de Sífilis.

- El criterio de curación de la Blenorragia estará dado por:

- La desaparición de los síntomas en el hombre.
- Examen microbiológico directo negativo a los 5-7 días después de administrado el tratamiento (en el hombre y en la mujer)
- El porcentaje de negativización observado en las muestras tomadas a los 5-7 días puede considerarse como un indicador de la sensibilidad del gonococo al tratamiento utilizado.

- Para el alta clínica y epidemiológica de los casos de Sífilis, debe tenerse en cuenta que:

Alta clínica:

- Haya recibido tratamiento controlado según esquema y dosis normada.

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.

- El examen clínico sea negativo.
- La curva serológica, muestre una evolución satisfactoria hacia la negativización en un período de un año.
- La punción lumbar para el examen del líquido céfalo-raquídeo (LCR) se realizará a juicio del Dermatólogo en base a la evolución serológica, la periodicidad y seguridad del cumplimiento del tratamiento indicado.

- Alta epidemiológica:

- Se haya logrado detectar no menos de un caso nuevo secundario en la investigación.
- Se haya logrado detectar el indicador de contactos, sospechosos y asociados en la entrevista epidemiológica.
- Cuando en el análisis realizado por el Epidemiólogo, el Dermatólogo y el MF y la E. E. en ETS se determine que el "foco" esta cerrado.

ANEXO 1

Definición de casos:

Blenorragia: Toda persona que teniendo o no síntomas de la enfermedad, se confirma bacteriológicamente en el examen directo por tinción de Gram del exudado endocervical o uretral, la presencia de **diplococos Gram negativo intracelulares**, con morfología característica, o en el cultivo se aísla cepas de **N. gonorrhoeae**.

Sífilis: Toda persona que con estudios serológicos característicos y presente el cuadro clínico de la enfermedad o tengan antecedentes clínicos y/o epidemiológicos.

Sífilis latente: Se entiende por **sífilis latente** a un estado de la enfermedad donde no existen signos ni síntomas clínicos de ésta y la única evidencia de la enfermedad son las pruebas serológicas con resultado reactivo.

Sífilis reciente adquirida latente (SRAL): Se considera **Sífilis reciente adquirida latente**, notificable como tal cuando estén presente (de no más de 2 años de evolución):

- Serología reactiva + antecedentes clínicos evidentes.
- Serología reactiva + antecedentes epidemiológicos.
- Serología reactiva + antecedentes clínicos + antecedentes epidemiológicos.

Sífilis tardía adquirida latente (STAL):

Si a la serología reactiva se une, antecedentes clínicos de la enfermedad de más de 2 años y se corrobora, la no existencia de manifestaciones de Sífilis activa en ningún sistema, después del estudio del LCR, la silueta cardiovascular y fondo de ojo.

Sífilis reciente congénita latente (SRCL): En recién nacidos.

Todo hijo de madre sífilítica, no tratada durante el embarazo o re infectada antes del parto y que en el estudio serológico de ambos, se le detecte al recién nacido, serología reactiva, 2 diluciones por encima de los resultados de la madre. Es decir madre 8 diluciones y recién nacido 32 diluciones y estudio radiológico y dermatológico negativos. Estos son los aspectos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio que definen con facilidad la SRCL pero se pueden dar diferentes situaciones que dificultan este diagnóstico, que requieren del estudio de especialistas de experiencia y de otros exámenes de laboratorio.

ANEXO 2.

Clasificación sanitaria.

La clasificación sanitaria de la Sífilis tiene el objetivo de analizar por separado los casos contagiosos (Sífilis reciente) de los no contagiosos (Sífilis tardía) y a la vez establecer un método de clasificación uniforme y de fácil aplicación. Se señalan las más frecuentes.

SIFILIS RECIENTE ADQUIRIDA SINTOMÁTICA (SRAS).

- SRAS
c Sífilis con chancro.
SRAS
sc Sífilis con lesiones cutáneas.

SRAS
sm Sífilis con lesiones mucosas.

SRAS
sg Sífilis con síntomas generales.

SIFILIS TARDIA SINTOMÁTICA (STAS).

- STAS
g Sífilis con gomas cutáneas.
STAS
cv Sífilis con lesiones cardiovasculares.
STAS
ns Sífilis con lesiones neurológicas.

SIFILIS RECIENTE ADQUIRIDA LATENTE (SRAL)

- SRAL No lesiones y serología reactiva.

SIFILIS TARDIA ADQUIRIDA LATENTE (STAL).

- STAL No lesiones y serología reactiva.

SIFILIS RECIENTE CONGENITA SINTOMÁTICA.

- SRCS
sc Sífilis con lesiones cutáneas.

SRCS
sm Sífilis con lesiones mucosas.

SRCS
lo Sífilis con lesiones óseas.

SRCS
v Sífilis con hepatoesplenomegalia.

SIFILIS TARDIA CONGENITA SINTOMÁTICA (STCS).

- STCS

qi Sífilis con queratitis intersticial.

STCS

h Sífilis con dientes de Hutchinson.

