

República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

GUIA DE ATENCION DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ

GUIA DE ATENCION DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ

Ministro de Salud

MAURICIO ALBERTO BUSTAMANTE GARCÍA

Viceministro de Salud

CARLOS ARTURO SARMIENTO LIMAS

Director General de Promoción y Prevención

TABLA DE CONTENIDO

1. JUSTIFICACIÓN	4
2. DEFINICIÓN	4
3. OBJETIVO	4
4. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES	5
4.1 DESCRIPCIÓN CLÍNICA	5
4.2 COMPLICACIONES	7
5. POBLACION OBJETO	7
6. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCION	7
6.1 EDUCACION PARA LA PREVENCION.....	7
6.2 DETECCION.....	9
6.3 DIAGNOSTICO.....	9
6.4 TRATAMIENTO	10
6.4.1 Tratamiento farmacológico.....	10
6.4.1.1 <i>Secreción uretral u cervicitis mucopurulenta</i>	10
6.4.1.2 <i>Lesiones ulcerativas genitales</i>	11
6.4.1.3 <i>Verrugas genitales</i>	11
6.4.1.4 <i>Flujos vaginales</i>	12
6.4.1.5 <i>Vaginosis bacteriana</i>	12
6.4.1.6 <i>Enfermedad pélvica inflamatoria</i>	12
6.4.1.7 <i>Bubón o inflamación inguinal</i>	13
6.4.1.8 <i>Epididimitis</i>	14

7.	FLUJOGRAMA	15
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	17

1. JUSTIFICACIÓN

El control de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) es fundamental para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población. Entre las estrategias de intervención que han demostrado ser eficaces para su control es básica la búsqueda, detección, el manejo precoz y eficaz de los casos, al permitir no solo la prevención secundaria a nivel individual, sino también la prevención primaria a nivel colectivo; adicionalmente, el tratamiento precoz y eficaz de las ETS previene la propagación del VIH. Para lograr lo anterior es necesario proveer servicios accesibles, aceptables, que satisfagan las expectativas de los pacientes, eficaces y oportunos, y promover ampliamente su uso; para lo cual es necesaria la normalización del proceso de atención de las ETS en el marco del plan obligatorio de salud.

El abordaje sindromático constituye la mejor alternativa, por lo que se ha seleccionado como el manejo de elección de la mayoría de casos de ETS en Colombia.

El *enfoque o abordaje sindromático* comprende la identificación clínica de un síndrome asociado a un número de agentes etiológicos bien definidos, ofreciendo tratamiento para la mayoría de los agentes responsables más frecuentemente de dicho síndrome en la localidad.

2. DEFINICIÓN

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son todas aquellas infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual ¹, fundamentalmente durante las relaciones sexuales penetrativas de pene o lengua a vagina, ano, o cavidad oral. Algunas también son transmitidas de madre a hijo, durante la gestación, el parto, o la lactancia, y/o a través del contacto sanguíneo. Su transmisión sexual ocurre cuando se presenta un comportamiento sexual de riesgo, el cual puede definirse como el antecedente de por lo menos UN contacto sexual penetrativo sin protección (sin uso de condón) con una persona de la cual se ignora si tiene o no una ETS, o se conoce que la tiene. En la presente guía se tomara la infección como sinónimo de enfermedad.

3. OBJETIVO

Los objetivos de la presente guía son:

- Permitir un diagnóstico precoz de la ETS, en el grupo de 10 a 29 años
- Prevenir la diseminación de las ETS, en el grupo de 10 a 29 años .
- Ofrecer un tratamiento eficaz y oportuno de las ETS, a cualquier edad

4. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son todas aquellas infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual ², fundamentalmente durante las relaciones sexuales penetrativas de pene o lengua a vagina, ano, o cavidad oral. Algunas también son transmitidas de madre a hijo, durante la gestación, el parto, o la lactancia, y/o a través del contacto sanguíneo. Su transmisión sexual ocurre cuando se presenta un comportamiento sexual de riesgo, el cual puede definirse como el antecedente de por lo menos un contacto sexual penetrativo sin protección (sin uso de condón) con una persona de la cual se ignora si tiene o no una ETS, o se conoce que la tiene. En la presente guía se tomara la infección como sinónimo de enfermedad.

