

# Gobierno Federal



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**GPC**

**ACTUALIZACIÓN  
2012**

Prevención y Diagnóstico Oportuno de la  
**INFECCIÓN DEL TRACTO GENITOURINARIO  
INFERIOR POR *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*,**  
en el Primer Nivel de Atención

**EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES**

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **SS-006-08**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,  
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.  
[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC  
© Copyright CENETEC

Editor General  
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual, por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones, y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en algún procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita con fines de enseñanza y actividades no lucrativas dentro del Sistema Nacional de Salud.

Debe ser citado como: **Prevención y diagnóstico oportuno de la infección del tracto genitourinario inferior por *Chlamydia trachomatis*, en el primer nivel de atención.** México: Secretaría de Salud; 21 /MARZO/ 2013.

Actualización **parcial**.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)

CIE-10: A56.0 Infección del tracto genitourinario inferior debido a clamidias

GPC: Prevención y diagnóstico oportuno de la infección del tracto genitourinario inferior por *Chlamydia trachomatis*, en el primer nivel de atención

### AUTORES, COORDINADORES Y VALIDADORES 2008

<b>Coordinadora</b>			
Dra. Liliana Espinoza González	Maestra en Ciencias	Servicios de Salud de Nayarit	
<b>Autores</b>			
Dr. Miguel Ángel Martínez Enríquez	Médico Ginecoobstetra	IMSS HGZ No. 50	Médico Adscrito al Servicio de Obstetricia
Dra. Miriam Pavelht Casillas Ávila	Médica General	Servicios de Salud de Nayarit	Coordinadora Estatal de Capacitación para el Desempeño
Dr. Raúl Aguirre Hernández	Maestro en Ciencias	Servicios de Salud de Nayarit	Coordinador Estatal de Posgrado e Investigación Profesor Investigador de la Universidad Autónoma de Nayarit
Dra. María Magdalena Ruiz Rivera	Médica Ginecoobstetra	Hospital Civil de Tepic "Dr. Antonio González Guevara"	Jefa del Servicio de Ginecoobstetricia
Dr. José Antonio Viorato Topete	Médico Internista	Hospital Civil de Tepic "Dr. Antonio González Guevara"	Jefe del Servicio de Medicina Interna
Dr. José Bernardo Luna Varela	Médico Epidemiólogo	Hospital Civil de Tepic "Dr. Antonio González Guevara"	Adscrito al Servicio de Epidemiología
Dr. Juan Fernando López Flores	Maestro en Ciencias	Hospital Civil de Tepic "Dr. Antonio González Guevara"	Jefe de Enseñanza en el Hospital Civil de Tepic "Dr. Antonio González Guevara"
Lic. María Lourdes Islas Aguayo	Licenciada en Educación	Hospital Civil de Tepic "Dr. Antonio González Guevara"	Responsable de la Bibliohemeroteca en el Hospital Civil de Tepic "Dr. Antonio González Guevara"
<b>Asesora</b> Dra. Lorraine Cárdenas Hernández	Médica Ginecoobstetra	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica	Asesora de Guías de Práctica Clínica
<b>Validación interna</b>			
Dr. Fernando Martín Guerra	Dr. en Ciencias con	Instituto Nacional de	Jefe del Servicio de Virología

**PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO GENITOURINARIO INFERIOR POR  
*CHLAMYDIA TRACHOMATIS*, EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

Infante	Especialidad en Inmunología e Infectología	Perinatología	
Dr. Víctor Hugo Ramírez Santes	Médico Ginecoobstetra		Residente de 5to. año en Medicina Materno Fetal
Dr. Roberto Villagrana Zesati	Médico Ginecoobstetra Infectólogo		Médico Especialista
<b>Validación externa</b>			
Dr. Rafael Gerardo Buitrón García Figuroa	Médico Ginecoobstetra	Academia Mexicana de Cirugía	

## AUTORES, COORDINADORES Y VALIDADORES 2012

<b>Coordinadora</b>				
Dra. Liliana Espinoza González	Maestra en Ciencias	Servicios de Salud de Nayarit	Responsable de estadísticas en la Dirección de Regulación Sanitaria	Sociedad de Médicas del Estado de Nayarit
<b>Autores</b>				
Dra. Liliana Espinoza González	Maestra en Ciencias	Servicios de Salud de Nayarit	Responsable de estadísticas en la Dirección de Regulación Sanitaria	Sociedad de Médicas del Estado de Nayarit
Dra. Miriam Pavelht Casillas Ávila	Médica General	Hospital Civil de Tepic "Dr. Antonio González Guevara"	Adscrita al Servicio de Genética	
Dr. Raúl Aguirre Hernández	Maestro en Ciencias	Servicios de Salud de Nayarit	Coordinador estatal de posgrado e Investigación Profesor investigador de la Universidad Autónoma de Nayarit	
Dra. María Magdalena Ruiz Rivera	Médica Ginecoobstetra	Hospital Civil de Tepic "Dr. Antonio González Guevara"	Jefa del Servicio de Ginecoobstetricia	Colegio de Ginecología del Estado de Nayarit
Dr. José Antonio Viorato Topete	Médico Internista	Hospital Civil de Tepic "Dr. Antonio González Guevara"	Adscrito al Servicio de Medicina Interna	Colegio de Medicina Interna del Estado de Nayarit
Dr. José Bernardo Luna Varela	Médico Epidemiólogo	Hospital Civil de Tepic "Dr. Antonio González Guevara"	Adscrito al Servicio de Epidemiología	
Dr. Juan Fernando López Flores	Maestro en Ciencias	Hospital Civil de Tepic "Dr. Antonio González Guevara"	Jefe de Enseñanza en el Hospital Civil de Tepic "Dr. Antonio González Guevara"	
Lic. Ma. Lourdes Islas Aguayo	Licenciada en Educación	Hospital Civil de Tepic "Dr. Antonio González Guevara"	Responsable de la Biblioheroteca en el Hospital Civil de Tepic "Dr. Antonio González Guevara"	
<b>Validación interna</b>				
Dr. José Jesús Prado Alcázar	Ginecología y obstetricia Biología de la reproducción	Hospital de la Mujer	Médico adscrito	

## ÍNDICE

1. Clasificación .....	7
2. Preguntas a Responder.....	8
3. Aspectos Generales.....	9
3.1 JUSTIFICACIÓN .....	9
3.2 ACTUALIZACIÓN DEL AÑO 2008 AL 2012.....	10
3.3 OBJETIVO.....	11
3.4 DEFINICIÓN DE INFECCIÓN DEL TRACTO GENITOURINARIO INFERIOR DEBIDO A <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i> .....	12
4. Evidencias y Recomendaciones.....	13
4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA.....	14
4.1.1 Prevención.....	14
4.1.2 Diagnóstico.....	15
4.1.2.1 Sitios para la Toma de Prueba de Laboratorio para <i>Chlamydia Trachomatis</i> .....	17
4.1.2.2 Tamizaje para Pacientes con Síntomas y Signos por <i>Chlamydia Trachomatis</i> .....	20
4.1.2.3 Tamizaje a Mujer Embarazada .....	22
4.1.2.4 Tamizaje en Circunstancias Específicas .....	23
4.1.2.5 Tamizaje Oportuno .....	26
4.2 TRATAMIENTO.....	27
4.2.1 Infección no Complicada.....	29
4.2.2 Infección no Complicada en el Embarazo.....	30
4.2.3 Infección del Tracto Genital Alto en Mujeres.....	33
4.2.4 Infección del Tracto Genital Alto en Hombres.....	34
4.2.5 Instalación de Tratamiento.....	36
4.2.6 Seguimiento y Exámenes Posteriores al Tratamiento.....	36
4.3 PREVENCIÓN SECUNDARIA .....	39
4.3.1 Notificación a la Pareja.....	39
5. Anexos .....	48
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	48
5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN .....	52
5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO.....	55
5.5 LISTADO DE RECURSOS.....	56
5.6 TABLA DE MEDICAMENTOS.....	58
6. GLOSARIO .....	60
7. BIBLIOGRAFÍA.....	62
8. AGRADECIMIENTOS .....	64
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	65
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	66
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	67

PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO GENITOURINARIO INFERIOR POR  
*CHLAMYDIA TRACHOMATIS*, EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

## 1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: SS-006-08			
Profesionales de la salud	Médico Ginecólogo, Médico Urólogo, Médico Infectólogo, Médico Familiar, Médico Epidemiólogo, Médico General, Enfermera		
Clasificación de la enfermedad	A 56.0 Infección del tracto genitourinario inferior debido a clamidias. Incluye infección del tracto genitourinario inferior debido a <i>Chlamydia trachomatis</i> , Cervicitis, cistitis, uretritis y vulvovaginitis debidas a clamidias de acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10a. revisión, CIE 10		
Categoría de la guía	Primer Nivel de Atención	Consejería en relación con enfermedades de transmisión sexual Evaluación Diagnóstico temprano Prevención primaria y secundaria Educación sanitaria	
Usuarios potenciales	Enfermeras generales Estudiantes Hospitales Médicos especialistas	Médicos generales Médicos familiares Personal de laboratorio clínico Técnicos en enfermería	Planificadores de servicios de salud Proveedores de servicios de salud
Tipo de organización desarrolladora	Gobierno Federal Secretaría de Salud	Gobierno del Estado de Nayarit Servicios de Salud de Nayarit	
Población blanco	Mujeres y hombres con actividad sexual		
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Gobierno Federal Secretaría de Salud	Gobierno del Estado de Nayarit Servicios de Salud de Nayarit	
Intervenciones y actividades consideradas	Consejería Prevención Diagnóstico Pronóstico Exploración ginecológica		
Impacto esperado en la salud	Contribuir con: Disminución en la incidencia y prevalencia Identificación de los factores de riesgo Incremento en la tasa de diagnóstico y de tratamiento Disminución de complicaciones Referencia oportuna		
Metodología <sup>1</sup>	<b>Adopción o Creación de la Guía de Práctica Clínica:</b> revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con el mayor nivel de acuerdo a la escala utilizada, selección o elaboración de las recomendaciones con el mayor grado de acuerdo a la escala utilizada		
Método de adecuación	<b>Enfoque de la guía:</b> responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías o la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia <b>Protocolo sistematizado de búsqueda</b> <b>Revisión sistemática de la literatura</b> Búsquedas mediante bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda en sitios Web especializados Búsqueda manual de la literatura <b>Número de fuentes documentales revisadas</b> Guías de Práctica Clínica: 50 Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reportes de casos Otras fuentes seleccionadas		
Validaciones	<b>Método de validación:</b> por pares <b>Validación del protocolo de búsqueda:</b> Christian Rebeca Hernández González <b>Validación interna:</b> Dr. José Jesús Prado Alcázar		
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés		
Registro	Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: SS-006-08		
Actualización	Fecha de publicación de actualización: 21 / marzo/ 2013. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o, de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación		

<sup>1</sup> PARA MAYOR INFORMACIÓN ACERCA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA SE PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: [WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX](http://WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX)

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo para padecer infección por *Chlamydia trachomatis*?
2. ¿Cuáles son las acciones específicas para la prevención de infecciones por *Chlamydia trachomatis*?
3. ¿Cuáles son los síntomas más comunes en la infección por *Chlamydia trachomatis*?
4. ¿Cuáles son los signos más comunes en la infección por *Chlamydia trachomatis*?
5. ¿Cuáles son los signos y síntomas que diferencian a la infección por *Chlamydia trachomatis* de otras enfermedades de transmisión sexual?
6. ¿Cuáles son los criterios de diagnóstico en la infección por *Chlamydia trachomatis*?
7. ¿Cuál es el examen específico para el diagnóstico de la infección por *Chlamydia trachomatis*?
8. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico para la infección por *Chlamydia trachomatis*?
9. ¿Cuáles son las medidas no farmacológicas utilizadas en el tratamiento de la infección por *Chlamydia trachomatis*?
10. ¿Cuáles son las complicaciones por infección por *Chlamydia trachomatis*?
11. ¿Cuáles son las secuelas de la infección por *Chlamydia trachomatis*?
12. ¿Cómo tratar a la mujer embarazada con infección por *Chlamydia trachomatis*?
13. ¿Cuál es el seguimiento de pacientes con infección por *Chlamydia trachomatis*?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

Las infecciones de transmisión sexual son un problema de salud pública a nivel mundial; los países en vías de desarrollo son los más afectados, ya que 85% de su población es sexualmente activa y, por lo tanto, aumenta el riesgo de contraer este tipo de infecciones.

En México, las infecciones de transmisión sexual ocupan uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubican entre las 10 primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad, con un efecto diferencial para la vida y el ejercicio de la sexualidad en mujeres y hombres (NOM-039).

*Chlamydia trachomatis* se considera el patógeno más importante de los causantes de infecciones de transmisión sexual en países desarrollados y en vías de desarrollo; constituye la causa bacteriana más frecuente de dichas enfermedades, las cuales típicamente se manifiestan como cervicitis y uretritis (Herriot, 2000).