STCS

ns Sífilis con lesiones neurológicas,

SIFILIS RECIENTE CONGENITA LATENTE (SRCL).

SRCL No lesiones cutáneas, LCR no reactivo, Serología reactiva, en niños de no más de 2 años de edad.

SIFILIS TARDIA CONGENITA LATENTE (STCL).

STCL No lesiones cutáneas, LCR no reactivo, serología reactiva, en niños de más de 2 años.

ANEXO 3.

Calidad del Laboratorio.

- Se establecerá el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) de las ETS en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri" (IPK), el cual creará las condiciones para que la red de laboratorios del país de respuesta al diagnóstico de las ETS con la máxima calidad.

- El Jefe del este laboratorio será el responsable del adiestramiento de los técnicos de laboratorios de los CPHE, mediante curso de perfeccionamiento, asesorías y supervisiones sistemática del trabajo. Además este laboratorio revisará muestras positivas y negativas investigadas en los CPHE para verificar la calidad del diagnóstico.

- Determinará mediante investigaciones, lo referente a la vigilancia de la circulación de cepas de *Neisseria gonorrhoeae* en el país.

- Los laboratorios de los CPHE o CMHE, adiestrarán a los técnicos de los laboratorios municipales y de policlínicos y crearán y pondrán en funcionamiento laboratorios provinciales y municipales de referencia, para el diagnóstico de la Sífilis y la Blenorragia, los que revisarán, las muestras enviadas de todos los policlínicos y hospitales gineco-obstétricos del país.

- Para el control de calidad cada laboratorio enviará del total de estudios realizados:

Láminas de tinción de Gram.	100% de las positivas
5% de las negativas	
Sueros del estudio VDRL o RPR.	20% de los reactivos
5% de los no reactivos	
Sueros de embarazadas	100% de los reactivos

- El jefe del laboratorio de referencia del CPHE informará al Dpto. de epidemiología, los incumplimientos del envío de las láminas de exudado endocervical y de los sueros de VDRL o RPR por territorio y la calidad de los laboratorios. Igualmente el LRN del IPK informará a la Dirección Nacional de epidemiología (DNE) los incumplimientos de las provincias.

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.

- El Jefe del Laboratorio del CPHE controlará que se cumpla con la vigilancia de la circulación de cepas de Gonococos resistentes a la penicilina.

ANEXO 4.

Diagnostico de laboratorio y toma de muestra en Blenorragia.

La identificación bacteriológica de la gonorrea depende en gran medida de la calidad de la toma de muestra.

INSTRUCCIONES GENERALES:

- No utilizar antibióticos, óvulos vaginales ni cremas al menos 72 horas antes de la toma de muestra (TM).
- No tener relaciones sexuales 24 horas antes de la TM.
- No orinar 2 horas antes (masculinos).

-TOMA DE MUESTRA EN EL HOMBRE: (tinción de Gram).

-Introducir asa de platino estéril en la uretra, en los asintomáticos hasta dos centímetros. El frotis se realiza haciendo rodar el asa sobre la lámina en sentido de las manecillas del reloj, no frotar porque distorsiona la morfología microscópica.

-TOMA DE MUESTRA EN MUJERES (EXUDADO ENDOCERVICAL PARA TINCION DE GRAM).

-Cervix:

Previa colocación del espéculo con adecuada iluminación, sin utilizar ningún tipo de lubricante, se procede a limpiar el cuello del útero y sus paredes con un hisopo de algodón grueso confeccionado previamente. Seguidamente, se tomará muestra del exudado endocervical con un hisopo estéril rotando el mismo durante 30 segundos con el propósito de lograr la impregnación de las bacterias al algodón.

Extendido del inóculo en la lámina:

- Usar láminas portaobjeto limpias.
- Realizar el extendido en el sentido de las manecillas del reloj que debe abarcar una área aproximada de unos dos centímetros.
- Fijar la lámina pasándola rápidamente tres veces por la llama del mechero.
- La transportación hacia el laboratorio deberá realizarse en forma cuidadosa y protegida con cajas laminarias diseñadas al efecto.

-Realizar coloración de Gram.

-COLORACION DE GRAM:

- El inóculo de la lámina se deja secar al aire, posteriormente se fijará a la lámina con la llama del mechero, se deja enfriar para comenzar la coloración.
- Se cubre el inóculo con solución de violeta (3 gotas aproximadamente por 1 minuto).
- Enjuagar con agua corriente.
- Cubrir con tres gotas aproximadamente de solución iodada por 2 minutos.

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.

-Enjuagar con agua corriente.

-Decolorar con acetona antes que la lámina se seque, decolorar la lámina hasta que no suelte más colorante. Solo se deberá decolorar una lámina de cada vez.

-Enjuagar con agua corriente.

-Cubrir la lámina con la solución contraste durante 30 segundos.

-Enjuagar con agua corriente.

-Las láminas pueden secarse a temperatura ambiente o con papel absorbente sin frotar.

