

**Seminario por la internet (webinar) Actualización de las Guías de Tratamiento de
Enfermedades Transmisibles Sexualmente (ETS) 2015 del CDC**

**Moderator: James Bethea
April 6, 2016
1:00 p.m. ET**

Operator: This is Conference # 59434261

(Operator): Señores y señoras, gracias por esperar. Bienvenidos a las Guías de
Tratamiento del STD del CDC del 2015.

Durante la presentación todos los participantes estarán en modo de solo
escuchar. Si desea realizar alguna pregunta durante la presentación, utiliza la
función chat que se encuentra en la esquina izquierda de la pantalla.

Si necesita llegar a un operador en cualquier momento, por favor, pulse
asterisco0.

Como recordatorio la conferencia está grabando martes 5 de abril de (2015).
Ahora les presento al doctor Raymond Pérez, asesor programático del ETS del
Departamento de Salud de Puerto Rico.

Por favor, siga adelante.

Raymond Pérez: Saludos, buenas tardes y bienvenidos a todos y a todas. Como ya me
presentaron soy el doctor Raymond Pérez, el asesor programático para lo que
son las enfermedades de transmisión sexual para el Departamento de Salud de
Puerto Rico.

Le queremos darles las gracias de parte de Puerto Rico por acompañarnos en
este seminario en línea sobre lo que es la actualización de las guías de

tratamiento de enfermedades transmisibles sexualmente, los que se conoce como las ETS o (UTF) 2015 de CDC.

Este seminario es una colaboración entre New York City STD/HIV Prevention Training Center y la Universidad of Washington STD Prevention (Training) Center

Este seminario para futuras referencias va a ser grabado.

Hablando un poco sobre lo que es la educación continua, los créditos para la educación continua no van a tener ningún tipo de costo. Estas instrucciones que ven aquí resumidas van a ser enviadas por correo electrónico al finalizar el seminario a los participantes que fueron registrados. Si están observando el seminario en grupo, la persona que se registró deberá enviarles las instrucciones a los demás participantes para que puedan solicitar la educación continua.

También hay que recordarles que este seminario va a ser archivados y ambos (CME y CNE) estarán disponibles por dos años.

Sobre la declaración de divulgación tenemos que recordarles que el CDC, nuestros planificadores y presentadores divulgan que no tienen ningún interés financiero, relación comercial con los fabricantes de productos mencionados o con comercios y/o suplidores.

La presentación no incluirá ninguna discusión de algún producto e investigación a excepción de la discusión que analizará la doctora Ann Avery sobre NAATs. Ella discutirá el uso del NAAT para la detección de gonorrea y clamidia en especímenes no genitales y para tricomonas en hombres mediante la orina que no están aprobados por la FDA.

Los laboratorios clínicos deben realizar el proceso de validación de estas pruebas para recibir una autorización CLIA.

El CDC no acepta apoyo comercial.

Ahora, le paso la palabra a (Jamie Rasley) de CDC.

Saludos (Jamie).

(Jamie Rasley): (Hi, Can you hear me? Good afternoon. My name is doctor (Jamie Rasley). I am a (CDC project officer for National Network of STD Prevention Training Center)

(And I'd like to thanks to New York City and University of Washington Prevention Training Center and Department of Power for Helping)

Bienvenido al seminario.

Raymond Pérez: Muchas gracias doctora (Jamie).

Para continuar, la Red Nacional de Centros de Entrenamiento de Prevención, lo que se conoce por la NNPTC está dedicado a incrementar la calidad de cuidado de las enfermedades de transmisión sexual en las áreas de diagnóstico, tratamiento y prevención de las ETS y del VIH.

Está dirigido para médicos de cuidado de salud individual, organización clínica y los niveles de sistema de salud, basado en las más actuales guías de tratamiento de ETS del Centro de Control de Enfermedad de TS y está informado por las tendencias epidemiológicas de las ETS y con avances científicos. Y por supuesto está en línea con fondos de programas de prevención ETS.

Cuenta con ocho centros regionales de entrenamiento de prevención clínica de tanto las ETS como la VIH y pueden acceder a la página de salud www.nnptc.org.

La persona que va a estar trabajando durante la tarde de hoy llevando este seminario es el recurso, la doctora Ann Avery. La doctora Avery es infectóloga del MetroHealth Medical Center en Cleveland, Ohio y es también director médico of The Cleveland Department of Public Health.