La prevalencia de *Chlamydia trachomatis* varía en diversos estudios; en mujeres asintomáticas que asisten a clínicas de planificación familiar se ha reportado entre 3% y 5%, y aumenta a cifras mayores de 20% en las clínicas de infecciones de transmisión sexual. En embarazadas varía entre 2% y 37%; asimismo, se ha sugerido que las mujeres que toman anticonceptivos orales son más propensas al desarrollo de cervicitis, debido en parte a la presencia de ectropión cervical (Miller, 2004).

La infección por *Chlamydia trachomatis* aumenta día con día debido a que, en la mayor parte de los casos, los pacientes infectados no manifiestan signos ni síntomas; es decir, el cuadro es silente, motivo por el cual las personas infectadas no asisten con el médico para un diagnóstico oportuno (Faro, 2000).

Estudios realizados en México han demostrado una frecuencia de infección de 3% a 30% en mujeres no embarazadas. En mujeres embarazadas el porcentaje oscila en 4.3%; en ellas se presenta el mayor riesgo de aborto, muerte fetal temprana, parto pretérmino, neumonía *in utero* y tracoma (Villagrana, 2004; Guerra, 2006).

La historia natural de la enfermedad por *Chlamydia trachomatis* es poco conocida. La infección es transmitida principalmente por relaciones sexuales con penetración; sin embargo, puede ser detectada en la conjuntiva y en nasofaringe sin infección concomitante del tracto genital (Postema, 1996).

Si no se trata la infección, puede persistir o resolverse espontáneamente. Dos terceras partes de parejas positivas a *Chlamydia trachomatis* son también *Chlamydia* positivas (Khan, 2005).

### 3.2 ACTUALIZACIÓN DEL AÑO 2008 AL 2012

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser descontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El **Título** de la guía (en caso de que haya sido actualizado): no aplica
2. Las **Evidencias y Recomendaciones** (en caso de que se hayan excluido o incluido, señalar en qué etapa del tamizaje):
  - **Promoción de la salud** (si aplica)
  - **Prevención** (si aplica)
  - **Diagnóstico** (si aplica)
  - **Tratamiento** (si aplica)
  - **Pronóstico** (si aplica)
  - **Desenlace** (si aplica)

### 3.3 OBJETIVO

La Guía de Práctica Clínica “Prevención y diagnóstico oportuno de la infección del tracto genitourinario inferior por *Chlamydia trachomatis*, en el primer nivel de atención” forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primero y segundo nivel de atención** las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- La identificación de factores de riesgo para padecer infección por *Chlamydia trachomatis*
- Acciones específicas de diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la infección por *Chlamydia trachomatis*

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### **3.4 DEFINICIÓN DE INFECCIÓN DEL TRACTO GENITOURINARIO INFERIOR DEBIDO A *CHLAMYDIA TRACHOMATIS***

La infección por *Chlamydia trachomatis* (CIE 10: A56.0 Infección del tracto genitourinario inferior debido a clamidias) es una enfermedad de transmisión sexual cuyo agente causal es la *Chlamydia trachomatis*, que afecta el tracto genitourinario y que clínicamente puede presentarse como: cervicitis, cistitis, uretritis, cervicovaginitis, salpingitis, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y síndrome de Fitz – Hugh - Curtis. En la mujer, se asocia con complicaciones a largo plazo, como obstrucción tubaria, embarazo ectópico e infertilidad; en los varones, condiciona orquitis y epididimitis (CIE 10).

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías y demás documentos seleccionados corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

El nivel de las evidencias y la gradación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada: la *US Agency for Health Care Policy and Research*. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

El sistema de gradación utilizado en la guía está en el Anexo: Escala de Gradación.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA



**4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA**  
**4.1.1 PREVENCIÓN**

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E</b>	Como parte integral para promover la salud sexual debe incluirse la entrega de anticonceptivos. El riesgo de infecciones de transmisión sexual debe ser abordado cuando se ofrecen métodos que no son de barrera y comentar la posibilidad del uso del condón, además de otro método anticonceptivo. Es importante que la educación a la salud sexual en la atención primaria sea proporcionada también a los hombres, por ejemplo, cuando son atendidos por nuevos controles o cuando visitan la unidad de salud.	<b>IV</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
<b>R</b>	Como parte integral para promover la salud sexual debe incluirse la entrega de anticonceptivos cualquiera que estos sean.	<b>C</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
<b>E</b>	El éxito en el tratamiento y el control de las infecciones de transmisión sexual implica una compleja serie de comportamientos: una búsqueda rápida de atención a la salud, el cumplimiento de la terapia, la referencia de las parejas sexuales, y nueva visita para seguimiento y prevención de reincidencia de infecciones. Las necesidades educativas de los pacientes pueden variar en función de la edad, género, clase social, orientación sexual y etnia.	<b>III</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
<b>R</b>	Todos los pacientes con infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> deben recibir educación en salud, incluyendo material de lectura relevante.	<b>B</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
<b>E</b>	Se han utilizado campañas de educación que han empleado la publicidad multimedia para aumentar la sensibilización acerca de otros problemas delicados (por ejemplo: virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o de campañas de cero tolerancia a la violencia a la mujer), que han demostrado ser efectivas en otros países.	<b>III</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>

<b>R</b>	La educación sobre infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> debe ser integrada a la educación sobre salud sexual y a la promoción del uso del condón.	<b>B</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

#### 4.1.2 DIAGNÓSTICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E</b>	Hay clara evidencia de que un moderno aprovechamiento molecular de la amplificación del ácido desoxirribonucleico, como la reacción en cadena de la ligasa (LCR) o la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), proporciona una sensibilidad aproximada de 95%, superior al cultivo celular o a la detección de antígenos, que es de 80% y 65%, respectivamente.	<b>Ila</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
<b>E</b>	Una revisión sistemática encontró que la técnica de amplificación por desplazamiento (SDA) y la de transcripción mediante amplificación (TMA) son altamente sensibles como pruebas específicas para el diagnóstico de la infección por <i>Chlamydia</i> genital. Las muestras evaluadas fueron el primer chorro de la orina <i>versus</i> frotis de cuello uterino, en las mujeres, y primer chorro de la orina <i>versus</i> moco uretral, en los hombres. En la comparación en este estudio no se encontró ninguna diferencia significativa entre el rendimiento de la SDA y la TMA al evaluar la orina.	<b>2+, 3</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
<b>R</b>	La TMA y la SDA son recomendadas como pruebas para infección por <i>Chlamydia</i> .	<b>C</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
<b>E</b>	En los datos analíticos de sensibilidad en un estudio pequeño no se encontraron diferencias significativas entre la técnica de reacción a la polimerasa en tiempo real (rtPCR) y la TMA.	<b>3</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>

	<p>Un estudio prospectivo de 501 mujeres encontró que la técnica de reacción en cadena de la polimerasa estándar (sPCR) y la reacción a la polimerasa en tiempo real demostraron tener igual sensibilidad y especificidad en la detección de <i>Chlamydia</i>.</p>	<p><b>3</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
	<p>La PCR en tiempo real puede usarse como una alternativa a TMA y SDA.</p>	<p><b>C</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
	<p>Las pruebas de amplificación del ácido nucleico (NAAT) son de elección para la uretra, cuello uterino, vagina (autotomadas y tomadas clínicamente) y para la primera captura de orina, debido a su sensibilidad superior y alta especificidad.</p>	<p><b>A</b> <b>NHS</b> <i>Carder et al, 2010</i></p>
	<p>Todas las NAAT comerciales muestran una adecuada sensibilidad y especificidad. La plataforma de ensayo seleccionada debe tener un valor predictivo positivo (PPV) mayor de 90% y detectar todas las variantes conocidas.</p>	<p><b>C</b> <b>NHS</b> <i>Carder et al, 2010</i></p>
	<p>Aunque no se han autorizado para estos sitios, las NAAT se pueden usar y potencialmente dar resultados válidos de muestras faríngeas y rectales.</p>	<p><b>A</b> <b>NHS</b> <i>Carder et al, 2010</i></p>
	<p>Cuando el resultado de la prueba es equívoco (reactivo sin confirmar), los acuerdos deben ser volver a probar la muestra original y solicitar otra muestra. Siempre que sea posible ésta debe ser probada usando un ensayo de sensibilidad de NAAT igual pero con un objetivo diferente.</p>	<p><b>B</b> <b>NHS</b> <i>Carder et al, 2010</i></p>
	<p>La reacción en cadena de la ligasa (LCR) y la PCR pueden ser realizadas sobre muestras de orina, eliminando la posibilidad del muestreo invasivo y simplificando los procedimientos para obtener las muestras para el cultivo de células o la detección de antígeno.</p>	<p><b>Ila</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
	<p>El estudio de laboratorio recomendado es la prueba de amplificación del ácido nucleico. Por ejemplo: reacción en cadena de la ligasa y reacción en cadena de la polimerasa.</p>	<p><b>B</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>

4.1.2.1 SITIOS PARA LA TOMA DE PRUEBA DE LABORATORIO PARA  
*CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E</b>	Las muestras para estas pruebas de reacción en cadena de ligasa y reacción en cadena de la polimerasa pueden ser tomadas de varios sitios. En las mujeres deben tomarse de células endocervicales o de la primera orina (la primera parte del chorro), ambas son igualmente sensibles, aunque cada una puede dar un pequeño número de falsos positivos. Las células endocervicales son aceptadas como el objetivo de este diagnóstico.	<b>IIb</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
<b>R</b>	La toma de muestra dependerá de la situación clínica. Por ejemplo, si se tiene planeado realizar un examen vaginal deberá tomarse una muestra de células endocervicales. Si no se piensa realizar examen vaginal, se preferirá una muestra de orina.	<b>C</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
<b>E</b>	En la mayoría de los estudios elegidos evaluaron el primer chorro de la orina. En las mujeres usualmente fue comparado con el frotis endocervical y en los hombres, con el frotis de la uretra. Dos revisiones sistemáticas encontraron que el frotis endocervical tiene mayor sensibilidad que el primer chorro de la orina, con reacción en cadena de la polimerasa estándar y con técnica de amplificación por desplazamiento. El uso de frotis vaginal o frotis endocervical presentan resultados similares. La carga de <i>Chlamydia</i> es mayor en las secreciones vaginales que en el chorro de la orina; estudios no bien diseñados han mostrado una diferencia estadísticamente significativa en la sensibilidad entre los frotis vaginales.	<b>2+</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i>
<b>E</b>	Cuatro estudios de cohorte realizados fuera del Reino Unido compararon la aceptabilidad de la orina, si ella misma obtuvo el frotis vaginal o el clínico obtuvo el frotis vaginal o endocervical en la mujer. Un estudio que incluyó a 1 382 reclutas del ejército, encontró una preferencia general por el primer chorro de la orina sobre la toma de frotis vaginal;	<b>3</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i>

	<p>otro, en personas de raza caucásica y con factores de riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (ITS) prefirió la toma de frotis vaginal. Un estudio de 1 090 mujeres que asisten a una variedad de clínicas estadounidenses mostró una preferencia por frotis vaginal más que el primer chorro o la toma del espécimen. Un estudio con 535 mujeres privadas de su libertad y 413 mujeres que asisten a clínicas de salud, públicas, de ITS, encontró que el frotis vaginal era tan aceptable como el primer chorro y las mujeres prefieren ya sea espécimen o examen por un médico.</p>	
	<p>En el hombre, el frotis uretral y primer chorro de la orina presentan igual sensibilidad, pero la toma uretral causa malestar.</p>	<p><b>2+</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Si la paciente está teniendo un examen con espejo vaginal, el frotis vaginal o endocervical puede ser usado para la prueba de <i>Chlamydia</i>.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Si la mujer no está sometida a exploración vaginal puede elegir entre la toma de frotis vaginal por ella misma o el primer chorro de la orina.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>En el hombre, el primer chorro de la orina es el elegido.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Las implicaciones de los resultados de toda prueba deben ser explicados al individuo que se está tamizando.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
	<p>El primer chorro de la orina comprende los primeros 15 a 50 ml de orina en cualquier momento del día. El paciente no debe haber orinado por lo menos en 1 hora. La prueba para el primer chorro de la orina está disponible para hombres y para mujeres en la mayoría de NAAT; el chorro en orina en las mujeres es menos sensible que el uso del frotis endocervical o vaginal autotomado. Para los hombres son</p>	<p><b>B</b> <b>NHS</b> <i>Carder et al, 2010</i></p>

	preferibles las muestras de chorro de orina.	
	En el hombre, la muestra uretral o la muestra de orina (primer chorro) tienen la misma sensibilidad, aunque la muestra uretral puede causar molestia.	<b>Ila</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
	Se considera, en los hombres, que la muestra de orina es de elección.	<b>B</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>