-OBSERVACION AL MICROSCOPIO:

-Con un objetivo de inmersión, se realiza la observación de todos los campos, por no menos de 10 minutos antes de dar un diagnóstico negativo.

-La lectura puede darse de la siguiente forma:

-Diplococos Gram negativos intracelulares(dentro de polimorfos nucleares), en el caso de la mujer deben tener más de 4 polimorfos nucleares con diplococos intracelulares típicos.

-Diplococos intracelulares atípicos.

-Diplococos extracelulares atípicos.

-No se observan diplococos intracelulares.

-METODOLOGIA PARA LA LIMPIEZA DE LAMINAS:

-Introducir en solución sulfocrómica por 48 horas.

-Enjuagar con agua corriente hasta que no queden restos de la solución.

-Enjuagar con agua destilada tres veces. Escurrir.

-Colocar y secar con un paño absorbente y secar una por una las láminas.

NOTA: Los estudios de cultivos para Blenorragia se realizarán en los laboratorios que dispongan los recursos necesarios para la ejecución de los mismos y la toma de muestra la hará por personal adiestrado y en unidades que reúnan las condiciones.

ANEXO 5.

PREVENCION DE LA SIFILIS CONGENITA

1. El Médico, la Enfermera de la Familia y el Obstetra del Grupo Básico de Trabajo.

-Indicará y comprobará que se realice serología VDRL o RPR en el 1er y 3er trimestre del embarazo y de igual forma al esposo o compañero sexual.

-Identificará en la indicación que se trata de una gestante, especificando además el trimestre de embarazo.

-Indicará y comprobará que se realice serología VDRL o RPR a toda interrupción de embarazo y regulación menstrual, considerando que en este último caso el resultado puede verse después de realizado el proceder.

-Frente a una embarazada con serología reactiva:

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.

a) El médico que primero conozca de este resultado (incluida la serología débil reactiva), indicará y comprobará que se cumpla de inmediato el tratamiento, según el esquema establecido en el Programa. El Médico y la Enfermera de la Familia tienen la máxima responsabilidad de que se aplique el tratamiento, que será **controlado**.

b) Anotarán en el Carné Obstétrico y en el Tarjetón, que la gestante tiene una serología reactiva "**SR**", especificando la fecha, el tiempo de embarazo y conducta seguida, en lugar visible de ambos documentos.

Debe aclararse que una serología reactiva no implica que la paciente sea sífilítica. Esta conclusión la dará el estudio del caso.

c) Interconsultará el caso con el Obstetra del Grupo Básico de Trabajo y ambos con el Dermatólogo del policlínico inmediatamente, a fin de que en conjunto lleguen a una conclusión diagnóstica, así como en el caso de toda embarazada con erupción cutánea, aunque los resultados serológicos sean No Reactiva.

- Si es una falsa positiva se cierra el caso.

- Si es un caso de Sífilis, aunque haya recibido el tratamiento adecuado, deberá estudiarse el producto de esta gestación.

d) El Obstetra del GBT controlará las embarazadas captadas y del 3er trimestre con serología realizada, resultados y tratadas, así como las conclusiones del estudio e informará en las reuniones semanales del PAMI.

2. El Dermatólogo que asesora el Programa.

-Deberá estudiar profundamente y llegar a una conclusión diagnóstica de toda serología reactiva en una embarazada.

-Comprobará el cumplimiento del tratamiento impuesto o lo indicará y comprobará de no haberlo hecho el Médico de Familia.

-Anotará en el carné obstétrico y tarjetón de la embarazada la conclusión diagnóstica y la clasificación si es un caso de sífilis.

-En el carnet obstétrico anotará claramente que se trata de una embarazada, si fue tratada y señalar el tratamiento recibido.

-Como todo caso de Sífilis, la gestante será entrevistada por la E. E. en ETS del policlínico.

-A toda embarazada con serología reactiva se le realizará el seguimiento serológico con una periodicidad mensual hasta el parto.

3. La enfermera especializada en ETS del policlínico:

-Tendrá actualizado el registro de embarazadas con serología reactiva y sífilíticas.

-Entrevistará a estas embarazadas a fin de identificar sus contactos y estudiarlos dentro de la investigación del caso.

-Controlará o cumplirá el tratamiento normado para embarazadas con serología reactiva y/o sífilíticas.

-Verificará que se controlen los Recién Nacidos de madres sífilíticas o con serología reactiva.

4. El Director y Subdirector de Higiene y Epidemiología del Policlínico.

-El Subdirector de Higiene y Epidemiología controlará en las reuniones semanales del PAMI las embarazadas captadas y del 3er trimestre con serología realizada, resultados y tratadas, así como las conclusiones de las estudiadas.

-El Director del Policlínico controlará mensualmente la situación de las embarazadas con serología realizada, resultados, tratadas y conclusiones de estudios y adoptará las medidas necesarias para la solución de los problemas.

5. El Laboratorio del Policlínico o de los Centros de Higiene y Epidemiología.

-En el registro de entrada y salida de las indicaciones de serología debe especificarse que se trata de una gestante y el trimestre del embarazo.