También es profesora asociada de Medicina en el Case Western Reserve University y es parte de la facultad de New York City STD TB Prevention Training Center.

La doctora Avery es la investigadora principal en varias propuestas de salud sexual y reproductiva. Ha trabajado en dos proyectos demostrativos de (GERSA) y está activa en investigaciones clínicas de ETS.

Hay que recalcar que la doctora Avery ha sido infectóloga por más de 21 años. Así que le damos la bienvenida a la doctora Avery.

Ann Avery: Bienvenido a la presentación y muchas gracias por la introducción. Y también quiero darle gracias a todo el CDC y el grupo de New York City y también de University of Washington para esta revisión de la guía.

Entonces, este seminario se llama la Actualización de la Guía de Tratamiento de ETS es de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades of CDC.

Vamos a discutir las nuevas recomendaciones de tratamiento de las enfermedades transmisibles sexualmente. Pero al principio quiero hacer algunos puntos importantes que son de todas las recomendaciones.

Uno es que estas terapias recomendadas que están en la guía están basadas en evidencias. También los tratamientos están separados en grupos preferidos sobre los grupos de alternativos.

Y para los tratamientos recomendados están en orden alfabético. A menos que haya una prioridad de elección.

El grupo que está revisando las recomendaciones revisado en abril de 2013 y entonces estaba disponible al público en junio de 2015.

Antes de discutir el accionamiento de otros cambios quiero compartir este dibujo de completación de enfermedades genitales. Y la razón que queremos tener hacia el accionamiento de gonorrea y clamidia.

Conocimos la cervicitis y también la enfermedad pélvica inflamatoria que puede afectar a las mujeres. Y también para los hombres el (eritritis) y epididimitis. Y para los dos, varones y mujeres pueden tener problemas con proctitis. Así si se tiene sexo relacional por ano.

Entonces, un cambio en la guía y sus recomendaciones para accionamiento. Y entonces está separado por edad. Alguna recomendación para accionamiento rutinario para gonorrea y clamidia solamente para las mujeres menores de 25 años. Para las otras ETS dependerán en los riesgos de otras enfermedades.

Para mujeres mayores de 25 años, entonces debe hacer las pruebas de ETS dependiente en los riesgos de una enfermedad. Pero si una mujer está embarazada, entonces hay muchas pruebas que es importante a chequear como (gomidia), clamidia, gonorrea, VIH y sífilis y las (hepatitis).

Para los hombres también hay recomendaciones, especialmente para accionamiento y especialmente para los hombres que tienen sexo con hombres. Mire, para los hombres que tienen sexo con hombres debe hacer un chequeo anual de VIH, sífilis, gonorrea, (uretral), también gonorrea y clamidia recta y gonorrea de la faringe.

Vamos a discutir este punto un poco más en un momento.

También se recomienda hacer la serología para herpes serotipo 2 y también hepatitis C. Y si un hombre que tiene sexo con hombre también de (DIH) entonces se recomienda repetir la prueba de anticuerpos para hepatitis C anual.

Y dice en las recomendaciones que hay datos insuficientes para recomendar citología anal en los hombres (ATSH) que tiene (DIH).

Entonces, cuando tenemos pacientes que son (HSH) u hombres que tienen sexo con hombres, es importante usar una estrategia que se llama tres sitios. Y esta estrategia incluye pruebas en sitios donde puede estar una infección en forma asintomática como faringe, ano o uretra.

Y entonces, es importante usar esta estrategia porque estos lugares, rectal y faringe puede ser lo más común en lugares para gonorrea y clamidia infección en los hombres que tienen sexo con hombres.

Es importante también porque estas infecciones muchas veces son asintomáticas y sin infección concomitante uretral.

También un problema es que sola una minoría de (HSH) que tiene riesgo de enfermedades de transmisión sexual, recibe las (denominaciones) en la frecuencia recomendada.

Entonces, las recomendaciones de CDC para los (HSH) es la evaluación anual para gonorrea y clamidia si un hombre ha tenido coito anal receptivo durante el año pasado.

Si ha tenido sexo oral durante el año pasado, también necesita un cultivo o NAAT, una prueba de gonorrea faríngea.