4.1 DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Las ETS pueden ser sintomáticas o asintomáticas; alrededor de 5 de cada 10 hombres y 8 de cada 10 mujeres con ETS no desarrollan síntomas ^{3 4 5}. Por eso deben buscarse en toda persona que presente un comportamiento sexual de riesgo, así no presente síntomas. De hecho, las ETS son transmitidas usualmente por personas que tienen infecciones asintomáticas o que tienen síntomas que ignoran ⁶.

Cuando una ETS es sintomática, se puede manifestar más frecuentemente como alguno de los síndromes relacionados en la clasificación por síndromes, sin embargo no son las únicas manifestaciones posibles; en general, es importante recordar que así como no toda manifestación en genitales es una ETS, no todas las ETS presentan manifestaciones en genitales. Los períodos de incubación son muy variables para cada síndrome. Los períodos de transmisibilidad también son variables, e incluyen estados asintomáticos; sin embargo algunas infecciones parecen requerir de lesiones activas (HSV 2, VPH).

Las ETS pueden clasificarse, entre otras maneras, según el síndrome asociado con mayor frecuencia; la presente guía hace referencia al manejo de los síndro-

mes de secreción uretral, cervicitis mucopurulenta, epididimitis, enfermedad pélvica inflamatoria aguda, vulvovaginitis, vaginosis bacteriana, lesiones ulcerativas de los genitales, bubón o inflamación inguinal, verrugas anales y genitales, escabiosis, y pediculosis púbica.

La atención de la infección por el VIH y el SIDA son objeto de la respectiva guía de atención.

Cuadro No.1. Clasificación por síndromes de ETS comunes

Síndrome	Principales agentes de transmisión sexual
Secreción uretral (Uretritis masculina)	N. gonorrhoeae, C. Trachomatis, U. urealyticum, T. vaginalis, HVS
Cervicitis mucopurulenta	N. gonorrhoeae, C. Trachomatis
Epididimitis	N. gonorrhoeae, C. Trachomatis
Enfermedad pélvica inflamatoria aguda	N. gonorrhoeae, C. Trachomatis, bacterias asociadas a la vaginosis bacteriana
Vulvovaginitis	C. albicans, T. Vaginalis
Vaginosis bacteriana	Bacterias asociadas a la V.B.
Lesiones ulcerativas de genitales	T. pallidum, H. Ducreyii, C. Trachomatis (cepas LGV), C. Granulomatis, HSV-2, HSV-1.
Bubón o Inflamación Inguinal	C. trachomatis (cepas LGV), H. Ducreyii, C. granulomatis, T. pallidum, HSV-2, HSV-1.
Verrugas anales y genitales	Virus del papiloma humano (tipo genital), virus del molusco contagioso
Escabiosis	S. scabiei
Pediculosis púbica	P. pubis
SIDA	VIH-1, VIH-2
Hepatitis viral	VHB
Paraparesia espástica tropical PET/HAM	HTLV-1
Cáncer de células escamosas en cérvix, ano, vulva, vagina, o pene	Virus del papiloma humano (especialmente los tipos 16, 18, 31, y 45)
Sarcoma de Kaposi	HSV-8 (?)
Neoplasias linfoides	VIH, VEB, HTLV-1
Carcinoma hepatocelular	VHB

FUENTE: El Control de las ETS, un manual para el diseño y la administración de Programas. AIDSCAP/Family Health International, 1997

4.2 COMPLICACIONES

A nivel individual, las ETS tienen un enorme impacto por sus frecuentes complicaciones, siendo más vulnerables las mujeres, y los niños cuando las adquieren por transmisión vertical.

En mujeres, la complicación más frecuente es la enfermedad pélvica inflamatoria, con sus consecuencias como infertilidad, dolor pélvico crónico, y embarazo ectópico con mortalidad materna asociada; el espectro de complicaciones y secuelas puede incluir el cáncer de cérvix, la enfermedad hepática crónica, cirrosis, y carcinoma hepático, neoplasias linfoides, y todas las implicaciones de la paraparesia espástica, además de las alteraciones del embarazo.

En niños el espectro de complicaciones y secuelas puede incluir el aborto, la muerte perinatal, malformaciones congénitas, ceguera, sordera, lesiones óseas, lesiones neurológicas irreversibles.