6. El Obstetra y el Pediatra del Hospital Gineco-Obstétrico.

-En caso de recibir atención prenatal en el hospital o que la gestante ingrese antes de la fecha de indicación de la serología, debe cumplirse la indicación de las mismas en la etapa correspondiente.

-Toda embarazada con una erupción cutánea atendida en el hospital (cuerpo de guardia, consulta externa u hospitalizada), debe ser interconsultada con el dermatólogo del hospital, con el objetivo de descartar una lesión de secundarismo sífilítico, dado el polimorfismo con que actualmente se presenta.

-Indicará y comprobará que se realice serología VDRL o RPR a toda embarazada que ingrese para parto.

-A todo Recién Nacido de madre con serología reactiva por primera vez realizada en el ingreso para parto (con serologías de 1er y 3er trimestre no reactivas, o sin precisar resultados en el Carné), se le administrará tratamiento completo de inmediato, con el mismo esquema de la Sífilis Congénita, independientemente del resultado de la serología. La madre también debe ser tratada de inmediato y ambos deben ser estudiados para llegar a diagnóstico.

-Ante el parto de una embarazada diagnosticada como caso de Sífilis o de madre con serología reactiva sin concluir:

a) Debe realizarse serología cuantitativa a la madre y al recién nacido en el laboratorio de la unidad.

b) El resultado del estudio de todo Recién Nacido de madre diagnosticada durante su embarazo como caso de Sífilis, o con serología reactiva sin conclusión diagnóstica, debe ser valorado por el pediatra e incluye estudio de Rx de huesos largos y dermatológico por el especialista.

c) En el estudio del Recién Nacido, cuando no se pueda confirmar el diagnóstico de Sífilis Congénita en el hospital con los criterios definidos, debe valorarse la conducta de la madre y los elementos que aportará la E.E. en ETS que entrevistó a la madre (indisciplinada en el tto., en el seguimiento, cambios de compañeros sexuales durante el embarazo y contactos no controlados, entre otros), para decidir el seguimiento adecuado.

-Todo Recién Nacido diagnosticado como sífilítico en el hospital será tratado antes de dar el alta hospitalaria.

-Al egreso del Recién Nacido de la Maternidad, se reflejará en el Carné Infantil el resultado de la serología y la conducta seguida.

7. El Epidemiólogo Municipal responsable del Programa.

-Cuando en el hospital Gineco-Obstétrico no se pueda llegar al diagnóstico de Sífilis Congénita, por ser controvertidos los elementos de que se disponen, el equipo municipal responsable del Programa, creará las condiciones para que en la

rediscusión del caso participen otros especialistas de experiencia en la interpretación radiológica y, dentro de las posibilidades, con recursos para realizar otros exámenes (IgM, inmunofluorescencia u otros), antes de los 28 días posteriores al nacimiento.

-El Vicedirector de Higiene y Epidemiología del Area de Salud, debe realizar reunión semanal operativa del Programa con las Enfermeras Especializadas en ETS.

-Ante el nacimiento de un niño con Sífilis Congénita, los Epidemiólogos Provincial y Municipal que atienden el Programa y el Subdirector de Higiene y Epidemiología del Policlínico, convocarán a una reunión a todos los que participaron en la atención a la Madre y el Recién Nacido (Médico y Enfermera de la Familia, Dermatólogo, Gineco-Obstetra, Pediatra y Enfermera E.E. de ETS), a la cual también debe asistir el Director del Policlínico, para analizar los incumplimientos, en particular con cada uno de ellos y proponer las medidas administrativas necesarias, para evitar que se repitan los hechos.

-El informe final del caso será enviado al nivel central, por el Epidemiólogo Provincial Responsable del Programa, por vía correo electrónico.

ANEXO 6.

Sistema de información estadística.

- El sistema de la Sífilis y de la Blenorragia tiene como objetivo monitorear la evolución de la incidencia, así como obtener información sobre las características de los casos, todo con el fin de orientar las acciones preventivas hacia los grupos de población con mayor riesgo.

- La información del sistema fluye a partir del diagnóstico de un caso, el que se notifica a través del EDO, lo que se realiza en el policlínico, en la consulta de dermatología u otra especialidad, existiendo también el mecanismo de que la E. E. en ETS de la unidad revise los resultados del laboratorio y alerte a los médicos de la necesidad de la notificación.

Toda la población se encuentra incluida en la búsqueda de casos, aunque estas enfermedades son mucho más frecuentes en las edades de mayor actividad sexual. La vigilancia se mantiene de forma permanente y los datos son recolectados semanalmente desde los policlínicos hasta el nivel central.

Los datos que se recolectan son los siguientes:

- Información de EDO, recibiendo mensualmente y cada vez que se considere necesario la información procesada por provincias, acumulados y comparativo con años anteriores que se procesa en el IPK.

- Información operacional (ver datos a incluir en esta información) que fluye a través de los canales estadísticos y con una periodicidad trimestral.

