

En el artículo “**Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: enfoque en personas con vida sexual activa**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100003.esp1, Figura 3 – Indicación de rastreo para infección de transmisión sexual, de acuerdo con subgrupos poblacionales, publicado en el periódico **Epidemiología y Servicios de Salud**, v. 30(Esp.1):1-10, en la página 5:

Donde se leía:

Subgrupos	HIV ^a	Sífilis ^b	Clamidia e gonococo ^c	Hepatitis B ^d e C ^e
	Periodicidad			
Adolescentes, jóvenes	Anual		Frecuencia conforme otros subgrupos poblacionales o prácticas sexuales debajo	
Gestantes	En la primera consulta del prenatal (idealmente, en el 1º trimestre de la gestación);		En la primera consulta del prenatal (para gestantes ≤30 años)	Hepatitis B: en la primera consulta del prenatal (idealmente, en el primer trimestre) ^f
	Al inicio del 3º trimestre (28ª semana);			Hepatitis C: en la primera consulta del prenatal
	Al momento del parto, independientemente de exámenes anteriores.			
	En caso de aborto/mortinato, prueba para sífilis, independientemente de exámenes anteriores.			
Gays y hombres que practican sexo con hombres	Semestral		Ver frecuencia conforme otros subgrupos poblacionales o prácticas sexuales	Semestral
Profesionales del sexo				
Travestis/transsexuales				
Personas que usan alcohol y otras drogas				
Personas con diagnóstico de infección de transmisión sexual	En el momento del diagnóstico y 4 a 6 semanas después del diagnóstico de infección de transmisión sexual		Al momento del diagnóstico	Al momento del diagnóstico
Personas con diagnóstico de hepatitis virales	Al momento del diagnóstico	–	–	–
Personas con diagnóstico de tuberculosis	Al momento del diagnóstico	–	–	–
Persona viviendo con VIH	Semestral		Al momento del diagnóstico	Anual
Personas con práctica sexual anal receptiva (pasiva) sin uso de preservativos	Semestral			
Personas privadas de libertad	Anual	Semestral	–	Semestral
Violencia sexual	En la atención inicial; 4 a 6 semanas después de la exposición y 3 meses después de la exposición	En la atención inicial y 4 a 6 semanas después de la exposición		En la atención inicial, 3 y 6 meses después de la exposición

Continua

Continuación

Subgrupos	HIV ^a	Sífilis ^b	Clamidia e gonococo ^c	Hepatitis B ^d e C ^e
	Periodicidad			
Personas en uso de profilaxis preexposición de riesgo a la infección por VIH (PrEP)	En cada visita al servicio	Trimestral	Semestral	Trimestral
Personas con indicación de profilaxis posexposición e la infección por VIH (PEP)	En la atención inicial; 4 a 6 semanas luego de exposición y 3 meses luego a exposición	En la atención inicial y 4 a 6 semanas después de la exposición	En la atención inicial y 4 a 6 semanas luego exposición (excepto casos de accidente con material biológico)	En la atención inicial y 6 meses luego de la exposición

Léase:

Subgrupos	Periodicidad			
	VIH ^a	Sífilis ^b	Clamidia e gonococo ^c	Hepatitis B ^d e C ^e
Adolescentes, jóvenes	Anual		Frecuencia conforme otros subgrupos poblacionales o prácticas sexuales debajo	
Gestantes	En la primera consulta prenatal (idealmente, en el 1er trimestre del embarazo);		En la primera consulta del prenatal (para gestantes ≤30 años)	Hepatitis B: en la primera consulta del prenatal (idealmente, en el primer trimestre) ^f Hepatitis C: en la primera consulta del prenatal
	Al comienzo del 3er trimestre (28ª semana)			
	En el momento del parto, independientemente de las pruebas anteriores			
	En caso de aborto/mortinato, prueba para sífilis, independientemente de pruebas anteriores.			
Gays y hombres que practican sexo con hombres	Semestral		Ver frecuencia conforme otros subgrupos poblacionales o prácticas sexuales	Semestral
Profesionales del sexo				
Travestis/transsexuales				
Personas que usan alcohol y otras drogas				
Personas con diagnóstico de infección de transmisión sexual	En el momento del diagnóstico y 4 a 6 semanas después del diagnóstico de infección de transmisión sexual		En el momento del diagnóstico	En el momento del diagnóstico
Personas con diagnóstico de hepatitis virales	En el momento del diagnóstico	–	–	–
Personas con diagnóstico de tuberculosis	En el momento del diagnóstico	–	–	–
Persona viviendo con VIH	–	Semestral	En el momento del diagnóstico	Anual
Personas con práctica sexual anal receptiva (pasiva) sin uso de preservativos	Semestral			
Personas privadas de libertad	Anual	Semestral	–	Semestral
Violencia sexual	En la atención inicial; 4 a 6 semanas luego de la exposición y 3 meses después de la exposición	En la atención inicial y 4 a 6 semanas luego de la exposición		En la atención inicial, 3 y 6 meses luego de la exposición