En hombres el espectro de complicaciones y secuelas puede incluir la orquitis y epididimitis, la infertilidad, el cáncer de pene, la enfermedad hepática crónica, cirrosis, carcinoma hepático, las neoplasias linfoides, y todas las implicaciones de la paraparesia espástica.

5. POBLACION OBJETO

Población con sintomatología sugerente de enfermedad de transmisión sexual, afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado.

6. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCION

6.1 EDUCACION PARA LA PREVENCION

Con el fin de mejorar el impacto y la eficiencia de las actividades de educación para la prevención, éstas deben diseñarse y ejecutarse, sin excepción, con una definición clara de los objetivos y metas de eficacia, las cuales deben estar orientadas a intervenir comportamientos, y no solo a informar.

Para esto es indispensable conocer y caracterizar los comportamientos sexuales en la población afiliada, de manera que las intervenciones sean dirigidas a

subpoblaciones específicas y no a población general, utilizando en su diseño alguna metodología participativa con muestras de la población objeto de la actividad.

Las intervenciones en comportamiento deben orientarse básicamente a :

- Facilitar la autoidentificación de la vulnerabilidad a adquirir ETS
- Inducir la demanda de los servicios de atención de ETS, mejorando la conducta de búsqueda de servicios, dando importancia al reconocimiento de posibles alteraciones en el organismo
- Reducir la tasa de cambio de pareja sexual
- Promover la selección de una pareja sexual segura - fidelidad mutua entre no infectados
- Promover alternativas de sexo no penetrativo
- Promover el sexo sin alcohol u otras sustancias psicoactivas

Características ideales de las intervenciones educativas:⁷

- Tener un fin concreto en reducir los comportamientos de riesgo sexual que podrían llevar a infección por VIH o embarazo.
- Usar teorías de aprendizaje social como base para el desarrollo de programas, estos programas deben ir mas allá del nivel cognoscitivo, deben reconocer las influencias sociales, cambios en los valores individuales, cambios en las normas de que rigen grupos y construcción de habilidades sociales.
- Proveer la información básica acerca del riesgo de tener una relación sin protección y métodos para disminuir el riesgo de relaciones sexuales sin protección mediante actividades experimentales diseñadas a personalizar esta información.
- Incluir actividades de dirección social o influencia de medios en los comportamientos sexuales.
- Reforzar valores individuales y valores en grupos para que eviten el sexo sin protección.
- Proveer modelos y practica de habilidades de negociación.

- Las actividades de educación para la prevención deben realizarse por lo menos una vez al año.

6.2 DETECCION

La detección de las ETS se inicia cuando cualquier persona de cualquier sexo entre 10 y 29 años entra en contacto con el prestador de servicios por cualquier motivo.

En estas personas, como parte de la anamnesis rutinaria, en el interrogatorio de antecedentes personales debe investigarse y establecerse su vulnerabilidad a las ETS.

Para efectos del procedimiento, la vulnerabilidad se establece cuando la persona tiene un comportamiento sexual de riesgo, según la definición previamente consignada.

Esto implica que el interrogatorio debe dirigirse específicamente a establecer si existe o no un comportamiento sexual de riesgo, se sugiere preguntar por ejemplo: *¿ha tenido relaciones sexuales?*, y en caso afirmativo *¿con que planifica?*, para establecer la existencia de un comportamiento sexual de riesgo, a menos que esa relación no protegida haya sido con una persona de la cual se tiene certeza de que no tiene una ETS (por ejemplo, porque haya sido su primera relación sexual).

Si no existe un comportamiento sexual de riesgo se termina la detección, y se envía el paciente a la actividad grupal de educación para la prevención si no ha asistido durante el año.

Si existe un comportamiento sexual de riesgo, se determinará si hay síntomas como secreción uretral o ardor al orinar el hombre, o flujo, molestias al orinar o dolor vulvar o pélvico en la mujer, en caso de ser así, debe remitirse a consulta médica general para examen completo y tratamiento.

6.3 DIAGNOSTICO

Todo paciente que consulte por una ETS, o que esta se le identifique durante el proceso de detección, debe ser diagnosticado sindromáticamente y su ETS resuelta en el mismo día en que solicita la atención, según los síndromes definidos en la clasificación consignada previamente.