- Encuesta epidemiológica sencilla (ver datos a incluir en la encuesta) que se envíe de forma inmediata al diagnóstico por vía correo electrónico a la DNE, la que será aplicada en centros centinelas, estableciendo como estratos los diferentes niveles de incidencia que existen en los municipios del país, las áreas urbanas y rurales y otros elementos de estratificación. El diseño de la muestra estará dirigido a identificar áreas de salud y la encuesta se aplicará a todos los casos detectados en esas áreas de salud.

- Sistema de información directa (SID) con los datos, en detalle, de los casos de Sífilis congénita y Oftalmía neonatorun.

Datos a incluir de:

Sífilis Congénita:

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.

Datos generales.

Provincia _____ Municipio _____ Policlínico _____

Nacimiento: Hosp. _____ Fecha _____ #. de H. C. _____

Fecha de diagnóstico: _____ Clasificación Sanitaria SRC _____

Nombre del niño. _____ Madre _____

Antecedentes prenatales.

Atención por el MF _____ Hosp. Gineco-Obstétricos _____

Edad: madre _____ Capt. semanas _____ Trimestre 1ro. _____ 2do. _____ 3ro. _____

Fecha de capt. _____ Fecha 1ra. Serol. _____ Resultado _____

Fecha 2da. Serol. _____ Resultado _____

Si S. react: Tratada No _____ Sí _____ Cuál _____ Dosis _____ Fecha _____

E. epidem. No _____ Sí _____ Fecha _____ # Contac. _____ # Controlados _____

Contac. enfermos _____ S. reactiva no concluida como Sífilis. Diag.

Cuál. _____

Sífilis.

(SRA _____ STA _____). Contacto

(SRA _____ STA _____).

Antecedentes en la atención hospitalaria.

Fecha ingreso para parto. _____ y fecha del parto _____

Serología realiz. a la madre No _____ Sí _____ Fecha. _____ Result. _____

Si reactiva: Tratada No _____ Sí _____ Cuál _____ dosis _____ Fecha _____

Serología realiz. al R. nacido No _____ Sí _____ Fecha. _____ Result. _____

R. nacid: S. reac. _____ Tratado No _____ Sí _____ Cuál _____ dosis _____ Fecha _____

Explique por qué no fueron tratados: _____

Recién nacido: Resultados del examen clínico y de laboratorio.

Ex. clínico general. _____

Ex. dermatológico. _____

Ex. radiológico. _____

Exs. de laboratorio. _____

Evaluación de calidad:

Laboratorio clínico: Información estadística:

En el policlínico: _____ :

En la maternidad: _____ :

En el municipio: _____ : _____

En la provincia. _____ : _____

Conclusiones: _____

La responsabilidad del caso de Sífilis congénita fue de:

A. primaria: MF____, PGBT,____Dermatólogo____,E. E. en ETS ____

Lab. clínico____, Estadística____

En la maternidad: Obstetra____, Dermatólogo ____ E. E. en ETS____

Lab. Clínico____, Estadística____

Firma del epidemiólogo provincial_____.

Oftalmía gonocócica.

Datos generales.

Provincia_____ Municipio_____ Policlínico_____

Nacimiento: Hosp._____ Fecha_____ #. de H. C_____

Fecha de diagnóstico:_____ Confirmado: Cultivo No__ Sí_____

Nombre del niño._____ Madre_____

Antecedentes de Blenorragía de la madre durante el embarazo____

Se utilizó el método de Credé No__ Sí__ Cual_____

Evaluación de la calidad de la técnica de Credé utilizada._____

Datos a incluir en la información operacional que enviará con perioricidad trimestral son:

Sífilis:

- Incidencia, clasificación - congénita
 - reciente
 - tardía

- De la incidencia de sífilis reciente:

- distribución por edades (menores de 15 años).
 - tratados y entrevistados.

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.

- contactos, sospechosos y asociados identificados.
- contactos, sospechosos y asociados controlados.
- contactos tratados.
- casos nuevos detectados entre contactos, sospechosos y asociados.

- Embarazadas con serología reactiva.
- Embarazadas con serología reactiva tratadas.
- Serologías realizadas y serología reactivas.

BLENORRAGIA:

- Incidencia total y clasificada por edad y sexo.
- De la incidencia total:
 - casos tratados.
 - casos entrevistados según sexo.
 - contactos, sospechosos y asociados identificados.
 - contactos, sospechosos y asociados controlados.
 - contactos tratados.
 - casos nuevos detectados entre contactos, sospechosos y asociados.
- Exudados endocervicales realizados y positivos.
- Casos de Blenorragia confirmados por cultivos según edad y sexo.
- Embarazada con Blenorragia.
 - Oftalmía gonocócica en niños o adultos.
- Casos de Gonorrea confirmados con cepas resistentes a penicilina.
- Existencia de ceftriazone.

Datos a incluir en la encuesta epidemiológica para la vigilancia epidemiológica por sitios centinela.

Sífilis o Blenorragia

- Fecha de diagnóstico.
- Edad.
- Sexo.
- Actividad a la que se dedica. Conducta de riesgo.

Estudiante. Nivel. Jinetera.