4.1.2.2 TAMIZAJE PARA PACIENTES CON SÍNTOMAS Y SIGNOS POR *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E</b>	La falta o el retraso en el diagnóstico de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> causa problemas graves. La infección del tracto genital bajo puede extenderse y causar en la mujer enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y epididimitis en el hombre. El retraso en el tratamiento incrementa el riesgo de infertilidad y favorece la reinfección del caso índice, si dicho tratamiento no se ha hecho extensivo a las otras parejas sexuales.	<b>Ila</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
<b>E</b>	En la mujer, los síntomas de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> incluyen aumento en la descarga vaginal, sangrado poscoital/intermenstrual, dolor abdominal bajo y disuria. Los signos incluyen una descarga cervical mucopurulenta, cérvix friable e hipersensibilidad en anexos al examen vaginal.	<b>2+</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i>
<b>E</b>	En el hombre, los síntomas incluyen descarga uretral, disuria, o ambas. Los signos incluyen descarga uretral mucoide o mucopurulenta que, a la microscopia, revelan numerosos pocios. A la exploración se encuentra epidídimo-orquitis, que causa dolor escrotal y edema, con hipersensibilidad del epidídimo.	<b>2+</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i>
<b>E</b>	La artritis reactiva ocurre en cerca de 1% de los hombres en seguimiento de infección por <i>Chlamydia</i> de la uretra y ocurre con menor frecuencia en seguimiento de infección por <i>Chlamydia</i> en la mujer. La infección rectal en hombres y en mujeres es rara y no presenta sintomatología. La infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> en su máxima expresión puede presentarse con dolor en hipocondrio derecho debido a perihepatitis o a salpingitis.	<b>2+</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i>
<b>R</b>	La detección de <i>Chlamydia trachomatis</i> debe realizarse en mujeres y hombres con signos y síntomas sugestivos de una infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> .  Mujeres <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descarga vaginal</li> <li>• Sangrado poscoital/intermenstrual</li> <li>• Cérvix friable (el cual puede sangrar al contacto)</li> </ul>	<b>C</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Uretritis</li><li>• Enfermedad pélvica inflamatoria</li><li>• Embarazo ectópico</li><li>• Dolor abdominal bajo, en las pacientes sexualmente activas</li><li>• Artritis reactiva, en las pacientes sexualmente activas</li></ul> <p>Hombres</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Descarga uretral</li><li>• Disuria</li><li>• Uretritis</li><li>• Epidídimo-orquitis, en los pacientes sexualmente activos</li><li>• Artritis reactiva, en los pacientes sexualmente activos</li></ul>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

4.1.2.3 TAMIZAJE A MUJER EMBARAZADA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	En mujeres que están por terminar un embarazo (aborto) se incrementa el riesgo de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> .	IIa SIGN <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
	El hecho de no tratar una infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> posterior a un aborto, conlleva un riesgo aproximado de 25% de salpingitis.	Ib SIGN <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
	Un estudio de cohorte en el que se observó a mujeres embarazadas con vaginosis bacteriana o tricomoniasis y el efecto del tratamiento en esta condición presentan una alta incidencia de parto pretérmino. Las muestras se analizaron retrospectivamente tamizando para <i>Chlamydia</i> y fueron el resultado del embarazo evaluado. La infección por <i>Chlamydia</i> no aumenta el riesgo de parto prematuro, ni el tratamiento contra <i>Chlamydia</i> reduce el riesgo de parto prematuro.	3 SIGN <i>Scott et al, 2009</i>

4.1.2.4 TAMIZAJE EN CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E</b>	Ningún estudio ha demostrado específicamente el beneficio de tamizar antes de la inserción de DIU (con la finalidad de prevenir la infección ascendente), pero existen dos estudios que demuestran que administrar un agente antimicrobiano contra la infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> al momento de la inserción del DIU reduce el riesgo de salpingitis.	III SIGN <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
<b>E</b>	Los donadores de semen y óvulos deben ser tamizados para infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> , con el fin de reducir el riesgo de transmisión de la infección al receptor.	III SIGN <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
<b>E</b>	En la mayoría de las circunstancias, la meta es reducir la morbilidad a largo plazo de los individuos, sus parejas sexuales y la comunidad. Hay evidencia de una probabilidad aumentada en los siguientes grupos específicos de pacientes para ser infectados por <i>Chlamydia trachomatis</i> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes con infecciones de transmisión sexual</li> <li>• Pacientes con sintomatología urinaria</li> <li>• Parejas sexuales de individuos positivos a infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>. Tratarlos reduce el riesgo de reinfección del caso primario</li> <li>• Parejas sexuales de quienes presentan condiciones por las cuales la <i>Chlamydia trachomatis</i> es una causa frecuente (pero no diagnosticados), tales como EPI o epidídimo-orquitis</li> <li>• Madres de hijos que padecen conjuntivitis o neumonitis por <i>Chlamydia trachomatis</i></li> </ul>	IIb, IV, SIGN <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>  IIb, SIGN <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
<b>R</b>	El tamizaje para infección genital por <i>Chlamydia trachomatis</i> deberá realizarse en las siguientes circunstancias específicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toda mujer al final del embarazo</li> <li>• Todos los pacientes con otra infección de transmisión sexual, incluyendo las verrugas genitales</li> <li>• Las parejas sexuales de aquellos con infección</li> </ul>	A, B, C SIGN <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>

	<p>por <i>Chlamydia trachomatis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Madres de hijos con conjuntivitis o neumonitis por <i>Chlamydia trachomatis</i></li> <li>• Todas las mujeres con factores de riesgo para infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> y que vayan a tener instrumentación uterina, incluyendo inserción de DIU</li> <li>• Donadores de semen y óvulos</li> <li>• Parejas sexuales de pacientes con sospecha de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i></li> </ul>	
<b>E</b>	La prevalencia más alta de infección por <i>Chlamydia</i> se encuentra en los hombres de entre 15 a 24 años de edad.	3 SIGN <i>Scott et al, 2009</i>
<b>R</b>	Los recursos para las pruebas de <i>Chlamydia</i> en los hombres deberían dirigirse donde la prevalencia es más alta; es decir, a los menores de 25 años de edad.	D SIGN <i>Scott et al, 2009</i>
<b>E</b>	Un estudio controlado aleatorizado demostró un aumento en el uso del kit de prueba cuando la provisión fue vía postal, comparada con la atención habitual. Entre los hombres con edad de 21 a 23 años que recibirían el kit de prueba vía postal, 19.1% (IC 95%, 16.0 a 22.8) aceptó la prueba, comparado con la atención usual.	1+ SIGN <i>Scott et al, 2009</i>
<b>E</b>	Un estudio hecho en Escocia documentó que la prueba postal era la forma más frecuente por la que los hombres aceptaban pruebas de <i>Chlamydia</i> durante una iniciativa para aumentar las pruebas en población de entre 13 a 25 años de edad. Este estudio también presentó alta prevalencia en las áreas más pobres que en las más ricas.	1+ SIGN <i>Scott et al, 2009</i>
<b>R</b>	Los kits de pruebas postales deben utilizarse para aumentar el tamizaje a <i>Chlamydia</i> en hombres jóvenes.	B SIGN <i>Scott et al, 2009</i>
<b>E</b>	No se identificaron evidencias sobre la eficacia clínica o costo de la detección de infección por <i>Chlamydia</i> en hombres que tienen sexo con hombres, o en personas infectadas con el VIH. Un estudio en Edimburgo mostró que 7% de los	3 SIGN <i>Scott et al, 2009</i>

	hombres que tienen sexo con hombres y que son atendidos en la clínica de atención genitourinaria tenía infección rectal por <i>Chlamydia</i> . En 2006, en las clínicas de atención genitourinaria en Escocia, de 430 casos con diagnóstico de infección por <i>Chlamydia</i> en hombres que tenían sexo con hombres, 14% estaba infectado por el VIH; 252 casos (60%) presentaron infección rectal por <i>Chlamydia</i> .	
<b>R</b>	A todos los hombres que tienen sexo con hombres, atendidos en las clínicas de atención genitourinaria, incluyendo los VIH positivos, debería ofertárseles la prueba para <i>Chlamydia</i> , incluyendo el frotis rectal.	<b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i>
<b>E</b>	Once estudios epidemiológicos analizaron la relación entre distintos factores demográficos (etnia, edad, género, orientación sexual, entorno médico, nivel económico, embarazo) y el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Ocho de los estudios se centraron en <i>Chlamydia</i> y gonorrea. Sólo un estudio se centró en <i>Trichomonas</i> . Dos estudios analizaron el riesgo general de infecciones de transmisión sexual. El único estudio escocés encontró asociación entre la orientación sexual y el riesgo de infección por <i>Chlamydia</i> en los hombres.	<b>3</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i>
<b>E</b>	Los hombres que tienen sexo con hombres, atendidos en las clínicas genitourinarias, tienen mayor riesgo de infección con sífilis, gonorrea y VIH.	<b>3</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i>
<b>R</b>	A pacientes asintomáticos heterosexuales que solicitan un escáner de infección de transmisión sexual también se les puede ofertar la prueba para <i>Chlamydia</i> , en ausencia de otros factores de riesgo.	<b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i>
<b>R</b>	A hombres que tienen sexo con hombres se les puede ofertar un escáner de salud completo, incluyendo VIH, sífilis, gonorrea y prueba de <i>Chlamydia</i> rectal, dependiendo del riesgo individual.	<b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i>
<b>E</b>	Pacientes cuyas parejas son heterosexuales (incluir a los usuarios de drogas intravenosas), hombres bisexuales o personas que han tenido relaciones sexuales sin protección en zonas geográficas de alto riesgo en el extranjero pueden estar en riesgo de contraer el VIH y otras ITS.	<b>3</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i>

	<p>Las consultas para las pruebas de <i>Chlamydia</i> o el tratamiento deben incluir una evaluación del paciente, y explorar factores de riesgo de transmisión sanguínea para la infección por virus.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>A pacientes cuyas parejas son heterosexuales (incluir a los usuarios de drogas intravenosas), a hombres bisexuales o a personas que han tenido relaciones sexuales sin protección en zonas geográficas de alto riesgo en el extranjero se les deben ofrecer pruebas para otras enfermedades de transmisión sexual, en función de su riesgo individual.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>

#### 4.1.2.5 TAMIZAJE OPORTUNO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>La prevalencia y los factores de riesgo para infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> han sido identificados en estudios realizados en la práctica general de las clínicas de medicina familiar en el Reino Unido. Estos estudios tienen limitaciones de representatividad, tamaño de la muestra, tipo de análisis y estrategias de tamizaje, pero los factores de riesgo descritos en la población son similares a los reportados para los Estados Unidos de América. Los factores de riesgo consistentemente identificados para la infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> en mujeres, en éste u otros estudios, incluyen edad menor de 25 años, dos o más parejas sexuales dentro del último año o reciente cambio de pareja.</p>	<p><b>Ila</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
	<p>Un estudio en Londres, mediante una estrategia de tamizaje basada en la edad menor de 25 años y dos o más parejas en el último año, detectó 87% de las infecciones, mientras que el tamizaje simple, solamente a 49% de la población de estudio.</p>	<p><b>Ila</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>

	<p>Un ensayo controlado aleatorizado de la población, basado en el tamizaje utilizando criterios como la edad y el número de parejas sexuales, ha demostrado la reducción de morbilidad por EPI en 1 año.</p>	<p><b>Ib</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
	<p>El tamizaje oportuno puede ser considerado en el siguiente grupo de mujeres:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de 25 años de edad sexualmente activas</li> <li>• Mayores de 25 años de edad, con dos o más parejas en el último año o un cambio de pareja sexual en el último año</li> </ul>	<p><b>A, B</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
	<p>La <i>US Prevention Services Task Force</i> recomienda el tamizaje de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> en todas las mujeres no embarazadas de 24 años o más jóvenes y en mujeres más jóvenes no embarazadas que se encuentren con riesgo aumentado.</p>	<p><b>A</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>

## 4.2 TRATAMIENTO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>A paciente con síntomas o con infección por <i>Chlamydia</i> confirmada se les debe aconsejar se abstengan de tener relaciones sexuales (incluyendo la vía oral y anal) hasta que ellas y sus parejas actuales hayan sido tratadas y durante una semana a partir de entonces, incluso cuando el tratamiento sea simultáneo.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>El tratamiento de los pacientes sintomáticos se debe iniciar con la primera consulta en lugar de esperar la confirmación de la infección por el laboratorio. Hay evidencia de que en la enfermedad pélvica inflamatoria el retraso en el inicio del tratamiento aumenta el riesgo de deterioro de la fertilidad. Los compañeros sexuales deben ser tratados sin tener que esperar para la confirmación de laboratorio.</p>	<p><b>2+</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>