En caso de hallazgos positivos, debe diagnosticarse y tratarse sindromáticamente en la misma cita y debe enviarse a consejería preprueba, la cual debe ser

realizada por un psicólogo, o por otro profesional entrenado en consejería, en la cual el paciente decidirá si desea realizarse la prueba presuntiva de VIH.

Deben solicitarse los siguientes paraclínicos para identificar ETS no manifiestas : citología cervicouterina en la mujer, serología RPR o VDRL en hombre y mujer.

Finalmente debe ser enviado a una sesión individual de educación para prevención.

La detección de ETS debe ser realizada por el médico general, y deberá ser resuelta en la misma consulta no requiriendo control rutinario.

6.4 TRATAMIENTO

El tratamiento o manejo integral de las ETS incluye tratamiento farmacológico, búsqueda de otras ETS y educación.

6.4.1 Tratamiento farmacológico

Todo paciente que sea diagnosticado con una ETS debe ser tratado de inmediato y sindromáticamente. La orientación del tratamiento farmacológico puede variar si los estudios locales establecen diferentes frecuencias en agentes patógenos o combinaciones de ellos para alguno de los síndromes.

La selección de los medicamentos debe basarse en criterios como eficacia mayor del 95%, bajo costo, toxicidad aceptable, baja resistencia, dosis única, administración oral, y no contraindicación en gestantes o mujeres lactando.

6.4.1.1 Secreción uretral u cervicitis mucopurulenta

Para tratar la secreción uretral, y la cervicitis mucopurulenta, el manejo está orientado a cubrir *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, se puede utilizar el siguiente esquema :

Ciprofloxacina 500 mg vía oral en dosis única

MAS

Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días

La Ciprofloxacina puede ser reemplazada por Ceftriaxona 250 mg intramuscular en dosis única (elección en gestantes), o por Norfloxacina 800 mg vía oral en dosis única^{8 9}. La Doxiciclina puede ser reemplazada por Eritromicina (elección en

gestantes) 500 mg cada 6 horas durante 7 días¹⁰, la dosis puede ser de 250 mg cada 6 horas durante 14 días;

Para el etilsuccinato de eritromicina la dosis debe ser de 800 mg cada 6 horas por 7 días, o de 400 mg cada 6 horas por 14 días), o por Amoxicilina (elección en gestantes) 500 mg cada 8 horas durante 7 días^{11 12}. Otra alternativa será la Azitromicina a dosis de 1.g dosis única¹³.

6.4.1.2 Lesiones ulcerativas genitales

El tratamiento de las lesiones ulcerativas de genitales, orientado a cubrir *T. pallidum* y *H. ducreyii*, se puede utilizar el siguiente esquema:

Penicilina benzatínica 2'400.000 UI intramuscular en dosis única

MAS

Ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas por 3 días

La Penicilina benzatínica puede ser reemplazada (excepto en la Gestante) por Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 14 días, o por Tetraciclina 500 mg cada 6 horas por 14 días, y la Ciprofloxacina puede ser reemplazada por Ceftriaxona 250 mg intramuscular en dosis única (elección en gestantes), por Azitroicina 1.0 gr dosis unica¹⁴o por Eritromicina 500 mg cada 6 horas por 7 días. Se debe buscar al compañero sexual para tratamiento .

El tratamiento de las Lesiones ulcerativas de genitales, orientado a cubrir HSV en su primer episodio, se puede utilizar el siguiente esquema :

Aciclovir 400 mg cada 8 horas vía oral por 7 a 10 días

El esquema de Aciclovir puede ser de 200 mg cada 4 horas en cinco dosis diarias vía oral durante 7 a 10 días¹⁵. Para recurrencias se utilizan las mismas dosificaciones pero solo durante 5 días. Se debe buscar al compañero sexual para detección del VHS. También se esta utilizando el Valaciclovir en dosis de 500 mg una vez al día por cinco días¹⁶, sin embargo hay que tener en cuenta el costo pues no esta cubierto por el POS

6.4.1.3 Verrugas genitales

Aplicación local de Podofilina al 0.5% en las lesiones perineales, o del pene¹⁷ .
Toma de citología vaginal .

6.4.1.4 *Flujos vaginales*

El tratamiento de los flujos vaginales se deberá orientar hacia *Cándida albicans*, *Trichomonas* y vaginosis bacteriana.