Trabajador. Sector. Preso.

Ama de casa. Homo-bisexual.

Desempleado. Cambios frec. de parejas

Otra. (Especifique). Otra. (Especifique)

- Clasificación sanitaria (para sífilis)

- SRAS - SRCS
- SRAL - SRCL
- STAS - STCS
- STAL - STCL

- Estudio epidemiológico - contacto
- sospechoso
- asociado

- Forma de detección - Encuesta serológica en grupo riesgo.

- Encuesta serológica en donantes de sangre.

- Espontaneo.

- Conducta sexual - Heterosexual.
- Homosexual.
- Bisexual.

- Número de parejas sexuales en el último año. (medir promiscuidad).

ANEXO 7.

Evaluación y control.

- Se realizarán evaluaciones a los distintos niveles de la organización de salud con la periodicidad que se estime necesario de acuerdo a las características y a la marcha del programa.

- La evaluación permanente se hará por el Viceministro que atiende la Higiene y la Epidemiología a través de la Dirección Nacional de Epidemiología, con la participación de la Dirección de Medicina General Integral y los grupos nacionales de dermatología y gineco-obstetricia, el CNPES y otros.

- Los jefes de estadísticas a los diferentes niveles brindarán la información para la evaluación y análisis del programa.

- El LNR del IPK establecerá los mecanismos para controlar a los laboratorios provinciales de referencia y realizará supervisiones periódicas para evaluar la calidad del trabajo.

- Los jefes del programa a nivel de provincias y municipios controlarán de forma integral el desarrollo del programa en las visitas periódicas que realicen a consultorios del MEF, policlínicos y hospitales.

- El subdirector de HE del área de salud controlará de forma integral la marcha del programa.

Reuniones de análisis y control.

Tienen como objetivo garantizar que los diferentes niveles de la organización tengan un control adecuado sobre la situación existente y los datos cuali-cuantitativos para poder realizar el análisis que se requiere para la toma de decisiones operativas en la dirección del programa. La periodicidad de estas reuniones podrán ser determinadas por la dirección del programa en cada nivel siempre y cuando garanticen el conocimiento de la situación epidemiológica de las ETS en cada territorio para ir instrumentando las medidas necesarias para su control (anual, semestral, trimestral, mensual y semanal).

- En las reuniones de análisis del programa a nivel del área de salud participarán el Director, quien la preside, el SHE, el dermatólogo, el responsable del laboratorio, la E.E. en ETS y el responsable de estadísticas.

- En las reuniones operativa a nivel del municipio participarán las E. E. en ETS de cada área de salud y del municipio y del Hospital Materno-Infantil del territorio, junto al epidemiólogo municipal que atiende el programa el que preside la reunión junto con el dermatólogo municipal, cuando se disponga de este personal.

- En las reuniones de análisis del programa en la provincia participarán las E. E. en ETS de cada municipio y de la provincia, junto al jefe del programa en ese nivel y el jefe del grupo provincial de dermatología.

- El Director Municipal de Salud, analizará el desarrollo del programa con su equipo de dirección y los directores de área de salud y subdirectores de HE de las áreas, junto al equipo que atiende el programa a nivel de municipio (epidemiólogo, dermatólogo, laboratorio clínico, estadísticas y la E. E. en ETS del Municipio).

- Además de las reuniones antes señaladas el Programa también será controlado en el marco del análisis de las estrategias principales a nivel de Provincias y Ministerio.

- Comité técnico asesor en ETS municipal y provincial.

Forman parte de este comité, el epidemiólogo que atiende el programa, representantes de medicina general integral, dermatología, gineco-obstetricia, promoción y educación para la salud, laboratorio de microbiología, estadísticas, la E.E. en ETS del CMHE o del CPHE, el que se reunirá mensualmente para analizar la marcha del programa a su nivel y recomendar las acciones que se requieran.

-Comité técnico asesor en ETS en el nivel central.

Estará integrado por representantes de las DNE, medicina general integral, enfermería y materno-infantil, los grupos nacionales de dermatología, laboratorio clínico y microbiología, así como el CNPES, el que se reunirá mensualmente.

- Reunión nacional de evaluación del programa se realizará con periodicidad anual en la que participan el Comité técnico asesor nacional y los epidemiólogos jefes de programa en las provincias.

ANEXO 8.

Indicadores de evaluación y control.

-Comunes a la Blenorragia y la Sífilis

En este acápite se incluyen los indicadores que son utilizados tanto para Sífilis como para Blenorragia, independientemente de los de uso específico en cada enfermedad.

- Casos tratados.

Pacientes diagnosticados que han recibido el tratamiento completo de acuerdo a lo establecido en el programa. Debe ser del 100 %.

Total de enfermos tratados
_____X100
Total de enfermos notificados

- Casos entrevistados

Pacientes diagnosticados que han sido entrevistados. Debe ser del 100 %.