<p><b>R</b></p>	<p>Iniciar el tratamiento sin esperar la confirmación de la infección por el laboratorio en los pacientes con síntomas y signos de la infección por <i>Chlamydia</i> y sus parejas sexuales.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>El cumplimiento con la terapia oral para infecciones de transmisión sexual durante varios días no es óptima y empeora cuanto más frecuente es la dosis diaria. El apego puede ser pobre por muchas razones: los pacientes son asintomáticos, los síntomas de la infección desaparecen lentamente, la presencia de efectos secundarios puede cambiar los estilos de vida.</p>	<p><b>2+</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>Un metaanálisis mostró que la doxiciclina 100 mg tres veces al día por 7 días y azitromicina 1 g una vez al día son igualmente eficaces en el tratamiento de infección por <i>Chlamydia</i>. No se encontró diferencia en los efectos adversos.</p>	<p><b>1++</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
<p><b>R</b></p>	<p>La infección genital por <i>Chlamydia</i> no complicada puede ser tratada con azitromicina 1 g en una sola dosis oral o doxiciclina 100 mg tres veces al día por 7 días.</p>	<p><b>A</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
<p><b>R</b></p>	<p>Tomar en cuenta las complicaciones con la terapia; la infección genital por <i>Chlamydia</i> debe ser tratada con azitromicina 1 g una sola dosis oral.</p>	<p><b>A</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>La elección del agente antimicrobiano está regida por la eficacia, incidencia de efectos colaterales, costos y el cumplimiento del tratamiento. No hay estudios controlados del tratamiento de la infección genital por <i>Chlamydia trachomatis</i> con ningún agente comparado con placebo, tales como los estudios originales de agentes antimicrobianos para el tratamiento de uretritis no gonocócica que establecen la eficacia de las tetraciclinas y la eritromicina una vez que la <i>Chlamydia trachomatis</i> ha sido identificada.</p>	<p><b>IIb</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>

	<p>Las nuevas tetraciclinas, minociclina y doxiciclina son tan efectivas como las viejas tetraciclinas y eritromicina, como lo es la ofloxacina. Se ha demostrado que la ciprofloxacina y norfloxacina son ineficaces. La doxiciclina es generalmente mejor tolerada que la minociclina y como resultado hay una tendencia a usarla como el control contra el que se comparan otras drogas. Como la eritromicina rara vez es utilizada en los ensayos controlados aleatorizados, el grupo no pudo encontrar evidencia insuficiente para apoyar su uso, excepto en el tratamiento de infecciones no complicadas durante el embarazo. A pesar de que tiene la misma efectividad, el régimen diario de cuatro veces al día de los viejos tratamientos significa que la doxiciclina era usada con más frecuencia como un comparador en los estudios.</p>	<p><b>Ila</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
	<p>Dado el alto índice de curación (&gt;90%) con todos los agentes utilizados, se buscó la equivalencia de la efectividad de la terapia en vez de la mejora en la efectividad. Todos los regímenes de tratamiento eran orales y usados en pacientes ambulatorios. Se ha demostrado que el cumplimiento en el tratamiento con terapia oral para infecciones de transmisión sexual durante varios días no es óptimo, empeora más con la frecuencia de la dosis diaria. El cumplimiento podría ser pobre por muchas razones: los pacientes son asintomáticos, los síntomas de la infección desaparecen rápidamente, la presencia de efectos colaterales, el caótico estilo de vida de algunos pacientes, entre otras.</p>	<p><b>Ila</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>

#### 4.2.1 INFECCIÓN NO COMPLICADA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Azitromicina 1 g dosis única, ofloxacina 200 o 400 mg tres veces al día por 7 días, minociclina 100 mg por 10 días e imeciclina 300 mg por 10 días, son todos eficaces como la doxiciclina 100 mg dos veces al día por 7 días.</p>	<p><b>Ib</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>

<p><b>E</b></p>	<p>En un estudio de metaanálisis, el uso de azitromicina contra la doxiciclina en el tratamiento de la infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> demostró que ambos tratamientos fueron eficaces con porcentaje de curación de 97% y 98%, respectivamente.</p>	<p><b>Ib</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
<p><b>R</b></p>	<p>Los <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> (CDC) recomiendan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Azitromicina 1 g oral dosis única</li> <li>• Doxiciclina 100 mg oral dos veces al día por 7 días</li> </ul>	<p><b>A1, B</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
<p><b>R</b></p>	<p>Los CDC recomiendan como régimen alternativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eritromicina 500 mg oral cuatro veces al día por 7 días</li> <li>• Eritromicina etilsuccinato 800 mg oral cuatro veces al día por 7 días</li> <li>• Ofloxacina 300 mg oral dos veces al día por 7 días</li> <li>• Levofloxacino 500 mg oral una vez al día por 7 días</li> </ul>	<p><b>B, BII</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
<p><b>R</b></p>	<p>La infección genital por <i>Chlamydia trachomatis</i> no complicada puede ser tratada con alguno de los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Azitromicina 1 g dosis única</li> <li>• Doxiciclina 100 mg dos veces al día por 7 días</li> <li>• Minociclina 100 mg una vez al día por 9 días</li> <li>• Ofloxacina 400 mg dos veces al día por 7 días</li> </ul>	<p><b>A</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
<p><b>R</b></p>	<p>Tomando en cuenta el apego al tratamiento, se recomienda que la infección genital por <i>Chlamydia trachomatis</i> sea tratada con azitromicina 1 g dosis única.</p>	<p><b>B</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>

#### 4.2.2 INFECCIÓN NO COMPLICADA EN EL EMBARAZO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
--	---------------------------	---------------

	<p>En la mujer embarazada, azitromicina 1 g una sola dosis oral, amoxicilina 500 mg tres veces al día, vía oral por 7 días, y eritromicina 500 mg cuatro veces al día, vía oral por 7 días son todas igualmente efectivas para el tratamiento de infección por <i>Chlamydia</i>, con tasas de curación de más de 90%.</p>	<p>3 SIGN <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>La infección genital por <i>Chlamydia</i> en el embarazo puede ser tratada con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Azitromicina 1 g una sola dosis, o</li> <li>• Eritromicina 500 mg cuatro veces al día, vía oral por 7 días, o</li> <li>• Amoxicilina 500 mg tres veces al día, vía oral por 7 días</li> </ul>	<p>A SIGN <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Considerando cumplimiento, tolerabilidad, y eficacia, azitromicina 1 g como única dosis oral se recomienda para la infección genital por <i>Chlamydia</i> en el embarazo; discutirlo como seguimiento de riesgos y beneficios en la relación con el paciente.</p>	<p>A SIGN <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Los estudios <i>in vivo</i> de la seguridad de la azitromicina en el embarazo deberían continuar.</p>	<p>Punto de Buena Práctica  SIGN <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Los resultados de estudios <i>in vitro</i> sugieren que la amoxicilina no siempre puede erradicar la infección por <i>Chlamydia</i> pero puede hacer que permanezca latente. Un pequeño estudio ha demostrado que algunos bebés desarrollan infección por <i>Chlamydia</i> a pesar del tratamiento aparentemente exitoso de la madre. Por lo tanto, una prueba negativa no significa necesariamente ausencia de la transmisión durante el parto.</p>	<p>3 SIGN <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Cuando una mujer fue tratada con amoxicilina en el embarazo, los participantes deben mantener un alto índice de sospecha de síntomas sugestivos de desarrollar infección por <i>Chlamydia</i> en el recién nacido.</p>	<p>Punto de Buena Práctica  SIGN <i>Scott et al, 2009</i></p>

	<p>En las mujeres embarazadas la eritromicina no puede ser bien tolerada; existe evidencia de que la amoxicilina 500 mg tres veces al día por 7 días es equivalente a eritromicina 500 mg cuatro veces al día por 7 días en el tratamiento de la infección genital por <i>Chlamydia trachomatis</i> no complicada. Los estudios <i>in vitro</i> sugieren que la amoxicilina no siempre puede erradicar la infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>, pero puede remitir la infección latente. Un estudio demostró que algunos lactantes presentan dicha infección a pesar de que la madre haya recibido tratamiento. Por lo tanto, una prueba negativa no necesariamente equivale a una curación y, en su caso, podría haber transmisión madre-hijo.</p>	<p><b>Ia</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
	<p>Los CDC recomiendan como régimen alternativo el tratamiento con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eritromicina 500 mg oral cuatro veces al día por 7 días</li> <li>• Eritromicina 250 mg oral cuatro veces al día por 14 días</li> <li>• Eritromicina etilsuccinato 800 mg cuatro veces al día por 7 días</li> <li>• Eritromicina etilsuccinato 400 mg cuatro veces al día por 7 días</li> </ul>	<p><b>B, BI</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eritromicina 500 mg dos veces al día durante 14 días, o</li> <li>• Amoxicilina 500 mg tres veces al día durante 7 días, o</li> <li>• Azitromicina 1 g VO dosis única</li> </ul>	<p><b>A</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>En el embarazo, la infección genital por <i>Chlamydia trachomatis</i> puede ser tratada con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eritromicina 500 mg cuatro veces al día por 7 días</li> <li>• Amoxicilina 500 mg tres veces al día por 7 días</li> <li>• Azitromicina 1 g VO dosis única</li> </ul>	<p><b>B, BI</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
	<p>Las mujeres cercanas al término del embarazo deben ser tamizadas rutinariamente para infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>. Hay evidencia de que dar terapia anticlamidia al momento del procedimiento obstétrico reduce el riesgo de EPI, independientemente del resultado de la prueba, pero se debe realizar la prueba para permitir la</p>	<p><b>Ib</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>

	notificación a la pareja y prevenir la reinfección.	
<b>R</b>	Toda mujer cercana al término del embarazo debe recibir terapia antimicrobiana efectiva para la infección de <i>Chlamydia trachomatis</i> o, en su caso, al momento del procedimiento obstétrico.	<b>A</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>

#### 4.2.3 INFECCIÓN DEL TRACTO GENITAL ALTO EN MUJERES

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E</b>	Las mujeres que regresan al centro de salud para recibir tratamiento para <i>Chlamydia</i> , o si se presenta una mujer como la pareja sexual de una persona con <i>Chlamydia</i> , puede tener signos y síntomas sugestivos de salpingitis, en cuyo caso no hay pruebas de la eficacia de una sola dosis de azitromicina. Las siguientes recomendaciones han sido adaptadas de la <i>British Association for Sexual Health and HIV (BASHH)</i> -Guías para el manejo de la enfermedad pélvica inflamatoria- para tratar los síntomas y signos de salpingitis en una paciente que está en tratamiento para <i>Chlamydia</i> o presentando a un contacto con <i>Chlamydia</i> .	<b>4</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i>
<b>R</b>	La salpingitis puede ser tratada con doxiciclina 100 mg tres veces al día por 14 días más metronidazol 400 mg tres veces al día por 14 días.	<b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i>
<b>R</b>	Ofloxacina 400 mg tres veces al día por 14 días se puede utilizar como alternativa a la doxiciclina.	<b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i>
<b>R</b>	<i>Chlamydia trachomatis</i> se asocia a infección por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , por lo que al sospechar enfermedad pélvica inflamatoria deberá instalarse una terapia que cubra a ambos microorganismos. Terapia parenteral para enfermedad pélvica inflamatoria:	<b>A 1</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>

	<p><b>Régimen A</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefotetán 2 g IV cada 12 horas o ceftioxina 2 g IV cada 6 horas</li> </ul> <p>La terapia parenteral debe ser discontinuada 24 horas después de que mejoren los síntomas, e iniciar terapia con doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 14 días.</p> <p><b>Régimen B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas más gentamicina 2 mg/kg peso IV o IM, dosis de mantenimiento 1.5 mg/kg de peso al día, dividido en tres dosis a un intervalo de cada 8 horas o dosis única diaria de 160 mg IV</li> </ul> <p>La terapia parenteral debe ser discontinuada 24 horas después de mostrar mejoría clínica y se debe iniciar doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 15 días, o clindamicina 300 mg cada 12 horas vía oral por 12 días.</p> <p><b>Régimen alternativo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofloxacino 400 mg IV cada 12 horas con o sin metronidazol 500 mg IV cada 8 horas, o</li> <li>• Levofloxacino 500 mg IV más metronidazol 500 mg IV cada 8 horas, o</li> <li>• Ampicilina más sulbactam 3 g IV cada 6 horas más doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas, o</li> <li>• Ciprofloxacino 200 mg IV cada 12 horas más doxiciclina 100 mg IV o VO cada 12 horas más metronidazol 500 mg IV cada 8 horas</li> </ul>	
	<p>El tratamiento recomendado para la infección del tracto genital alto salpingitis/enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doxiciclina 100 mg dos veces al día por un mínimo de 10 días más metronidazol 250 mg tres veces al día</li> <li>• Ofloxacina 400 mg dos veces al día por 14 días</li> <li>• Clindamicina 300 mg cada 6 horas por 10 días</li> </ul>	<p><b>C</b> <b>SIGN</b></p> <p><i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>