Para tratar la Vaginitis, orientado a cubrir *T. vaginalis* y *C. albicans*, se puede utilizar el siguiente esquema ^{18 19} :

Metronidazol 2 gramos vía oral en dosis única

MAS

Clotrimazol 100 mg tópico cada noche por 7 días

El Clotrimazol puede ser reemplazado por Nistatina 100.000 UI tópico cada noche por 14 noches; para el tratamiento de la *C. albicans* aunque se prefieren los medicamentos tópicos y de dosis múltiples, aunque se tienen medicaciones orales como el Ketoconazol a dosis de 400 mg día por cinco días para la pareja ^{XV} o el floconazol a dosis única de 150 mg ²⁰. En la gestante en primer trimestre solo se usa el Clotrimazol, y al pasar al segundo trimestre se administra el Metronidazol. En el tratamiento de *T vaginalis* el compañero sexual debe recibir igual tratamiento.

6.4.1.5 *Vaginosis bacteriana*

En el tratamiento de la Vaginosis bacteriana, orientado a cubrir flora anaerobia vaginal, se puede utilizar el siguiente esquema:

Metronidazol 2 gramos vía oral en dosis única

El esquema de Metronidazol puede ser de 500 mg cada 12 horas vía oral por 7 días (puede utilizarse solo después del primer trimestre en gestantes).; para el tratamiento de la vaginosis bacteriana se prefieren nitroimidazoles sistémicos, no tópicos. El compañero sexual no requiere tratamiento ²¹

6.4.1.6 *Enfermedad pélvica inflamatoria*

La enfermedad pélvica inflamatoria deberá ser diagnosticada por el médico después de un examen abdominal y ginecológico completo, descartado previamente embarazo ectópico y apendicitis.

Para tratar la Enfermedad Pélvica Inflamatoria aguda ambulatoriamente, orientado a cubrir *N. gonorrhoeae* y *C trachomatis*, se puede utilizar el siguiente esquema ²²
²³.

Metronidazol 500 mg cada 8 horas Via oral por 7 días

MAS

Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 14 días

o

Ceftriaxona 250 mg intramuscular en dosis única

MAS

Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 14 días

Para tratar la Enfermedad Pélvica Inflamatoria aguda hospitalariamente, orientado a cubrir *N. gonorrhoeae* y *C trachomatis*, se puede utilizar el siguiente esquema ²⁴:

Clindamicina 900 mg endovenoso cada 8 horas

MAS

Gentamicina (2 mg/kg inicial y 1,5 mg/kg mantenimiento o IV cada 6 horas o 3 mg/kg IM /día

Otros esquemas requieren de medicamentos o presentaciones no incluidas en el manual de medicamentos y terapéutica vigente.

6.4.1.7 *Bubón o inflamación inguinal*

En el tratamiento del Bubón o Inflamación inguinal, orientado a cubrir *C. granulomatis*, *C. trachomatis* (cepas LGV) y *H. ducreyii*, se puede utilizar el siguiente esquema :

Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 21 días

MAS

Ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas vía oral por 3 días

La Doxiciclina puede reemplazarse por Eritromicina (elección en gestantes) 500 mg cada 6 horas durante 21 días, y la Ciprofloxacina puede ser reemplazada por

Ceftriaxona (elección en gestantes) 250 mg intramuscular en dosis única, o por Eritromicina (elección en gestantes) 500 mg cada 6 horas por 7 días. Se debe buscar al compañero sexual para tratamiento

6.4.1.8 Epididimitis

En el tratamiento de la Epididimitis, orientado a cubrir *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, se puede utilizar el siguiente esquema:

Ceftriaxona 250 mg intramuscular en dosis única

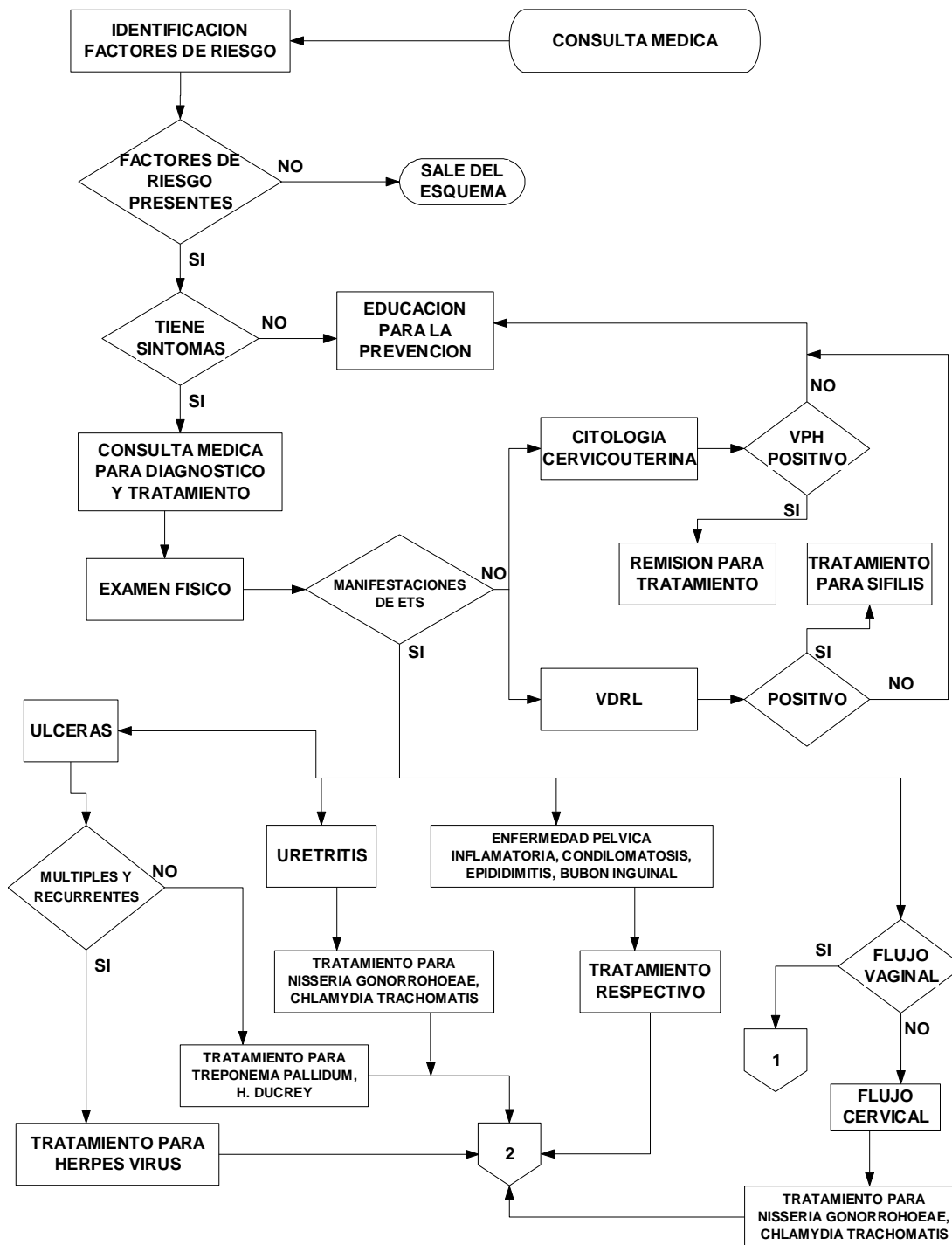
MAS

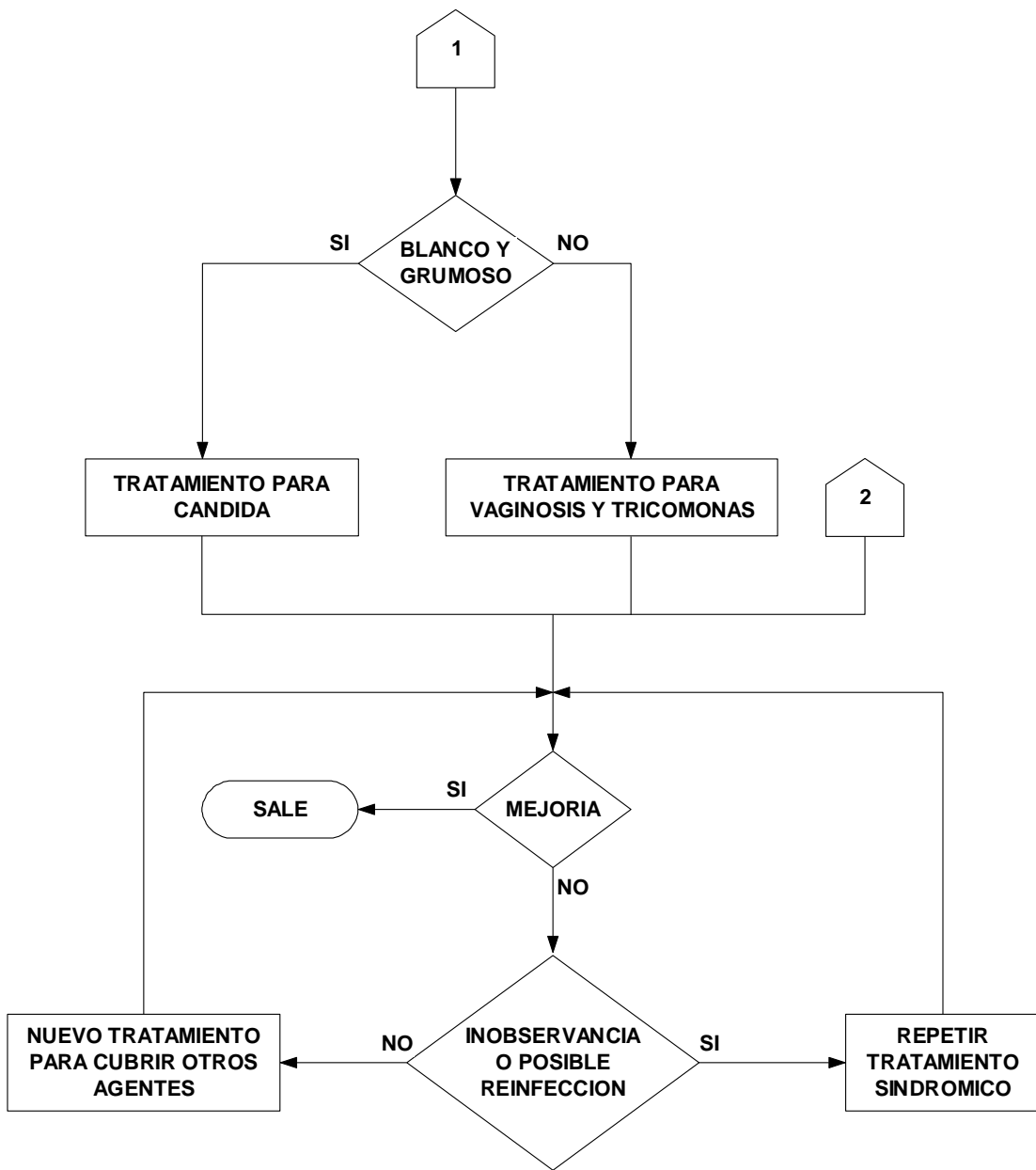
Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 10 días

Si el paciente es tratado sindromáticamente y la unidosis o primera dosis es supervisada, no es necesaria una cita de control. Se exceptúa de lo anterior la mujer con diagnóstico de verrugas genitales, que debe ingresar al programa de prevención de cáncer cervicouterino.

Si el paciente es tratado adecuadamente y regresa sintomático, debe valorarse la posibilidad de reinfección y la posibilidad de inobservancia del tratamiento; si es así, debe repetirse el tratamiento sindromático supervisado y reforzar la educación; si no hay posibilidad de reinfección o de inobservancia del tratamiento, debe intentarse un nuevo tratamiento sindromático supervisado orientado a cubrir otros agentes causantes del síndrome que no fueron cubiertos en el tratamiento inicial. Si esta última posibilidad no es exitosa, debe evaluarse la posibilidad de resistencias o de otros factores que estén impidiendo el tratamiento eficaz.