Continúa

Continuación

Subgrupos	Periodicidad			
	VIH ^a	Sífilis ^b	Clamidia e gonococo ^c	Hepatitis B ^d e C ^e
Personas en uso de profilaxis preexposición de riesgo a la infección por VIH (PrEP)	En cada visita al servicio	Trimestral	Semestral	Trimestral
Personas con indicación de profilaxis post exposición e la infección por VIH (PEP)	En la atención inicial; 4 a 6 semanas luego de la exposición y 3 meses luego a exposición	En la atención inicial y 4 a 6 semanas luego de la exposición	En la atención inicial y 4 a 6 semanas luego de la exposición (excepto casos de accidente con material biológico)	En la atención inicial y 6 meses luego de la exposición

En el artículo “**Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: sífilis adquirida**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100004.esp1, Figura 2 – Pruebas inmunológicas para diagnóstico de sífilis y Figura 3 – Resultados de pruebas treponémicas y no treponémicas, interpretación y conducta, publicado en el periódico **Epidemiología y Servicio de Salud**, v. 30(Esp.1):1-12, en la página 4 y 5:

Figura 2 – Pruebas inmunológicas para diagnóstico de sífilis

Donde se leía:

Pruebas inmunológicas	Tipos	Observaciones
Treponémicos	Prueba rápida (ej.: inmucromatográficos)	Son los primeros a tornarse reactivos.
	Prueba de inmunofluorescencia indirecta - <i>fluorescent treponemal antibody-absorption</i> (FTA-Abs)	Permanecen reactivos en la mayoría de los casos de sífilis durante toda la vida, independientemente del tratamiento.
	Ensayos inmunoenzimáticos - <i>enzyme-linked immunosorbent assay</i> (ELISA) y sus variaciones, como los ensayos de quimioluminiscencia	Son importantes para diagnóstico, pero no están indicados para el monitoreo de la respuesta al tratamiento.
	Pruebas de hemaglutinación - <i>Treponema Pallidum Haemagglutination Test</i> (TPHA) y de aglutinación de partículas - <i>T. pallidum particle agglutination assay</i> (TPPA); ensayos de micro-hemaglutinación-micro-haemagglutination assay (MHA-TP)	
No treponémicos	<i>Venereal disease research laboratory</i> (VDRL)	Se vuelven reactivos cerca de una a tres semanas luego del apareamiento del chancro duro.
	<i>Rapid plasma reagin</i> (RPR)	El resultado final de esas pruebas reactivas debe expresarse en títulos, conforme a la última dilución que presentó reactividad (1:2, 1:4, 1:8 etc.).
	<i>Toluidine red unheated serum test</i> (TRUST)	
	<i>Unheated-serum reagin</i> (USR)	Son importantes para diagnóstico y monitoreo de la respuesta al tratamiento.