Si estas recomendaciones es independientemente de historia de uso de preservativo durante la (extensión). Sabemos que muchas personas dicen que han estado usando condones siempre pero todavía tienen infecciones.

Y aún que no es un cambio, es importante decir otra vez, hágase la prueba de (VIH). Sabemos que todos los adultos y adolescentes entre 13 y 64 años deben hacerse la prueba de (VIH) por lo menos una vez en la vida.

También hay grupos de alto riesgo que debe hacerse más frecuente como (HSH), personas que se inyectan drogas y las mujeres embarazadas. Y quiero añadir también un recuerdo que si una persona presente algún síntoma o molestias de ETS, entonces también repita la prueba de (VIH).

Entonces, un poco de los diagnósticos de gonorrea y clamidia.

CDC recomienda usar los NAATs o los (amplificación de ácido nucleico), I can say NAAT.

Este tipo de prueba es preferido sobre las otras opciones como (probe) y también como cultivos. Y eso es porque tiene alta sensibilidad y especificidad en comparación con cultivos.

Hay (especímenes) óptimos como orina para hombres y exudados vaginales para las mujeres.

También el CDC recomienda usar los NAAT para detección de infección oro faríngea y también rectal. Y como dijimos al principio, el laboratorio tiene que hacer una validación antes de usar las pruebas de esa manera.

Un poco de clamidia. Las estimaciones de casos son 2.8 millones anualmente en los Estados Unidos. Todavía no hay una recomendación de forma rutinaria para accionamiento en los hombres heterosexuales pero también hay ciertos lugares donde puede ser bien.

Hay un cambio un poco de un tratamiento que voy a discutir en un momento y también quiero decir otra vez, no es un cambio, pero es un tratamiento para las parejas. Y entonces esto es un cambio para recomendar que la paciente entregue el tratamiento a su pareja cuando está comprometido en su estado. Pero la parte que no es nuevo es repetir la prueba.

Pero es muy importante que si una persona tiene un caso de clamidia que repita la prueba de clamidia tres meses después de infección para quebrar el círculo de infección o el ciclo de infección.

Entonces, aquí es el tratamiento de clamidia para adolescentes y adultos. Está recomendado para mujeres para todas que no están embarazada azitromicima 1 gramo oral en una dosis única o doxiciclina (100) mg por vía oral dos veces diario por siete días.

Si una mujer está embarazada solo tiene la recomendación para azitromicina. Ahora la opción de amoxicilina es una alternativa.

El tratamiento alternativo para una persona que no está embarazada es una nueva forma de doxiciclina. Es una liberación retardada. Entonces puede

usar de esta forma de 200 mg diario por siete días. Pero esto es más caro que las otras formas de doxiciclina que son genéricas.

Tiene la eficacia igualmente y puede ser más fácil para los pacientes y posiblemente les da un poco menos de efectos malos secundarios gastrointestinales.

Y también si la mujer está embarazada y necesita usar el alternativo, es importante a chequear otra vez que la infección está curada.

Para gonorrea una estimación de casos son 820.000 casos en los Estados Unidos anual. El tratamiento, hay un poco de cambios en el tratamiento y también en los alternativos y las recomendaciones para prueba de cura.

También tiene la misma recomendación para tratamiento dirigida para la paciente entrega el tratamiento a su pareja cuando está permitido. Y para repetir la prueba después de una infección en tres meses.

Para tipos de tratamiento de gonorrea hay algunas formas de tratamiento que no estamos usando ahorita y gracias a Dios que no estamos solo (dilatación uretral) e irrigación y también sabemos que descansar no trata gonorrea pero muchas personas decidieron descansar para cinco semanas.

Todavía entonces se recomienda evitar las relaciones durante la semana después de tratamiento.

Pero entonces la terapia recomendada para gonorrea y esta es para todas las infecciones no complicadas genitales, rectales y faríngeas, (ceftriaxona) 250 mg por inyección intramuscular una vez y juntos azitromicina 1 g oral en una dosis oral.

Y entonces ha quitado doxiciclina 100 mg dos veces diario de una opción preferida o recomendada. Y también es importante anotar que el tratamiento con azitromicina es independientemente del resultado de la prueba de clamidia.

Esto se llama terapia dual y cuando administrar (ceftriaxona) y azitromicina el mismo día. Es preferible que una persona recibe el tratamiento al mismo tiempo y bajo observación de alerta.