#### 4.2.4 INFECCIÓN DEL TRACTO GENITAL ALTO EN HOMBRES

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
--	---------------------------	---------------

	<p>No se identificaron estudios en epidídimo-orquitis por <i>Chlamydia</i>. El manejo de epidídimo-orquitis se encuentra fuera del alcance de esta guía. Para hacer frente a estas circunstancias de que un hombre regrese al centro de salud para recibir tratamiento para la <i>Chlamydia</i> o la presentación como la pareja sexual de alguien que tiene infección por <i>Chlamydia</i> y con síntomas o signos sugestivos de epidídimo-orquitis, las siguientes recomendaciones han sido adaptadas de las directrices de la BASHH.</p>	<p><b>4</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>La recomendación en el tratamiento por epidídimo-orquitis por <i>Chlamydia</i> en hombres es doxiciclina 100 mg tres veces al día por 10 a 14 días.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Si la infección con <i>Chlamydia trachomatis</i> serovariedad L1-3 es diagnóstica, o hay sospecha sobre la base de la severidad de los síntomas y signos, se recomienda la doxiciclina por un curso prolongado.</p>	<p><b>4</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>La infección rectal puede ser tratada con azitromicina 1 g a una sola dosis oral, o doxiciclina 100 mg tres veces al día por 7 días.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Si el linfogranuloma venéreo es diagnosticado, o se sospecha en grupos clínicos, se recomienda régimen de doxiciclina 100 mg tres veces al día por 3 semanas.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Los profesionales de la salud en el primer nivel de atención pueden referir a los pacientes con infección rectal a la clínica de atención genitourinaria.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>La búsqueda bibliográfica realizada sobre este tema no identifica alguna evidencia sustentable en el tratamiento de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> del tracto genital alto en el hombre. Históricamente las tetraciclinas se han usado con éxito, en la práctica actual se favorece la doxiciclina y oxitetraciclina.</p>	<p><b>IV</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>

<b>R</b>	<p>El tratamiento recomendado para la infección del tracto genital superior en hombres es (epidídimo-orquitis):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doxiciclina 100 mg dos veces al día por 7 a 14 días</li> <li>• Oxitetraciclina 250 mg cuatro veces al día por 7 a 14 días</li> </ul>	<p><b>B</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

#### 4.2.5 INSTALACIÓN DEL TRATAMIENTO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E</b>	En los pacientes sintomáticos, el tratamiento debe ser iniciado en la primera consulta y no esperar la confirmación del laboratorio. Hay evidencias de que en la enfermedad pélvica inflamatoria la demora en la instalación del tratamiento incrementa el riesgo de infertilidad.	<p><b>II b</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
<b>R</b>	Iniciar el tratamiento sin esperar confirmación del laboratorio en aquellos pacientes con síntomas y signos sugestivos de infección por este agente; igualmente tratar a sus parejas sexuales.	<p><b>B</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>

#### 4.2.6 SEGUIMIENTO Y EXÁMENES POSTERIORES AL TRATAMIENTO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E</b>	No hay evidencia suficiente para determinar la eficacia del examen de laboratorio postratamiento. Sin embargo, debe hacerse un control a los 30 días debido al riesgo de reinfección, sobre todo si la pareja sexual no ha recibido tratamiento.	<p><b>III</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>

	<p>Los pacientes deben ser entrevistados para seguimiento, con especial interés en el cumplimiento del tratamiento y el riesgo de su reinfección.</p>	<p><b>B</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
	<p>En pacientes que han cumplido con el tratamiento y en quienes no hay riesgo de reinfección no es necesario realizar estudios de laboratorio de control.</p>	<p><b>B</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
	<p>Los profesionales de la salud deben estar conscientes de que una prueba de curación, como el ensayo de la amplificación celular, no debe hacerse durante las 3 primeras semanas para evitar falsos positivos debido a la persistencia de organismos no viables.</p>	<p><b>II b</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
	<p>El estudio de laboratorio posterior al tratamiento o a reinfección, establecido por un ensayo de la amplificación celular, debe realizarse mínimo 3 semanas después del inicio de la terapia para evitar resultados falsos positivos.</p>	<p><b>B</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i></p>
	<p>La calidad de la evidencia disponible sobre la eficacia del seguimiento y el papel de las pruebas de curación es pobre. Muchos pacientes no regresan y no pueden ser incluidos en los estudios. Se pueden rescatar conclusiones sobre el manejo en grupos de pacientes autoseleccionados que regresan para el seguimiento. Estos estudios no aportaron conclusiones evidentes sobre el tiempo óptimo de seguimiento. La demora prolongada sobre el seguimiento incrementa el riesgo de reinfección de las parejas no tratadas.</p>	<p><b>3</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>La guía de la BASHH aconseja que los pacientes deban regresar a la entrevista a garantizar el cumplimiento del tratamiento, la prevención de riesgo de reexposición a la infección y que todas las parejas sexuales hayan sido contactadas.</p>	<p><b>4</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>En un estudio, la tasa de éxito de notificación a la pareja mejoró 0.46 a 0.66 contactos por caso índice después de establecer un seguimiento clínico específico.</p>	<p><b>3</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>

	<p>En otro estudio el número de contactos confirmado como tratados fue de 51% cuando los pacientes estaban entrevistándose por teléfono, en comparación con sólo 30% en los que recibieron una visita de seguimiento (<math>p &lt; 0.00001</math>). La diferencia se explica por una tasa de morosidad en el último grupo. El seguimiento telefónico puede ser más rentable en términos de tiempo del personal.</p>	<p><b>4</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Todos los pacientes tratados por <i>Chlamydia</i> deben recibir una entrevista de seguimiento dentro de 2 a 4 semanas de tratamiento.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>El seguimiento telefónico puede ser utilizado como alternativa de entrevista cara a cara.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>El apego al tratamiento y el riesgo de reinfección pueden ser discutidos con los pacientes en la entrevistas de seguimiento.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>No es necesario realizar una prueba de curación en los pacientes que se han apegado a la terapia y en quienes no hay riesgo de reinfección.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Se debe ofrecer una prueba de curación a los pacientes que prefieren la tranquilidad que ésta brinda.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Una tasa mayor de pruebas positivas de <i>Chlamydia</i> se puede observar después del tratamiento en el embarazo. Esta diferencia se atribuye a un régimen de tratamiento menos eficaz, el incumplimiento o la reinfección, y las pruebas de curación de rutina están recomendadas por la BASHH.</p>	<p><b>4</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Los profesionales del primer nivel de atención deben ser conscientes de que si una prueba de curación se realiza mediante una NAAT, no debe hacerse dentro de las 5 semanas posteriores al inicio de la terapia</p>	<p><b>2+</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>

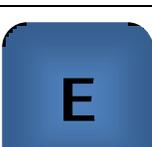
	con el fin de evitar falsos positivos en los resultados debido a la persistencia de los organismos no viables.	
<b>R</b>	La prueba de cura debe ser de rutina durante el embarazo.	D SIGN <i>Scott et al, 2009</i>
<b>R</b>	La prueba de cura o reinfección establecida por NAAT se debe realizar al menos 5 semanas después del inicio del tratamiento (6 semanas después de azitromicina), para evitar falsos positivos en los resultados.	D SIGN <i>Scott et al, 2009</i>
<b>E</b>	En las personas que ya han sido diagnosticadas y tratadas por <i>Chlamydia</i> , un estudio llevado a cabo en Inglaterra demostró tasas de reinfección de 21.1 a 29.9 por cada 100 años-persona, dependiendo de la prueba realizada, mayor que la prevalencia vista en algún grupo de pacientes que se realizó la prueba la primera vez. Esto sugiere que los mayores esfuerzos deben enfocarse en repetir la prueba en los 12 meses siguientes a un diagnóstico de infección por <i>Chlamydia</i> .	3 SIGN <i>Scott et al, 2009</i>
<b>R</b>	Se puede recomendar que se practique la prueba para la reinfección a los 3 a 12 meses, o si hubo cambio de pareja.	D SIGN <i>Scott et al, 2009</i>

### 4.3 PREVENCIÓN SECUNDARIA

#### 4.3.1 NOTIFICACIÓN A LA PAREJA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E</b>	El tratamiento de las parejas sexuales antes de que se reinicie la actividad sexual es importante para prevenir la reinfección y mitigar el riesgo de salpingitis y de infertilidad. Por lo tanto, la efectiva notificación a la pareja (y a todos los contactos sexuales) es un componente esencial en el manejo de la infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> .	II b SIGN <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>

	<p>Las parejas sexuales de individuos positivos a <i>Chlamydia</i> están en riesgo de infección y morbilidad posterior. Tratarlos también reducirá el riesgo de reinfección del caso inicial. Se ha demostrado que la prevalencia de infección en parejas sexuales de casos positivos a <i>Chlamydia</i> se presenta en 60% a 75%. Las parejas sexuales de personas con <i>Chlamydia</i> frecuentemente presentan EPI o epidídimo-orquitis y también corren el riesgo de infección.</p>	<p>2+ 4 SIGN <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Las parejas sexuales de personas positivas a <i>Chlamydia</i> también deben ser tamizadas.</p>	<p>C SIGN <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Las parejas sexuales de las personas con infección por <i>Chlamydia</i>, sospechosas pero no diagnosticadas (con EPI o epidídimo-orquitis) deben ser tamizadas.</p>	<p>D SIGN <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Los pacientes con diagnóstico de infección por <i>Chlamydia</i> en los últimos 12 meses tienen una alta frecuencia de positividad en pruebas de repetición. Un estudio de cohorte prospectivo realizado en Inglaterra demostró que la tasa de reinfección entre los previamente diagnosticados y tratados por <i>Chlamydia</i> fue de 21.1 a 29.9 por 100 años-persona, dependiendo del tipo de prueba, mayor que la prevalencia que se observa en cualquier grupo de pacientes que se realizó la prueba por primera vez.</p>	<p>3 SIGN <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Los que han sido diagnosticados con <i>Chlamydia</i> en los últimos 12 meses deben ser tamizados.</p>	<p>D SIGN <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Las clínicas de atención genitourinaria tienen la mayor prevalencia de infección entre cualquier grupo de pacientes vistos en las clínicas de asistencia sanitaria. Las clínicas de atención genitourinaria juegan un papel importante en la vigilancia epidemiológica y en el monitoreo de la tendencia en ITS y algunas observaciones en los cambios en la prevalencia que son difíciles de interpretar si las pruebas para <i>Chlamydia</i> no fueran de rutina para todos los pacientes.</p>	<p>3 SIGN <i>Scott et al, 2009</i></p>

	<p>Todos los pacientes atendidos en las clínicas de atención genitourinaria deben ser tamizados para <i>Chlamydia</i>.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Un requisito esencial para el tamizaje de <i>Chlamydia</i> es una historia sexual. No tiene sentido ofrecer una prueba a alguien que nunca ha tenido relaciones sexuales. Los datos del Programa Nacional de Detección de <i>Chlamydia</i> en Inglaterra (PACN) muestran que el comportamiento de los factores de riesgo, entre ellos haber tenido dos o más parejas sexuales en los últimos 12 meses, se asocia con el riesgo más alto de positividad.</p>	<p><b>3</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>En la atención médica de las clínicas de atención genitourinaria se debe promover la realización de las pruebas, especialmente para quienes han tenido dos o más parejas en los últimos 12 meses.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Los recursos para las pruebas de <i>Chlamydia</i> en las mujeres deberían dirigirse donde la prevalencia es más alta; es decir, primero las de 15 a 19 años de edad y luego las de 20 a 24.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Las mujeres sometidas a la interrupción del embarazo corren el riesgo de presentar infección. Hay que dar mayor importancia a los tamizajes y al tratamiento de los casos positivos antes de la intervención de terminación. El fracaso al tratamiento de infección por <i>Chlamydia</i> puede presentar alrededor de 25% de riesgo a posaborto o salpingitis.</p>	<p><b>1+, 3</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Debe realizarse la prueba para la infección por <i>Chlamydia</i> en todas las mujeres antes de terminar un embarazo.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>El tratamiento de los contactos sexuales antes de la reanudación de las relaciones sexuales es el más fuerte predictor para la prevención de reinfección. La efectiva notificación a la pareja es un componente esencial del manejo de infección por <i>Chlamydia</i>.</p>	<p><b>2+</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>