Léase:

Pruebas inmunológicas	Tipos	Observaciones
Treponémicos	Prueba rápida (ej.: inmunocromatográficos)	Son las primeras a tornarse reactivos.
	Prueba de inmunofluorescencia indirecta - <i>fluorescent treponemal antibody-absorption</i> (FTA-Abs)	Permanecen reactivas en la mayoría de los casos de sífilis durante toda la vida, independientemente del tratamiento.
	Ensayos inmunoenzimáticos - <i>enzyme-linked immunosorbent assay</i> (ELISA) y sus variaciones, como los ensayos de quimioluminiscencia	Son importantes para diagnóstico, pero no están indicadas para el monitoreo de la respuesta al tratamiento.
	Pruebas de hemaglutinación - <i>Treponema Pallidum Haemagglutination Test</i> (TPHA) y de aglutinación de partículas - <i>T. pallidum particle agglutination assay</i> (TPPA); ensayos de micro-hemaglutinación - <i>micro-haemagglutination assay</i> (MHA-TP)	
No treponémicos	<i>Venereal disease research laboratory</i> (VDRL)	Se tornan reactivas cerca de una a tres semanas luego del apareamiento del chancro duro
	<i>Rapid plasma reagin</i> (RPR)	El resultado final de esas pruebas reactivas debe expresarse en títulos, conforme a la última dilución que presente reactividad (1:2, 1:4, 1:8 etc.).
	<i>Toluidine red unheated serum test</i> (TRUST)	
	<i>Unheated-serum reagin</i> (USR)	Son importantes para diagnóstico y monitoreo de la respuesta al tratamiento.

Figura 3 – Resultados de pruebas treponémicas y no treponémicas, interpretación y conducta

Donde se leía:

Primera prueba ^a + prueba complementaria	Posibles interpretaciones		Conducta
Prueba treponémica reactiva + prueba no treponémica reactiva o Prueba no treponémica reactiva + prueba treponémica reactiva	- Diagnóstico de sífilis	• Clasificación del estadio clínico a ser definido de acuerdo con el tiempo de infección y la historia del tratamiento.	- Cuando sea sífilis, tratar, monitorear con prueba no treponémica y notificar el caso de sífilis.
	- Cicatriz serológica ^b		- Cuando sea confirmado caso de cicatriz serológica, apenas orientar.
Prueba no treponémica reactiva + prueba treponémica no reactiva o Prueba treponémica reactiva + prueba no treponémica no reactiva	- Se hace una tercera prueba treponémica con metodología diferente de la treponémica ya realizada.	• Si reactiva: diagnóstico de sífilis a cicatriz serológica.	- Cuando sea sífilis, tratar, monitorear con prueba no treponémica y notificar el caso de sífilis.
		• Si no reactiva: se considera resultado falso reactivo para la primera prueba, excluyéndose el diagnóstico de sífilis.	- Cuando sea confirmado caso de cicatriz serológica, apenas orientar.
	- Si la tercera prueba treponémica no estuviera disponible, evaluar exposición de riesgo, signos y síntomas e historia de tratamiento para definición de la conducta.		- Para los casos concluidos como ausencia de sífilis, apenas orientar.
	- Cicatriz serológica ^b		
Prueba no treponémica o treponémica no reactiva + no hacer prueba complementaria si la primera fue no reactiva y si no hubiera sospecha clínica de sífilis primaria	- Ausencia de infección o período de ventana inmunológica ^c de sífilis reciente.		- En caso de sospecha clínica y/o epidemiológica, solicitar nueva colecta de muestra en 30 días.
			- Evitar retardar el comienzo del tratamiento, si acaso el diagnóstico de sífilis fuera lo más probable (ej.: visualización de úlcera genital o perianal) el retorno de la persona al servicio de salud no pueda garantizarse.