Total de enfermos entrevistados
_____X100

Total de enfermos notificados

- Índice de contactos

Promedio de contactos obtenidos en la entrevista de los casos.
Debe ser como mínimo 2 en los casos de Blenorragia y 3 en los casos de Sífilis.

$$\frac{\text{Total de contactos obtenidos}}{\text{Total de enfermos entrevistados}} = 2 \text{ o } 3$$

- Índice de sospechosos

Promedio de sospechosos obtenidos en la entrevista de los casos. Debe ser como mínimo 1 tanto en los casos de Blenorragia como en los de Sífilis.

$$\frac{\text{Total de sospechosos obtenidos}}{\text{Total de enfermos entrevistados}} = 1$$

- Índice de asociados

Promedio de asociados obtenidos en la entrevista de los casos. Debe ser como mínimo 2 tanto en los casos de Blenorragia como en los de Sífilis.

$$\frac{\text{Total de asociados obtenidos}}{\text{Total de enfermos entrevistados}} = 2 \text{ y } 2$$

- Índice de personas de riesgo identificadas

Promedio de contactos+sospechosos+asociados (sumados) obtenidos en la entrevista de los casos. Debe ser como mínimo 6 en los casos de sífilis y 5 en los de mg.

$$\frac{\text{Total de contactos+sospechosos+asociados obtenidos}}{\text{Total de enfermos entrevistados}} = 6 \text{ o } 5$$

- Contactos sexuales controlados

Contactos sexuales que son localizados, examinados mediante examen clínico y estudios serológicos y/o bacteriológicos y que reciben tratamiento profiláctico. Debe ser 100 %.

$$\frac{\text{Total de contactos sexuales controlados}}{\text{Total de contactos detectados}} \times 100$$

- Sospechosos controlados

Sospechosos que son localizados, se le realiza examen clínico y estudios serológicos y/o bacteriológicos. Debe ser del 90 %.

Total de sospechosos controlados
_____X100

Total de sospechosos detectados

- Asociados controlados

Asociados que son localizados, se le realiza examen clínico y estudios serológicos y/o bacteriológicos. Debe ser del 80 %

Total de asociados controlados
_____X100

Total de asociados detectados

- Índice epidemiológico

Promedio de casos nuevos secundarios al caso índice, que se detectan entre los contactos sexuales, los sospechosos y los asociados controlados. Debe ser del 25 % en Blenorragia y del 20 % en la Sífilis. Caso índice: es el primer caso que se detecta a partir del cual se inicia la investigación epidemiológica. Un enfermo que es el caso índice de una investigación no puede considerarse caso secundario de otro caso que aparezca en la misma investigación. O sea que si de un enfermo A se detecta un caso nuevo secundario B, el caso A no es caso nuevo secundario a B.

Total de casos nuevos secundarios detectados
_____ 20/15 % contactos sospechosos y asociados controlados

Indicadores específicos.

-Blenorragia

- Índice de positividad de los exudados endocervicales directos por tinción de Gram que resultan positivos a Blenorragia.

Debe ser del 3 %.

- Índice de positividad de exudados uretrales.

- El índice de positividad de los exudados uretrales directos por tinción de Gram en personas con uretritis que resultan positivos a Blenorragia.

Debe ser del 70 %.

-Sífilis

- Serologías reactivas de primera vez (se excluyen las serologías de seguimiento) con una conclusión diagnóstica antes de los tres meses de estudio como máximo.

Debe ser del 100 %.

- Embarazadas con serología reactivas tratadas de inmediato.

Debe ser del 100 %.

ANEXO 9.

Promoción y Educación para la Salud en los diferentes niveles.

- Los Jefes del Dpto. de Promoción y Educación para la Salud, capacitarán al personal de salud de la atención primaria (MEF, PGBT, Epidemiólogo, Dermatólogo, E. E. en ETS), en las metodologías y técnicas, que faciliten el desarrollo de las actividades del componente educativo del programa.

- Actividades a desarrollar:

- Ejecución de técnicas y procedimientos educativos, que apelen al área afectiva. (Técnicas afectivas participativas).
- Promover mediante la comunicación interpersonal y grupal la opción de prácticas sexuales menos riesgosas, utilizando para ello la demostración del uso del condón.
- Ejercitar la autoestima de manera que las personas asuman el derecho a exigir protección, favoreciendo la actividad al NO frente a prácticas sexuales riesgosas, mediante técnicas afines.
- Facilitar la multiplicación de información a través de la formación de promotores, mediante la comunicación de pares.
- Propiciar en la población estilos de enfrentamientos adecuados a la infección en las ETS, mediante técnicas participativas.
- Identificar y entrenar a individuos como facilitadores de sexo seguro, en grupos más expuestos.