	<p>Los pacientes con diagnóstico de infección por <i>Chlamydia</i> deben recibir una entrevista de notificación a la pareja.</p>	<p><b>C</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>La calidad de los estudios que examinan estas áreas fue variable y todos se llevaron a cabo fuera del Reino Unido. Dos revisiones sistemáticas encontraron algunas pruebas de que la elección del método contribuye a aumentar la notificación de la pareja.</p>	<p><b>1+</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Los pacientes deberán recibir una opción de referencia con el proveedor de servicio.</p>	<p><b>C</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>La notificación a la pareja será realizada exclusivamente por consejeros de salud sexual en la clínica de atención genitourinaria, pero no hay evidencia de que otro personal de salud también puede llevar a cabo esta tarea en la comunidad. Una revisión sistemática investigó quién debe ofrecer la notificación a la pareja y el número máximo de parejas sexuales. Uno de los estudios identificados se realizó en el Reino Unido, todos tenían defectos metodológicos y una aplicabilidad limitada. Un estudio controlado aleatorizado en el Reino Unido mostró que en la atención primaria un mayor número de parejas de pacientes con <i>Chlamydia</i> fueron identificadas cuando la notificación a la pareja fue iniciada por practicantes de enfermería y el seguimiento por asesores de salud sexual, por teléfono, desde la clínica de atención genitourinaria, que cuando son tratadas y referidas a la clínica de atención genitourinaria solamente, debido a la alta tasa de incumplimiento de asistencia a la clínica (diferencia de riesgo de 12.4%, IC 95%: -1.8 a 26.5). La diferencia no fue estadísticamente significativa.</p> <p>No hubo evidencia que indique que se debe proporcionar la notificación a la pareja en la comunidad, aunque las tasas de notificación a la pareja fueron evaluadas no en la clínica de atención genitourinaria sino en lugares de prestación de servicios de atención a la salud sexual, por ejemplo, en planificación familiar o en ginecología.</p>	<p><b>1+</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>

	<p>Se debe ofrecer a los pacientes con diagnóstico de <i>Chlamydia</i> en la práctica general, las opciones de que la notificación inicial a la pareja sea por enfermeras capacitadas, por los consejeros de salud de la clínica genitourinaria o su referencia a la clínica de atención genitourinaria.</p>	<p><b>B</b>  <b>SIGN</b>  <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>En el entorno de la clínica de atención genitourinaria, los proveedores de salud deben seguir proporcionando notificación a las parejas.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b>  <b>SIGN</b>  <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>En otros casos, por ejemplo, en planificación familiar y en ginecología, la decisión debe ser tomada localmente en cuanto a la manera de notificarle a la pareja, la cual debe incluir capacitación y atención local o referirla.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b>  <b>SIGN</b>  <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Los trabajadores del primer nivel de atención deben notificarle a la pareja, no en la clínica de atención genitourinaria; éstos deben ser capacitados por asesores de salud sexual de las clínicas genitourinarias.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b>  <b>SIGN</b>  <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>La entrega de medicación a parejas de pacientes (PDPM) puede reducir el riesgo de persistencia o recurrencia de infección en pacientes con <i>Chlamydia</i>, comparada con una simple referencia de paciente. La atención a pacientes referidos a quienes se les proporciona información complementaria sobre las guías de tratamiento por los profesionales de la salud es más efectiva que la PDPM en la reducción/persistencia y recurrencia de la infección, en parejas que son reportadas y son tratadas o están incluidas en la PDPM.</p>	<p><b>1+</b>  <b>SIGN</b>  <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Las tasas de reinfección en pacientes con <i>Chlamydia</i> se pueden reducir si se da a conocer a las parejas la información escrita y las guías de tratamiento por profesionales de la salud. Adicionalmente la educación sanitaria y la asesoría, así como la referencia de pacientes, pueden dar lugar a un mayor número de parejas que asistan para el tratamiento.</p>	<p><b>1</b>  <b>SIGN</b>  <i>Scott et al, 2009</i></p>

	<p>Se debe ofrecer información adicional por escrito para la pareja de pacientes con <i>Chlamydia</i>, con acompañamiento de guías por los profesionales de la salud.</p>	<p><b>B</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>No hay evidencia clara respecto a cuánto es el tiempo durante el cual las parejas sexuales anteriores deben ser buscadas. De acuerdo con lo que marca el Reino Unido, se recomiendan los siguientes períodos.</p>	<p><b>4</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>En los hombres con sintomatología de infección por <i>Chlamydia</i>, se debe tomar contacto con todas las parejas sexuales que se hayan tenido en las 4 semanas previas al primer síntoma.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>En las mujeres y hombres asintomáticos, todas las últimas parejas que tuvieron o la mayoría de las parejas recientes (aunque no sea en este período) deben ser contactadas.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Existen evidencias limitadas de que la intervención uno a uno en la clínica puede reducir las ITS e incrementar el uso del condón. Un estudio encontró que dos y cuatro sesiones uno a uno en consejería reduce el riesgo de ITS. La eficacia de la intervención uno a uno se caracteriza por estar centrada en el paciente y adaptada al personal en riesgo, e incluye el establecimiento de metas sobre el comportamiento y estrategias de reducción de riesgos. Aunque uno a uno es una intervención poco factible en muchos lugares, los asesores en salud podrían incorporar este programa con enfoque en su clínica de atención genitourinaria.</p>	<p><b>1++</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>La evidencia de que los grupos basados en intervenciones pueden reducir el riesgo de infección por <i>Chlamydia</i> es limitada. Esta intervención fue evaluada con grupos de alto riesgo en los Estados Unidos de América y tal vez el resultado no puede ser transferido al contexto en Escocia. Las intervenciones efectivas en grupos se han basado en teorías cognitivas conductuales de cambio.</p>	<p><b>1+</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i></p>

	<p>No se encontraron estudios específicos donde se identificara si el suministro de preservativos era eficaz en la prevención primaria de la infección por <i>Chlamydia</i>. Una revisión sistemática de casos y controles y de estudios transversales concluyó que el uso del preservativo reduce el riesgo de infección.</p>	<p>2++ SIGN <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>La intervención uno a uno, centrada en el paciente, reduce el riesgo de ITS; el consentimiento conductual que implica la fijación de metas debe ser considerado durante la consulta de salud sexual y reproductiva.</p>	<p>B SIGN <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Cuando el consentimiento no es posible en la intervención uno a uno, la provisión de información sobre salud sexual puede ser integral en la consulta para anticoncepción y salud reproductiva, y ofrecer pruebas de ITS.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b> SIGN <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Para la prevención de ITS, incluyendo <i>Chlamydia</i>, el uso del condón debe ser promovido en todos los entornos en los que se brinda atención a la salud sexual.</p>	<p>C SIGN <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>El éxito del tratamiento y control de ITS implica prevenir la reinfección. En un estudio de cohorte en mujeres de 16 a 24 años de edad en Portsmouth y el Wirral, el contacto con nuevas parejas y por no tratar a todas las parejas se asociaron con una tasa mayor de reinfección por <i>Chlamydia</i>. Pocas intervenciones conductuales y educativas han sido evaluadas en cuanto a la eficacia de la prevención de reinfección por <i>Chlamydia</i> y las necesidades educativas de los pacientes tienden a variar de acuerdo con la edad, el género, la clase social, el nivel socioeconómico, la orientación sexual y el origen étnico.</p>	<p>2+ SIGN <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>La provisión de información sobre salud sexual, incluyendo el riesgo de reinfección, asociada con cambio de pareja y la falta de tratamiento en todas las parejas, debe ser parte integral de las consultas para el tratamiento de la infección por <i>Chlamydia</i>.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b> SIGN <i>Scott et al, 2009</i></p>
	<p>Las intervenciones comunitarias para aumentar el conocimiento de la infección por <i>Chlamydia</i> y otras ITS, como promover la búsqueda de tratamiento rápido y reducir los comportamientos de alto riesgo sexual, también han sido reportadas. En un estudio controlado aleatorizado sobre educación sexual, los</p>	<p>1+ SIGN <i>Scott et al, 2009</i></p>

	alumnos de las escuelas de intervención obtuvieron más conocimientos sobre salud sexual, comparados con los de la escuela control que recibieron información sobre educación sexual estándar. Este conocimiento no era específico para <i>Chlamydia</i> .	
<b>E</b>	No se han identificado intervenciones en poblaciones específicas basadas en prevenir la infección o la reinfección por <i>Chlamydia</i> . Aumentar los conocimientos sobre el riesgo de infección por <i>Chlamydia</i> es fundamental para la prevención y el mercadeo social de campañas que puedan afectar el cambio de comportamiento a nivel de la población.	<b>4</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i>
<b>R</b>	Se deben tomar las oportunidades para impartir educación en una amplia gama de organizaciones, no necesariamente de salud; por ejemplo, clubes juveniles, centros comunitarios y escuelas. La información sobre <i>Chlamydia</i> debe integrarse con otro tipo de información sobre salud sexual e iniciática de la promoción de condones.	<b>C</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i>
<b>R</b>	Las campañas de mercadeo social dirigidas a las personas en riesgo deben continuar para aumentar la conciencia de la infección por <i>Chlamydia</i> .	<b>D</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2009</i>
<b>E</b>	La capacitación de los entrevistadores ha demostrado mayor efectividad para identificar a las parejas sexuales de pacientes con gonorrea o <i>Chlamydia trachomatis</i> durante la consulta de rutina.	<b>II b</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
<b>R</b>	Los pacientes deben ser remitidos a los profesionales de la salud capacitados para apoyar con la notificación a la pareja.	<b>B</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
<b>E</b>	Hay varios métodos para notificar a la pareja sexual sobre la importancia de acudir al servicio médico para que sea tratado y se prevenga la reinfección: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que el mismo paciente notifique a su pareja sobre el padecimiento</li> <li>• Que el paciente notifique a su pareja para que acuda a la unidad de salud a que le den información sobre su situación</li> <li>• Que el paciente proporcione al personal de salud información sobre su pareja para que sea buscada por ellos y le den la atención médica</li> </ul>	<b>II b</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>

	necesaria Sin embargo, no existe evidencia de que algún método sea superior a otro para notificar a la pareja.	
<b>R</b>	A los pacientes se les debe dar a elegir alguna de las siguientes formas de informar a su pareja: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por el propio paciente</li> <li>• Por el personal de salud que informa anónimamente a los contactos sexuales del paciente para que reciban tratamiento</li> <li>• El trabajador de salud informará a los contactos sexuales, si el paciente no lo ha hecho después de varios días</li> </ul>	<b>B</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
<b>E</b>	El personal de salud debe estar en disposición para notificar a la pareja cuando un paciente solicita apoyo. Si esto no fuera posible, el personal de salud debe motivar al paciente a que dé aviso a todas sus parejas sexuales recientes para que reciban tratamiento. Hay evidencias de que la forma simple de apoyar al paciente directamente mejora la referencia del paciente. Una llamada telefónica puede ser eficaz en caso de que sea posible.	<b>II b</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
<b>E</b>	No existe evidencia clara en relación con el límite de tiempo en el cual se debería hacer seguimiento a las anteriores parejas sexuales.	<b>IV</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
<b>R</b>	Contactar a todas las parejas sexuales de hombres con sintomatología de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> que hayan tenido contacto sexual desde 4 semanas antes del establecimiento de los síntomas.	<b>C</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>
<b>R</b>	Contactar a todas las parejas sexuales, de los últimos 6 meses a la fecha, de las mujeres y los hombres asintomáticos.	<b>C</b> <b>SIGN</b> <i>Scott et al, 2000</i> <i>Revisión 2002</i>

## 5. ANEXOS

### 5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos acerca de la temática *Chlamydia trachomatis*. Las búsquedas se realizaron en PubMed y los sitios webs sugeridos.

#### Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en español e inglés
- Documentos publicados los últimos 5 años o, en caso de encontrarse escasa o nula información, documentos publicados los últimos 10 años
- Documentos enfocados en infección del tracto genitourinario inferior

#### Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés

#### Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda consistió de 2 etapas, la primera dividida en 2 fases.

#### Primera etapa, primera fase

Esta primera fase consistió en buscar Guías de Práctica Clínica relacionadas con el tema *Chlamydia trachomatis* en PubMed. Los términos MeSH que se utilizaron para realizar las búsquedas se mencionan a continuación, así como el algoritmo de búsqueda y los resultados obtenidos:

\*Entre paréntesis los resultados útiles.

Búsqueda	Algoritmo	Límites	Resultados
Chlamydia trachomatis	("chlamydia trachomatis"[MeSH Terms] OR ("chlamydia"[All Fields] AND "trachomatis"[All Fields]) OR "chlamydia trachomatis"[All Fields]) AND ("2007/10/18"[PDat] : "2012/10/15"[PDat] AND Practice Guideline[ptyp])	Practice Guideline, published in the last 5 years	3(1)

Se localizaron 3 documentos, de los cuales 1 se utilizó en la elaboración de esta guía de práctica clínica. Se decidió ampliar la búsqueda de información a 10 años.

Búsqueda	Algoritmo	Límites	Resultados
Chlamydia trachomatis	("chlamydia trachomatis"[MeSH Terms] OR ("chlamydia"[All Fields] AND "trachomatis"[All Fields]) OR "chlamydia trachomatis"[All Fields]) AND ("2002/10/19"[PDat] : "2012/10/15"[PDat] AND Practice Guideline[ptyp])	Practice Guideline, published in the last 10 years	9

Se obtuvieron **9 resultados**, de los cuales **ningún documento** se utilizó en la elaboración de esta guía de práctica clínica. Se procedió a la segunda fase, que consistió en localizar revisiones sistemáticas.