Entonces si un paciente fue tratado para cervicitis o uretritis con azitromicina y entonces tres días más tarde recibe la clínica un resultado de gonorrea que sale positivo, qué haces. No puedes contestar en este informe pero quiero darle un segundo para pensar.

Bien, en esta situación es importante a tratar de nuevo con azitromicina cuando la persona regresa para el tratamiento con ceftriaxona. Porque siempre queremos usar la terapia dual.

Hay tratamientos entonces alternativos para gonorrea. Y este incluye la cefalosporina alternativo de (cefcixin) con azitromicina o doxiciclina como está escrito.

Si tiene la persona una alergia severa puede usar gentamicina por inyección intramuscular, una dosis de azitromicina 2 g en vez de 1, mira que es más alta que las dosis normales. O puede usar gemifloxacin en forma (alone) aunque es una opción oral con también en azitromicina en dosis más altas de 2 g.

Las dos opciones para usar en alergias severas son oral. Uno es oral cuando tiene infección y oral.

Pero hay algunas desventajas en los nuevos regímenes. Las náuseas como vomitar puede ser son lo más común. Casi un tercio de pacientes con las dos opciones alternativas tuvo problemas con vomitar y náuseas.

Entonces si necesita una prueba de cura para gonorrea los pacientes que tienen gonorrea faríngea que está tratado con un régimen alternativo, entonces dos semanas después del tratamiento es bien obtener una prueba de cura. Y si tiene un caso sospechoso de fracaso de tratamiento y en esa situación hace un cultivo y una prueba de amplificación al mismo tiempo.

Estamos discutiendo gonorrea y tratamiento porque resistencia a antibióticos en gonorrea es un problema muy grave y mundial. En muchas partes del

mundo, estamos solamente puede usarse ceftriaxona y todavía eso está cambiando y necesita otras alternativas.

En otras partes del mundo hay fracasos de tratamiento con cefalosporinas como en Japón, Hong Kong e Inglaterra. En otras partes del mundo está usando una dosis más alta que nosotros. Y eso es un problema porque no puedes usar tratamiento como tuvimos en el pasado con (cipro) o el (orocefalosporina). Es una situación muy grave.

Aquí puede ver el cambio en la (esludo) de gonorrea que está colectado por el Proyecto de Vigilancia de (Gonorrea). Y puede ver que hay una aumentación en el porcentaje de (esludos) que tiene menos sensibilidad a ceftriaxona. Hay un poco (empobrecimiento) en los últimos dos años.

Entonces si sospecha de un fracaso de tratamiento y después de terapia dual qué debo hacer. Estas son dos etapas.

Hay un cultivo de gonorrea para detectar resistencia. Es posible que tiene usar un laboratorio de hospital o su Departamento de Salud puede ayudarle en dónde puede hacer esta prueba de resistencia. Pero también para la paciente es importante repetir el tratamiento con uno de los alternativos.

Informe al Departamento de Salud Local o llama al CDC en el número aquí en la pantalla.

Tratamiento a las parejas entre los últimos 60 días con los mismos medicamento con el paciente original. Y hace una prueba de cura en una o dos semanas con cultivo y NAAT.

OK. Vamos a cambiar la discusión al uretritis no (gonocócica) persistente. Y esto es cuando una persona tiene el síndrome de uretritis y recibe tratamiento y todavía tiene los síntomas.

Entonces las recomendaciones que si no recibió azitromicina para el primer episodio, entonces dale azitromicina plus (nitroimidazol) un tratamiento para tricomonas. Pero la adición de (nitroimidazol) depende en la prevalencia de tricomonas en su población. No es mandatoria.

Y si la persona recibió azitromicina para el primer caso, para la primera visita entonces debe darle moxifloxacin 400 mg por vía oral diario para siete días y también tratamiento para sífilis. No para sífilis, para tricomonas, mi disculpa.

Y si todavía tiene síntomas persistentes, hace un (referred) a urología. Porque hay síndromes que causa uretritis que no son ETS y puede ser síndromes que no son infecciosos.