7. FLUJOGRAMA





8. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana. Normas y Procedimientos Nacionales para la Atención de las ETS. 1999
- ² Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana. Normas y Procedimientos Nacionales para la Atención de las ETS. 1999
- ³ WHO press release, WHO/64. STD: three hundred and thirty-three million new, curable cases in 1995. Geneva: WHO, 1995.
- ⁴ Technical report series no 810. Management of patients with sexually transmitted diseases. Geneva: WHO, 1991.
- ⁵ Curran JW, Rendtorff RC, Chandler RW, et al, Female gonorrhoea its relationship to abnormal uterine bleeding, urinary tract symptoms and cervicitis. *Obstet Gynecol* 1975;45:195-198
- ⁶ Handsfield HH, Lipman TO, Harnisch JP, et al. Asymptomatic gonorrhoea in men: Diagnosis, natural course, prevalence and significance. *N Engl J Med* 1973; 290: 117-
- ⁷ Kirby D, Short L, Collins J et al. School based programs to reduce behaviors: a review of effectiveness . *Public Health Reports* 1994;109:339-360
- ⁸ Centers for Disease Control. Sexually transmitted disease guidelines *MMWR* 1993;42:56-57
- ⁹ Kaplowitz LG, Vishniavsky N, Evans T et al. Norfloxacin in the treatment of Uncomplicated gonococcal infections. *Am J Med* 1987;82:35-39
- ¹⁰ Adair CD, Gunter M, Stovall TG. Chlamydia in pregnancy: a randomized trial of Azithromycin and Erythromycin *Obstet Gynecol* 1998;91:165-168
- ¹¹ Rosenn MF, Macones GA, Silverman NS. Randomized trial of Erythromycin and Azithromycin for treatment of Chlamydial infection in Pregnancy. *Infectious Disease in obstetrics and gynecology* 1995;3:241-244
- ¹² Silverman NS, Sullivan M, Hochman M et al. A randomized, prospective trial comparing Amoxicillin and Erythromycin for the treatment of Chlamydia trachomatis in pregnancy. *Am J Obstet - Gynecol* 1994;170:829-832.
- ¹³ Steingrimsson O, Olafsson JH, Thorarinnsson H et al. Single dose Azithromycin treatment of gonorrhoea and infections caused by *C trachomatis* and *U urealyticum* in men. *Sex Transm Dis.* 1994;21:43-46

- ¹⁴ Martin DH, Sargent SJ, Wendel GD , et al. Comparison of Azithromycin and Ceftriaxone for the treatment of chancroid. *Clin Infect Dis* 1995;21:409-414
- ¹⁵ Mindel A; Weller IV; Faherty A. Acyclovir in first attacks of genital herpes and prevention of recurrences. *Genitourin-Med* 1986;62:28-32
- ¹⁶ Patel R. Bodsworth NJ. Woolley P. Et al. Valaciclovir for the suppression of recurrent genital HSV infection: a placebo controlled study of once daily therapy. International Valaciclovir HSV study group. 1997;73:105-9
- ¹⁷ Strand A; Brinkeborn RM; Siboulet A. Topical treatment of genital warts in men, an open study of podophyllotoxin cream compared with solution. 1995;71:387-90
- ¹⁸ Tidwell BH, Kushbaugh WB, Laughlin MD. Et al. A double blind placebo controlled trial of single dose intravaginal versus single dose oral metronidazole in the treatment of trichomonal vaginitis. *J. Infect Dis.* 1994;170:242-246
- ¹⁹ Sobel JD, Schmitt C, Stein G et al. Initial management of recurrent vulvovaginal candidiasis with oral Ketoconazole and topical Clotrimazole. *J Reprod Med.* 1994;39:517- 520.
- ²⁰ Sobel JD, Brooker D, Stein GE, et Al Single oral dose Fluconazole compared with conventional Clotrimazole topical therapy of *Candida* vaginitis. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1263-1268
- ²¹ Joesoef M R. Schmid G P. Bacterial vaginosis: review of treatment options and potential clinical indications for therapy. *Clinical Infectious Diseases* 20(Supplement 1): pp. S72-S79. *Clinical Infectious Diseases* 1995;20:572-579
- ²² Arredondo JL; Diaz V; Gaitan H. Oral clindamycin and ciprofloxacin versus intramuscular ceftriaxone and oral doxycycline in the treatment of mild-to-moderate pelvic inflammatory disease in outpatients. 1997;24:170-8
- ²³ Sweet R, Gibbs R. Pelvic Inflammatory Disease en Sweet R, Gibbs R *Infectious Disease Of the Female Genital Tract Williams & Wilkins 3rd Ed* 1995: 379-428
- ²⁴ Hemsell DL; Little BB; Faro S. Comparison of three regimens recommended by the Centers for Disease Control and Prevention for the treatment of women hospitalized with acute pelvic inflammatory disease. 1994;19:720-7