INDICE

	Pag.		
I. INTRODUCCION	1		
II. PROPOSITOS	2		
III. LIMITES	2		
IV. OBJETIVOS GENERALES	2		
V. OBJETIVOS COMUNES A LA BLENORRAGIA Y LA SIFILIS.	2		
VI. OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA BLENORRAGIA.	3		
VII. OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA SIFILIS.	3		
VIII. ORGNIZACION Y FUNCIONES.	3		
Nivel Nacional.	3	Nivel Provincial.	3
Directores de Hospitales gineco-obstétricos y con servicios de esta especialidad.	4		
Directores de otros hospitales.	5		
Nivel Municipal.	6		
Nivel de Atención Primaria.	6		
Subdirector de Higiene y Epidemiología del Policlínico.	6		
Dermatólogo del Policlínico.	7		
Enfermera Especializada en ETS.	8		
Médico de Familia.	9		
Enfermera de la Familia.	11		
Laboratorio del Policlínico.	11		
Departamento de Estadística.	12		
IX. ASPECTOS GENERALES.	13		
X. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.	13		
XI. TRATAMIENTO.	15		
XII.CRITERIOS DE CURACION, ALTA CLINICA Y EPIDEMIOLOGICA.	20		
ANEXO 1 DEFINICION DE CASOS.	20		
ANEXO 2 CLASIFICACION SANTARIA	21		
ANEXO 3 CALIDAD DEL LABORATORIO	23		
ANEXO 4 DIAGNOSTICO DE LABORATORIO Y TOMA DE MUESTRA EN BLENORRAGIA			
ANEXO 5 PREVENCION DE LA SIFILIS CONGENITA	24		
ANEXO 6 SISTEMA DE INFORMACION ESTADISTICA.	26		
ANEXO 7 EVALUACION Y CONTROL.	31		
ANEXO 8 INDICADODRES DE EVALUACION.	33		
ANEXO 9 PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD	35		

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
DIRECCION NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

ACTUALIZACION DEL PROGRAMA
NACIONAL DE CONTROL DE ETS
SIFILIS Y BLENORRAGIA

Abril de 1997.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Dr. Carlos Dotres Martínez
Ministro

AREA DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGIA

Dr. Raul Pérez González
Viceministro

Dr. Manuel Santín Peña
Director Nacional de Epidemiología

PARTICIPANTES EN LA ELABORACION DEL PROGRAMA

AUTORES:

Dr. Reinaldo E. Gil Suárez
Jefe del Programa Nacional de Control de ETS
Dirección Nacional de Epidemiología

Dr. Rolando Ramírez Fernández
Dirección Nacional de Epidemiología

Dr. Rigoberto Torres Peña
Dirección Nacional de Epidemiología

Dr. Manuel Santín Peña
Director Nacional de Epidemiología

Dra. Olenia Hernández Gutiérrez
Dirección Nacional de Epidemiología

Dra. Ana Teresa Fariñas Reinoso
Facultad de Salud Pública

Dr. Alfredo Abreu Daniel
Jefe Grupo Nacional de Dermatología

Dra. Alina Llop Hernández
Sub-directora del IPK

Dr. Evelio Cabezas Cruz
Dirección Nacional Materno-Infantil

Dr. Francisco Valdés Lazo
Dirección Nacional Materno-Infantil

Dra. Zobeida Lobio Cárdenas
Grupo Nacional de Dermatología

Dra. María Ester Alvarez Lauzarique
Dirección Nacional de Estadísticas

Lic. Clara Montesino Alfonso
Grupo Nacional de Enfermería

Lic. Manuel Hernández Fernández
Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud

Dra. Marta Centelles Cabrera
Grupo Nacional de Medicina General Integral

Lic. Raisa Estrada Muñoz
Dpto. Nacional de Enfermería

Dra. Caridad Almanza Martínez

Hospital González Coro

COLABORADORES:

Jefes de Programa de Control en las provincias:

- Dr. Niel Acosta (Pinar del Río)
Dr. Sergio Sánchez (Ciudad de La Habana)
Dra. Mercedes Hernández (Matanzas)
Dra. Esther Rivero (Villa Clara)
Dra. Esperanza Zaldivar (Cienfuegos)
Dr. Orlando Sanchez (Sancti Spiritus)
Dr. Orlando Paez (Ciego de Avila)
Dra. Nieves Atrio (Camagüey)
Dr. Ricardo Ramírez (Las Tunas)
Dr. Gilberto Urbino (Holguín)
Dr. Ibraín Quintana (Granma)
Dr. Luis Valdés (Santiago de Cuba)
Dr. Jorge Jane (Guantánamo)

Dr. Archivaldo Marín (Isla de la Juventud)

Jefes de Grupos Provinciales de Dermatología

- Dr. Guido López (Pinar del Río)
Dra. Fernanda Pastrana (Ciudad de La Habana)
Dra. Elvira Alfonso (Matanzas)
Dra. Blanca Gómez (Villa Clara)
Dr. Roberto Seife (Cienfuegos)
Dra. Gladys Veloso (Camagüey)
Dra. Marta Fernández (Las Tunas)
Dra. Onelia Hernández (Holguín)
Dra. Irene Ayala (Granma)
Dra. Danisela López (Santiago de Cuba)
Dra. Nancy Mora (Guantánamo)

Otros colaboradores:

Lic. Mercedes Chauen (CPHE Santiago de Cuba)

Dr. Roberto Alvarez Cintres (Grupo Nacional de MGI)