Proctitis no hay muchos cambios en las formulaciones. Pero hay una recomendación para el tratamiento presuntivo de un tipo de clamidia que se llama LGV. Si, la paciente, el paciente es infectado por VIH o tiene un proctitis muy sintomático con descargas sangrantes, úlceras perianales o úlceras de la mucosa. Y si está tratamiento para LGV, recuerda que es tratamiento más largo, como tres semanas de tratamiento en vez de una.

Y como decimos, después de una infección con ETS es importante repetir el accionamiento en tres meses. Y también que las personas que tienen una infección de gonorrea y clamidia también reciben un chequeo para sífilis y (VIH).

Para sífilis decimos que hay como 55.000 casos este año. Y hay un cambio en los diagnósticos, hay más laboratorios que están usando un, un Reverse Screening Algorithm que vamos a compartir en un momento.

Pero el CDC continúa recomendando el tradicional algoritmo que empieza con un RPR.

En el tratamiento de sífilis no hay cambio. Y también para análisis de sífilis neurológico no hay cambios. Aquí puedes ver el algoritmo alternativo que están usando en muchos de los hospitales grandes para el diagnóstico de sífilis. Este empieza con una prueba de sífilis de anticuerpo aquí. Y entonces, si sale positivo entonces refleja un RPR. Y el RPR es positivo entonces no hace más pruebas, debe tratar como sífilis e investigar si es nuevo o viejo.

Pero si sale negativo el RPR entonces, hace otra prueba (extra-penímicas) para decidirse si es un caso o no. Y el problema con este algoritmo es, pensamos

puede detectar más casos viejos pero razón que los laboratorios están usando puede hacer más automático en las máquinas en vez de las personas.

Como dije, el tratamiento para sífilis no ha cambiado y está aquí solo para referencia.

Entonces el virus del papiloma humano, ahora tenemos algunas opciones para prevenir esta infección. Y esto es muy importante porque las consecuencias de infección puede ser dañoso.

Las vacunas que tenemos disponibles contra de VPH son tres: el (Tetravalent) que tiene serotipo 16 y 18. Solo está aprobada para las mujeres, el cual Gardasil incluye dos más tipos de VPH, 6 y 11 y entonces previene verrugas y entonces está aprobada para las mujeres y varones hasta la edad de 26 años.

Y la más nueva es el Gardasil nine que incluye cinco o más tipos de VPH que ofrece más protección contra los serotipos de alto riesgo y esto también es aprobada para los hombres y varones.

Aquí son las recomendaciones revisadas para la vacuna de VPH y puede ver que puede usar esas tres acciones para mujeres y dos acciones para varones. Y si depende de la edad o en los riesgos que la persona tiene cuál selecciona.

Si tienes pacientes que ya ha empezado con una serie de vacunas, puede cambiar entregando el Gardasil (4) y Gardasil 9 no tiene que empezar de nuevo y también no hay datos sobre la eficacia de menos de tres dosis.

So, lo importante es que una persona recibe tres dosis de vacuna y puede cambiar después de una o dos vacunas de un tipo a la otra. Normalmente es que empieza con Gardasil y entonces cambia a Gardasil nine al caso de lo que está disponible.

La consecuencia más común de VPH es verrugas genitales. La consecuencia más grave son displasia y cáncer.

Hay algunos cambios en la guía sobre el tratamiento de verrugas. Es que quita el Podofinilia resin semanal de una terapia recomendada que es aplicada por el proveedor.

También añade el tratamiento con imiquimod crema de una concentración más bajo, de 3.75 por ciento y entonces eso está aplicado diariamente, puede ser más fácil para los pacientes acordar estas instrucciones en vez de la otra del imiquimod del 5 por ciento.

En tricomonas, las estimaciones de incidencia y prevalencia son casi un millón de nuevas infecciones anualmente.

Pero pienso que más de 3.7 millones está infectado.

Para el accionamiento está recomendado una prueba de amplificación de ácidos nucleicos para detectar (recommendations) usando exudado u orina. Y si una mujer tiene infección como gonorrea y clamidia está recomendado repetir en tres meses, tres meses después del tratamiento.

En los diagnósticos de tricomonas hay algunas opciones nuevas. Las pruebas de amplificación como discutimos en la última pantalla, también en la oficina puede usar la preparación (Celina) que puede ver los tricomonas (motiles).

Hay pruebas rápidas con son los (OSOM y Affirm) y también hay los diagnósticos de cultivo que se llaman (InPouch y vironment).