#### Primera etapa, segunda fase

En esta segunda fase, el objetivo era localizar Revisiones Sistemáticas sobre el tema en cuestión, las búsquedas se hicieron a 5 y 10 años.

Búsqueda	Algoritmo	Límites	Resultados
Chlamydia trachomatis	("chlamydia trachomatis"[MeSH Terms] OR ("chlamydia"[All Fields] AND "trachomatis"[All Fields]) OR "chlamydia trachomatis"[All Fields]) AND ("2007/10/18"[PDat] : "2012/10/15"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND systematic[sb])	Humans, Systematic Review, published in the last 5 years	40(1)
Chlamydia trachomatis	("chlamydia trachomatis"[MeSH Terms] OR ("chlamydia"[All Fields] AND "trachomatis"[All Fields]) OR "chlamydia trachomatis"[All Fields]) AND ("2002/10/19"[PDat] : "2012/10/15"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND systematic[sb])	Humans, Systematic Review, published in the last 10 years	73(1)

Se obtuvieron **113 registros**, de los cuales **2** cumplieron con los parámetros necesarios y fueron presentados como resultados finales.

## Segunda etapa

Se procedió a la segunda etapa, con la intención de localizar Guías de Práctica Clínica en los sitios web sugeridos, como se presenta a continuación.

Sitios webs	Descriptorios	Búsqueda	Límites	Resultados
CMA ( <i>Canadian Medical Association</i> )	Chlamydia trachomatis	<a href="http://www.cma.ca/index.php?ci_id=200754&amp;la_id=1&amp;client=newcma_frontend&amp;output=xml_no_dtd&amp;proxystylesheet=newcma_frontend&amp;ie=UTF-8&amp;oe=UTF-8&amp;hl=en&amp;as_q=Chlamydia+Trachomatis&amp;as_epq=&amp;as_oq=&amp;as_eq=&amp;requiredfields=&amp;num=10&amp;btnG=Search&amp;sort=">http://www.cma.ca/index.php?ci_id=200754&amp;la_id=1&amp;client=newcma_frontend&amp;output=xml_no_dtd&amp;proxystylesheet=newcma_frontend&amp;ie=UTF-8&amp;oe=UTF-8&amp;hl=en&amp;as_q=Chlamydia+Trachomatis&amp;as_epq=&amp;as_oq=&amp;as_eq=&amp;requiredfields=&amp;num=10&amp;btnG=Search&amp;sort=</a>		6
SOGC ( <i>Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada</i> )	Chlamydia trachomatis	<a href="http://www.sogc.org/searchResults_guidelines_e.asp?cx=002944021877497107070%3A9qwhmqzxyu&amp;cof=FORID%3A11&amp;ie=UTF-8&amp;q=Chlamydia+Trachomatis&amp;sa=Search+Guidelines">http://www.sogc.org/searchResults_guidelines_e.asp?cx=002944021877497107070%3A9qwhmqzxyu&amp;cof=FORID%3A11&amp;ie=UTF-8&amp;q=Chlamydia+Trachomatis&amp;sa=Search+Guidelines</a>	Clinical Practice Guidelines	10
Guidelines.gov	Chlamydia trachomatis	<a href="http://guidelines.gov/search/results.aspx?106=453&amp;107=459&amp;term=Chlamydia%20Trachomatis">http://guidelines.gov/search/results.aspx?106=453&amp;107=459&amp;term=Chlamydia%20Trachomatis</a>	Female, adult	21
Guía Salud (España)	Chlamydia trachomatis	<a href="http://portal.guiasalud.es/web/guest/home?p_p_id=3&amp;p_p_lifecycle=0&amp;p_p_state=maximized&amp;p_p_mode=view&amp;p_p_col_">http://portal.guiasalud.es/web/guest/home?p_p_id=3&amp;p_p_lifecycle=0&amp;p_p_state=maximized&amp;p_p_mode=view&amp;p_p_col_</a>		0

		id=column- 5&p_p_col_count=1&_3_strut s_action=%2Fsearch%2Fsearch		
SIGN	Chlamydia trachomatis	http://uk.search.yahoo.com/se arch?n=10&ei=UTF- 8&va_vt=any&vo_vt=any&ve_ vt=any&vp_vt=any&vf=pdf&v m=i&fl=1&vl=lang_en&vl=lang _es&fr=yscpb&p=%22Chlamydi a+trachomatis%22&vs=http%3 A%2F%2Fwww.sign.ac.uk	Español, English, PDF documents	13(2)

Se obtuvieron 50 registros, de los cuales, 2 se ocuparon en la elaboración de esta guía de práctica clínica.

Los autores tuvieron acceso al siguiente documento por medio de un recurso propio que fue incluido en la bibliografía final:

- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10ª. revisión (CIE-10). Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

### Algoritmo de búsqueda

#### Primera etapa

1. Chlamydia trachomatis [MeSH Terms]
2. Chlamydia [All Fields]
3. Trachomatis [All Fields]
4. Published in the last 5 years
5. Published in the last 10 years
6. Practice Guideline
7. #1 OR #2 AND #3 AND #4 AND #6
8. #1 OR #2 AND #3 AND #5 AND #6

## Segunda etapa

1. Chlamydia trachomatis [MeSH Terms]
2. Chlamydia [All Fields]
3. Trachomatis [All Fields]
4. Chlamydia trachomatis [All Fields]
5. Published in the last 5 years
6. Published in the last 10 years
7. Humans
8. Systematic
9. #1 OR #2 AND #3 OR #4 AND #5 AND #7 AND #8
10. #1 OR #2 AND #3 OR #4 AND #6 AND #7 AND #8

Los documentos que se recuperaron por medio de la estrategia de búsqueda y fueron utilizados para la actualización de esta guía de práctica clínica son 6.

## 5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN

Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN, traducida y modificada para incluir los estudios de pruebas diagnósticas

### Niveles de evidencia

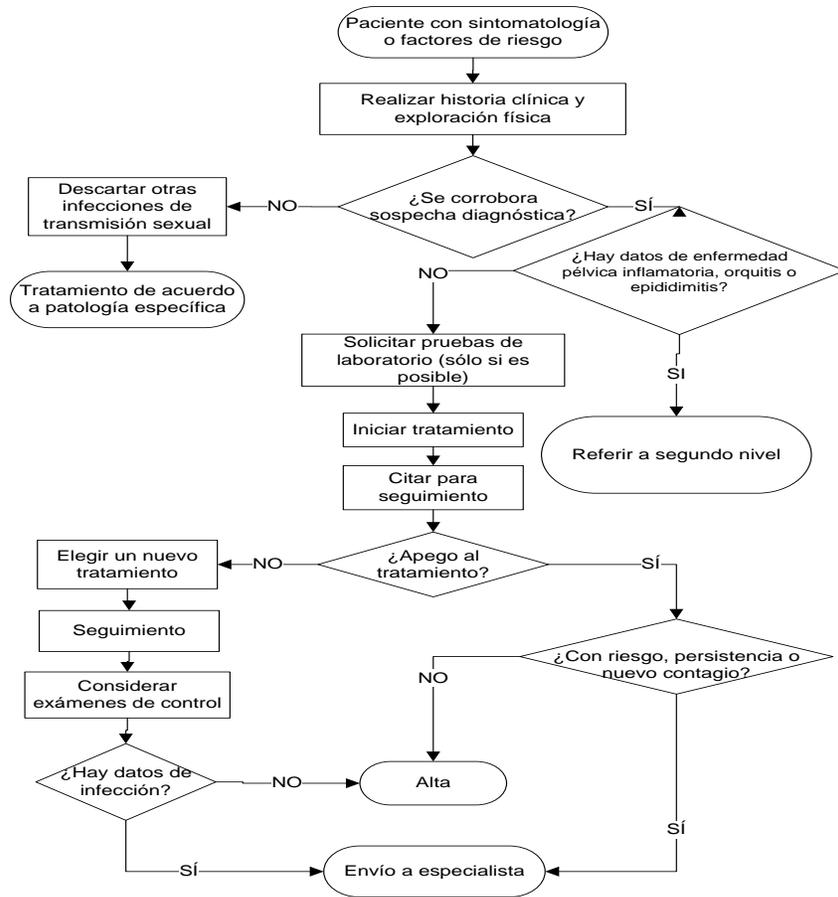
1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgo
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohorte o de casos y controles o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohorte o de casos y controles o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal
2+	Estudios de cohorte o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal
2 -	Estudios de cohorte o de casos y controles o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

### Grados de recomendación

<b>A</b>	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos
<b>B</b>	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ o 1+
<b>C</b>	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++
<b>D</b>	Evidencia de nivel 3 o 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+
<b>?</b>	Consenso del equipo redactor

	<b>Clasificación de niveles de evidencia</b>		<b>Grados de recomendación</b>
<b>1a</b>	Evidencia obtenida de metaanálisis de estudios controlados aleatorizados	<b>A</b>	Requiere al menos un estudio controlado aleatorizado como parte del cuerpo de la literatura de buena calidad y consistencia dirigido a la recomendación específica Nivel de evidencia 1a, 1b
<b>1b</b>	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado aleatorizado		
<b>IIa</b>	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado bien diseñado aleatorizado	<b>B</b>	Requiere de la disponibilidad de buenos estudios clínicos bien controlados, pero no aleatorizados, referentes al punto de la recomendación Nivel de evidencia IIa, IIb III
<b>IIb</b>	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorización		
<b>III</b>	Evidencia obtenida de estudios bien diseñados, descriptivos no experimentales, como estudios comparativos, de correlación y de casos	<b>C</b>	Requiere evidencia obtenida de reportes de comités de expertos, experiencia clínica de autoridades respetadas, o ambos Indica la ausencia de estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables al tópico de la recomendación Nivel de evidencia IV
<b>IV</b>	Evidencia obtenida de reportes de comités de expertos, opiniones o experiencia clínica de autoridades respetadas	<b>PBP</b>	Recomendación de la mejor práctica basada en la experiencia clínica del grupo que desarrolló la guía

## 5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO



## 5.5 LISTADO DE RECURSOS

### Recursos humanos

- Pasante en servicio social
- Personal de salud en formación
- Médico general
- Médico familiar
- Enfermera general
- Enfermera especialista
- Auxiliar de enfermería
- Médico especialista en ginecoobstetricia, urología, como contacto específico en segundo o tercer nivel de atención para asesoría a distancia y referencia

- Técnico laboratorista
- Químico farmacobiólogo

### Recursos materiales

- Báscula de pedestal y estadímetro ajustable
- Esfigmomanómetro de pared
- Estetoscopio biauricular cápsula doble
- Estetoscopio obstétrico
- Martillo para reflejos
- Detector de latido fetal
- Porta-termómetro
- Negatoscopio
- Mesa universal para exploración
- Estuche de diagnóstico de primer nivel
- Banco giratorio
- Banqueta de altura
- Mesa Pasteur
- Plicómetro
- Lámpara de haz direccionable para examinación
- Sillón confortable tres piezas
- Computadora
- Impresora
- *No brake*
- Bote sanitario
- Toallero para toallas de papel
- Escritorio médico
- Sillón individual
- Silla individual
- Archivero
- Cubrebocas desechable
- Espejo vaginal desechable (chico, mediano, grande)

- Guantes p/exploración, estériles, desechables, grande
- Gasa seca cortada de algodón 7.5X5.00 cm
- Aplicadores de madera con algodón
- Cinta métrica
- Termómetro
- Bata para paciente

## 5.6 TABLA DE MEDICAMENTOS

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de la infección del tracto genitourinario inferior por *Chlamydia trachomatis*, en el primer nivel de atención del Cuadro Básico de la Secretaría de Salud y del Cuadro Básico Sectorial:

Cuadro Básico de Medicamentos							
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
2128	Amoxicilina	500 mg tres veces al día	Amoxicilina trihidratada equivalente a 500 mg de amoxicilina Envase con 12 o 15 cápsulas	7 días	Náusea, vómito, diarrea	Con probenecid y cimetidina aumentan su concentración plasmática	Hipersensibilidad a las penicilinas o a las cefalosporinas
1960	Azitromicina	1 g dosis única vía oral	Azitromicina dihidratada equivalente a 500 mg de azitromicina Envase con 3 tabletas	Dosis única	Diarrea, heces blandas, malestar abdominal, náusea, vómito y flatulencia	Se han precipitado ergotismos al administrar algunos antibióticos macrólidos Asimismo, estos antibióticos alteran el metabolismo microbiano de la digoxina en el intestino en algunos pacientes. No tomar en forma simultánea con antiácidos. Junto con otros macrólidos pueden producir interacciones con los medicamentos por reducir su metabolismo hepático por enzimas P450	Hipersensibilidad al fármaco o a cualquiera los antibióticos macrólidos
1941	Doxiciclina	10 mg por día	Hiclato de doxiciclina equivalente a 50 mg de doxiciclina Envase con 28 cápsulas o tabletas	7 días	Anorexia, náusea, vómito, diarrea, prurito, fotosensibilidad, colitis, reacciones alérgicas. En niños, pigmentación de los dientes, defectos del esmalte y retraso del crecimiento óseo	Interfiere en el efecto de los anticonceptivos hormonales y de heparina. Con anticonvulsivante disminuye la concentración plasmática de doxiciclina Antiácidos y sustancias que contengan calcio, hierro o magnesio disminuyen su absorción intestinal	Hipersensibilidad al fármaco Precauciones: insuficiencia hepática o renal, alteraciones de la coagulación, úlcera gastroduodenal, menores de 10 años de edad, lactancia

PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO GENITOURINARIO INFERIOR POR  
*CHLAMYDIA TRACHOMATIS*, EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

1971	Eritromicina	500 mg por día	Estearato de eritromicina equivalente a 500 mg de eritromicina Envase con 20 cápsulas o tabletas	10 a 14 días	Vómito, diarrea, náusea, erupciones cutáneas, gastritis aguda, ictericia colestática	Puede incrementar el riesgo de efectos adversos con corticoesteroides, teofilina, alcaloides del cornezuelo de centeno, triazolam, valproato, warfarina, ciclosporina, bromocriptina, digoxina, disopiramida	Hipersensibilidad al fármaco, colestasis, enfermedad hepática
4261	Ofloxacin	200 mg por día	Ofloxacin 400 mg Envase con 6, 8 o 12 tabletas	7 días	Cefalea, náusea, vómito, diarrea, leucopenia, eosinofilia, incremento de transaminasas en plasma	Los antiácidos reducen su absorción oral. El probenecid aumenta los niveles plasmáticos de ciprofloxacino, con teofilina aumentan los efectos adversos neurológicos	Hipersensibilidad al fármaco y a las quinolonas, lactancia materna y niños Precauciones: insuficiencia renal

## 6. GLOSARIO

**Caso índice:** persona infectada por ITS a partir de la cual se infectan otras personas.

**Caso sospechoso:** el o la paciente que tenga signos y síntomas en genitales o sistémicos probables de una ITS.

**Caso confirmado:** el o la paciente con síntomas y signos en genitales en quien se aíse por cultivo, serología, inmunofluorescencia, biopsia o técnica de biología molecular un microorganismo asociado a ITS.

**Cervicitis:** inflamación infecciosa del cuello uterino. Puede no dar síntomas o manifestarse por dolor en el bajo vientre, secreción purulenta por vagina, picazón o dolor asociado al coito (dispareunia).

**Condiciones de riesgo:** cualquier actividad en la que exista contacto con mucosas, tejidos, secreciones o líquidos potencialmente infectantes.

**Contagio:** transmisión de una ITS por contacto directo o indirecto.

**Control:** aplicación de medidas para la disminución de la incidencia en casos de enfermedad.

**ELISA:** ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas (*Enzyme-linked immunosorbent assay*).

**EPI:** enfermedad pélvica inflamatoria.

**Factor de riesgo:** algo que puede aumentar la probabilidad de padecer una enfermedad.

**LCR:** reacción de ligasa en cadena (*Link chain reaction*).

**NAAT:** técnica de amplificación de ácido nucleico.

**Paciente:** hombre o mujer usuario de los servicios de atención médica infectado, asintomático o enfermo por una ITS.

**PCR:** reacción de la polimerasa en cadena (*Polimerase chain reaction*).

**Portador:** toda persona que alberga al agente infeccioso de una ITS en ausencia de enfermedad clínica aparente y en quien se demuestre por cultivo, serología, inmunofluorescencia, biopsia o técnica de biología molecular un microorganismo asociado a ITS.

**Poblaciones vulnerables:** grupos de personas frente a los potenciales daños a la salud o amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas, y respecto de sus derechos humanos, en razón de menores recursos económicos, sociales y legales (migrantes, personas pobres, algunos grupos de mujeres y hombres, las minorías sexuales, personas con bajo nivel educativo y otros grupos que viven al margen del sistema).

**Práctica sexual protegida:** aquella en la cual se utiliza correctamente una barrera mecánica, como el condón de látex (masculino) o de poliuretano (femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.

**Práctica sexual segura:** aquella en la cual no ocurre ni penetración ni traspaso de secreciones sexuales (líquido preeyaculatorio, semen y secreción vaginal) o de sangre.

**Prácticas sexuales de riesgo:** se denomina así a las actividades en las que existe penetración o contacto pene-ano, pene-vagina, pene-boca, pene-mano-boca, pene-boca-vagina, mano-ano-boca, mano-ano-vagina; o con objetos contaminados con secreciones sexuales o sangre utilizados durante la relación sexual, sin el uso correcto y sistemático de una barrera mecánica, para evitar el intercambio de secreciones o líquidos potencialmente infectantes.

**Primer nivel de atención:** servicios de salud que satisfacen la mayoría de las necesidades de atención básica de salud con el transcurso del tiempo. La atención en este nivel incluye exámenes físicos, tratamiento de las afecciones médicas comunes y atención preventiva, como la inmunización y la detección. Los médicos del primer nivel de atención son generalmente los primeros profesionales de la salud a quienes los pacientes consultan para la atención médica básica.

**Pruebas de detección:** análisis de laboratorio utilizados de manera individual o grupal para la identificación etiológica de las ITS.

**Uretritis:** inflamación de la uretra, en general, de causa infecciosa. Se manifiesta por ardor al orinar y secreción amarillenta por la uretra.

**Vaginitis:** inflamación de la mucosa que recubre la vagina. En general, se debe a una infección bacteriana o micótica. Se manifiesta por ardor, dolor espontáneo o durante el coito (dispareunia), y secreción mucosa o purulenta por la vagina.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. *Canadian guidelines on sexually transmitted infections, 2006*. 6th ed. Ottawa, Ont: Public Health Agency of Canada; 2008. Available from: [www.publichealth.gc.ca/sti](http://www.publichealth.gc.ca/sti)
2. British Association for Sexual Health and HIV. *Chlamydia trachomatis UK Testing Guidelines*. NHS Evidence. 2010.
3. *European Guideline on the Management of Male Non-gonococcal Urethritis, 2009*. Int J STD AIDS 2009;20:458-64.
4. Faro S, Soper DE. *Clamidiasis*. En: *Enfermedades infecciosas de la mujer*. Pennsylvania (PA): McGraw-Hill Interamericana; 2002: 486-503.
5. Guerra-Infante FM, Flores-Medina S, Arteaga-Troncoso G, Zamora-Ruiz A, López-Hurtado M, Ortiz-Ibarra FJ. *Factores de riesgo y secuelas reproductivas asociados a la infección por Chlamydia trachomatis en mujeres infértiles que asisten a una institución de tercer nivel*. Salud Publica Mex 2003;45 (suppl 5): S672-S680.
6. Herriot ESJ, Laufer MR, Goldstein DP. *Enfermedades de transmisión sexual: gonorrea, Chlamydia trachomatis, enfermedad pélvica inflamatoria y sífilis*. En: *Ginecología en pediatría y la adolescente*. 4ª ed. Filadelfia (PA): McGraw-Hill Interamericana; 2000: 349-7.
7. Khan AM. *The prevalence of Chlamydia, Gonorrhoea, and Trichomonas in Sexual Partnerships: Implications for Partner Notification and Treatment*. Sex Transm Dis 2005 April; 32 (4): 260-4.
8. Miller WC, Ford CA, Morris M, Handcock MS, Schmitz JL, Hobbs MM et al. *Prevalence of Chlamydial and Gonococcal infections among young adults in the United States*. JAMA 2004;12(291):2229-36.
9. Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. 10a. revisión. Washington, D.C.: OPS; 1995.
10. Postema EJ, Remeijer L, van der Meijden WI. *Epidemiology of genital chlamydial infections in patients with chlamydial conjunctivitis; a retrospective study*. Genitourinary Med 1996 June;72(3):2003-5.
11. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Management of genital Chlamydia trachomatis infection. A national clinical guideline. SIGN Publication Number 42*. March 2000.
12. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Management of genital Chlamydia trachomatis infection. A national clinical guideline. 109*. March 2009.
13. Secretaría de Salud. *NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual*. México, DF: Diario Oficial de la Federación, viernes 19 de septiembre de 2003.
14. *UK National Guideline for the Management of Genital Tract Infection with Chlamydia trachomatis 2006*.

15. UK National Guideline for the Management of Genital Tract Infection with *Chlamydia trachomatis* 2009.
16. Villagrana-Zesati JR. *Etiología de las infecciones de transmisión sexual*. *Enf Inf Microbiol* 2004;21:69.
17. Workowski KA, Berman SM. *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines*. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2006;55 RR11:54-5.

## 8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de **Servicios de Salud de Nayarit** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por los **Servicios de Salud de Nayarit**, y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades del Hospital de la Mujer que participó en los procesos de **validación interna, validación externa, verificación y revisión editorial**, su valiosa colaboración en esta guía.

## 9. COMITÉ ACADÉMICO

### Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud / CENETEC

M en A María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. David Leonardo Hernández	Director de Integración de Guías de Práctica Clínica
Dra. Selene Martínez Aldana	Subdirectora de Guías de Práctica Clínica
Dr. Pedro Nieves Hernández	Subdirector de Gestión de Guías de Práctica Clínica
Dra. Sandra Danahé Díaz Franco	Dpto. de Validación y Normatividad de GPC
Dra. Maricela Sánchez Zúñiga	Dpto. de Apoyo Científico para GPC
Lic. J. Ulises San Miguel Medina	Dpto. de Coord. de Centros de Desarrollo de GPC
Dr. Eric Romero Arredondo	Coordinador de guías de cirugía
Dr. Joan Érick Gómez Miranda	Coordinador de guías de cirugía
Dr. Jesús Ojino Sosa García	Coordinador de guías de medicina interna
Dr. Luis Agüero y Reyes	Coordinador de guías de medicina interna
Dr. Héctor Javier González Jácome	Coordinador de guías de medicina interna
Dr. Arturo Ramírez Rivera	Coordinador de guías de pediatría
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	Coordinadora de guías de gineco-obstetricia
Lic. Alonso Max Chagoya Álvarez	Investigación documental
Dra. Magda Luz Atrián Salazar	Revisora Editorial
Dra. Ana María Corrales Estrada	Apoyo a Centros de desarrollo de GPC institucionales
Dra. Gilda Morales Peña	Coordinación de Información

## 10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

### Directorio sectorial

#### Secretaría de Salud

Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg  
Secretario de Salud

#### Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh  
Director General

#### Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Mtro. Sergio Hidalgo Monroy Portillo  
Director General

#### Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín  
Titular del organismo SNDIF

#### Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel  
Director General

#### Secretaría de Marina Armada de México

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza  
Secretario de Marina

#### Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván  
Secretario de la Defensa Nacional

#### Consejo de Salubridad General

Dr. Alberto Lifshitz Guinzber  
Secretario del Consejo de Salubridad General

### Directorio del Centro Desarrollador año de actualización 2012

Servicios de Salud de Nayarit / SSN  
Ing. Oscar Javier Villaseñor Anguiano  
Secretario de Salud

## 11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci <b>Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud</b>	Presidente
Dr. Pablo Kuri Morales <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Titular
Mtro. David García Junco Machado <b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	Titular
Dr. Alfonso Petersen Farah <b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	Titular
Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg <b>Secretario Técnico del Consejo de Salubridad General</b>	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos <b>Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General</b>	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales <b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Urólogo Rafael Ángel Delgado Nieto <b>Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno <b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Titular
Dr. José Rafael Castillo Arriaga <b>Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate <b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albalfull <b>Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Titular
Dra. Martha Griselda del Valle Cabrera <b>Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	
Dr. José Meljem Moctezuma <b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	Titular
Dr. Francisco Hernández Torres <b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre <b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	Titular
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza <b>Director General de Información en Salud</b>	Titular
M en A María Luisa González Rétiz <b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Norberto Treviño García Manzo <b>Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tamaulipas</b>	Titular 2012-2013
Dr. Germán Tenorio Vasconcelos <b>Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Oaxaca</b>	Titular 2012-2013
Dr. Jesús Salvador Fragoso Bernal <b>Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tlaxcala</b>	Titular 2012-2013
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz <b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	Titular
Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo <b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	Titular
Dra. Mercedes Juan López <b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud</b>	Asesor Permanente
Dra. Sara Cortés Bargalló <b>Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina</b>	Asesor Permanente
Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	Asesor Permanente
Ing. Ernesto Dieck Assad <b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados</b>	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Frausto <b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud</b>	Asesor Permanente
Dra. Mercedes Macías Parra <b>Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría</b>	Invitada
Dr. Esteban Hernández San Román <b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC</b>	Secretario Técnico