Para el tratamiento de tricomonas no es un cambio para las personas sin (VH) pero las mujeres que tiene (VH) el tratamiento recomendado es 500 mg dos veces diarias para siete días. Para todo el resto de personas está recomendado 2 g por vía oral una vez.

Y si hay un fracaso de tratamiento la próxima terapia es el metronidazol de curso más larga como el 500 mg a dosis diarias por siete días y si este todavía tiene, falla con curar la infección puede usar una dosis más alta como 2 g por vía oral por cinco días con metronidazol o tinidazol.

Si necesita ayuda con fracaso de tratamiento y también si una persona tiene alergias muy severas puede pedir una consulta a CDC en el número que está en la pantalla.

Desafortunadamente con la vaginosis bacteriana no hay nuevas opciones. Solo tenemos los del pasado que incluye metronidazol por vía oral, metronidazol por un gel intravaginal y también clindamicina intravaginal.

El cambio de tratamiento en embarazo para las mujeres que tienen síntomas debe tratar con una de las opciones listadas pero si la mujer no tiene síntomas entonces el tratamiento no está recomendado.

Hay sugerencias para tratar el manejo de vaginosis bacteriana recurrente. Puede usarse presión con gel de metronidazol dos veces semanal por cuatro a seis meses. También puede usar un curso de metronidazol de siete días y repitan y también añade el ácido bórico intravaginal para tres semanas. Y entonces gel de metronidazol por cuatro-seis meses.

Y también hay una opción de usar metronidazol oral una vez al mes con (flucanadal) con tratamientos de (clindamicina).

Hepatitis C hay más atención a la transmisión sexual en hepatitis C. Y eso está especialmente entre HSH y especialmente HSH con (VIH).

Los factores son sexo de alto riesgo, sexo traumático, sexo con úlceras o proctitis concurrente y si las personas usan drogas durante el sexo.

Entonces se recomienda una prueba de (VIH) para todo que tiene de nuevo infección hepatitis C y para los hombres que tienen (VIH) está recombinando repetir o chequear anualmente en anticuerpo con (A) para hepatitis C.

Un tema emergente es el mycoplasma genitalium. Este es un germen que está transmitido sexualmente. Hay más estudios en los hombres con uretritis pero se está investigando si es un cauce de cervicitis y también si tiene relación a enfermedad inflamatoria pélvica.

Sabemos que azitromicina es mejor que doxiciclina pero hay casos de resistencia a azitromicina y moxifloxacina es muy eficaz y lo preferido si sabe que es mycoplasma. Pero el problema con mycoplasma que no tenemos aquí, mi disculpa. No hay un diagnóstico para mycoplasma que está aprobado por el FDA.

Aquí puede ver las tasas de curación entre doxiciclina y azitromicina. Doxiciclina es mejor, azitromicina es mucho mejor que doxiciclina pero moxifloxacina es lo mejor contra esta infección.

Y tenemos que pensar un momento en lo más nuevo de opciones para prevención que se llama profilaxis de pre-exposición o más fácil a decir PREP y esto es tratamiento (antiviral) que está ofrecido a las personas infectadas.

Esto es prevención de (VIH) las dos opciones son tratar al paciente que tiene infección. Esto tiene mucho beneficio a la salud de la persona y también reduce la transmisión a parejas sexuales. Pero la nueva acción es profilaxis de pre-exposición. Donde una persona que tiene alto riesgo de (VIH) puede tomar un medicamento diario para prevenir la infección. Y si quisiera más información puede buscar en esta interacción del internet.

Esto es muy breve resumen y reviso de los cambios en la Guía de Recomendaciones de Tratamiento. Son once. Es posible que necesita asesoramiento de expertos y entonces puede buscar más ayuda en la...

Pero aquí puede llamar o manda algo para correo electrónico.

Quiero darle muchas gracias al doctor Pérez para la ayuda, en la ayuda de él con esta presentación y también a la doctora (Park) para las pantallas y toda la presentación.

Y también quiero darles muchas gracias a todos de ustedes para su atención. Y todo y cooperación.

Raymond Pérez: Muchas gracias doctora Avery por su gran presentación. Creo que tenemos en la pantalla cinco preguntas, Jesús. Se puede contestarlas.

¿Las puede ver?

Ann Avery: Sí.

OK. Con la primera, qué significa liberación retardada.

Liberación retardada es como un slow release o (standing release). No puedo explicar muy bien español pero el doctor Pérez puede explicar mejor.

Raymond Pérez: ¿Pero estás hablando de eso para el tratamiento?

Ann Avery: Sí, doxociclina de liberación retardada.

Pérez: OK, eso es que actúa de forma más lenta en el organismo.

Ann Avery: OK. Gracias. OK.

Y la próxima pregunta: Por qué no se recomienda tratar Neisseria gonorrea junto con clamidia pero como sí se recomienda clamidia junto con gonorrea.

Bien pregunta.

La razón es por cuando una persona tiene gonorrea muchas veces hacemos diagnóstico en la oficina con la tinción de Gram. Y entonces puede tratar a la persona cuando presenta con síntomas y no tiene una prueba rápida de diagnosticar clamidia y sabemos que es bastante frecuencia que los dos están presentados juntos.

Pero cuando hace un tratamiento de clamidia usualmente si está en la oficina está con también la tinción de Gram y no hay (gonococida) en las pantallas en el laboratorio.

Doctor Pérez ¿más para añadir a esta respuesta?

Raymond Pérez: Yo creo que estamos bien ahí.

Ann Avery: Gracias. OK.

¿Cómo mejorar la tolerancia de azitromicina (12) g por vía oral?

Eso es una pregunta muy, muy difícil y no tengo solución. Eso es el gran problema que las dosis de 2 gramos.

Importante si la persona no ha comido nada que come un poco para que el estómago no esté vacío. Pero si otras personas tienen soluciones estoy interesada en aprender del grupo.

Doctor Pérez, ¿tiene otras soluciones para mejorar la tolerancia de azitromicina en altas dosis?

Pérez: No. Como usted dice cuando ya son 2 gramos es muy difícil.

Ann Avery: All right. El fracaso del tratamiento si NAAT es positivo y el cultivo negativo, qué se hace.

¿Hay evidencia del fracaso pero sin (Gram)?

Otra pregunta muy bien. El NAAT puede ser positivo y el cultivo negativo, si repite el NAAT demasiado temprano porque el NAAT puede detectar partes del germen que no vivos, pero muertos. Eso es posiblemente una explicación.

Raymond Pérez: Doctora le voy a hacer una pregunta.

Ann Avery: Y también depende si el fracaso del tratamiento aparece con síntomas.

Yo recomiendo en este caso al tratar como fracaso y tratar de coleccionar otro cultivo si todavía tiene síntomas.

OK. La próxima pregunta es gonorrea, cuál es la mejor opción de tratamiento para parejas de (EPT).

Esta es otra pregunta muy bien. Porque ahora no tenemos una opción oral para gonorrea preferido o recomendado.

Voy a chequear con otra persona de esto.

All right. Y entonces el señor (Doctor Duquei) responde que al (Gram) para Neisseria gonorrea asintomático que no tiene buena sensibilidad. Eso es brutal, si la persona tiene gonorrea asintomático todavía añade el tratamiento de clamidia para dos razones.

Añade al tratamiento para clamidia para sinergia. Porque azitromicina puede tratar gonorrea. Puede ser como dos tratamientos para gonorrea aunque está diciendo que es para clamidia.

Y la otra razón para azitromicina junto tratamiento dual para gonorrea es, ahí pensamos que hay sinergia cuando usas (ceftriaxonas) con azitromicina. Y por eso usamos los dos juntos para gonorrea pero no para clamidia.

Y muchas gracias para estas preguntas muy, muy buenas.

Si no hay más preguntas vamos a decir muchas gracias a todos. Y al doctor Pérez si quisiera decir algo.

Raymond Pérez: Sería todo por ahora. Si nadie tiene más preguntas, pues muchas gracias doctora Avery por su participación y presentación. Espero que hayamos aclarado cualquier tipo de dudas.

Y pues recuerden que toda esta presentación va a estar en la página de CDC en el área de (adiestramientos).

Si tienen preguntas adicionales nos las pueden hacer llegar a nosotros.

Gracias.

(Operator): Señoras y señores así concluye el semanario de la conferencia del día de hoy. Les damos gracias por su participación y les pido que por favor desconecten sus líneas.

END