Léase:

Primera prueba ^a + prueba complementaria	Posibles interpretaciones		Conducta
Prueba treponémica reactiva + prueba no treponémica reactiva o prueba no treponémica reactiva + prueba treponémica reactiva	- Diagnóstico de sífilis	Clasificación del estadio clínico a ser definido de acuerdo con el tiempo de infección y la historia del tratamiento.	- Cuando sea sífilis, tratar, monitorear con prueba no treponémica y notificar el caso de sífilis. - Cuando sea confirmado caso de cicatriz serológica, apenas orientar. - Para los casos concluidos como ausencia de sífilis, apenas orientar.
	- Cicatriz serológica ^b		
Prueba no treponémica reactiva + prueba treponémica no reactiva o prueba treponémica reactiva + prueba no treponémica no reactiva	- Se hace una tercera prueba treponémica con metodología diferente de la treponémica ya realizada.	<ul style="list-style-type: none"> • Si es reactiva: diagnóstico de sífilis a cicatriz serológica. • Si no es reactiva: se considera resultado falso reactivo para la primera prueba, excluyéndose el diagnóstico de sífilis. 	- En caso de sospecha clínica y/o epidemiológica, solicitar nueva colecta de muestra en 30 días. - Evitar retardar el inicio del tratamiento, en caso de que el diagnóstico de sífilis sea lo más probable (ej.: visualización de úlcera anogenital) o que el retorno de la persona al servicio de salud no pueda ser garantizado.
	- Si la tercera prueba treponémica no estuviera disponible, evaluar exposición de riesgo, signos y síntomas e historia de tratamiento para definición de la conducta.		
	- Cicatriz serológica ^b		
Prueba no treponémica o treponémica no reactiva + no realizar prueba complementaria si la primera fuera no reactiva y si no hubiera sospecha clínica de sífilis primaria	- Ausencia de infección o período de ventana inmunológica ^c de sífilis reciente.		

En el artículo “**Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: sífilis congénita y niño expuesto a sífilis**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100005.esp1, Figura 1 – Pruebas inmunológicas utilizadas para el diagnóstico de sífilis, publicado en el periódico **Epidemiología y Servicios de Salud**, v. 30(Esp.1):1-13, en la página 4:

Donde se leía:

Pruebas inmunológicas	Tipos	Observaciones
No treponémicas	<i>Venereal disease research laboratory</i> (VDRL)	Cuantificables (ej.: 1:2, 1:4, 1:8).
	<i>Rapid plasma reagin</i> (RPR)	Importantes para el diagnóstico y monitoreo de la respuesta al tratamiento.
	<i>Toluidine red unheated serum test</i> (TRUST)	
	<i>Unheated-serum reagin</i> (USR)	

Continúa

Continuación

Pruebas inmunológicas	Tipos	Observaciones
Treponémicas	Pruebas rápidas	Son los primeros a volverse reactivos.
	Prueba de inmunofluorescencia indirecta – <i>Fluorescent treponemal antibody-absorption</i> (FTA-Abs)	La mayoría de las veces, permanecen reactivos por toda la vida, aún después del tratamiento.
	Ensayos inmunoenzimáticos – <i>Enzyme-linked immunosorbent assay</i> (ELISA)	Son importantes para el diagnóstico, pero no están indicados para monitoreo de la respuesta al tratamiento.
	Ensayo inmunológico con revelación quimioluminiscente y sus derivaciones – <i>Electrochemiluminescence</i> (EQL) y <i>Chemiluminescent magnetic immunoassay</i> (CMIA)	
	Prueba de hemaglutinación – <i>T. pallidum haemagglutination test</i> (TPHA)	
	Prueba de aglutinación de partículas – <i>T. pallidum particle agglutination assay</i> (TPPA)	
	Ensayos de micro-hemaglutinación – <i>Micro-haemagglutination assay</i> (MHA-TP)	

Léase:

Pruebas inmunológicas	Tipos	Observaciones
No treponémicas	<i>Venereal disease research laboratory</i> (VDRL)	Cuantificables (ej.: 1:2, 1:4, 1:8).
	<i>Rapid plasma reagin</i> (RPR)	Importantes para el diagnóstico y monitoreo de la respuesta al tratamiento.
	<i>Toluidine red unheated serum test</i> (TRUST)	
	<i>Unheated-serum reagin</i> (USR)	
Treponémicas	Pruebas rápidas	Son los primeros a se tornar reactivos.
	Prueba de inmunofluorescencia indirecta – <i>Fluorescent treponemal antibody-absorption</i> (FTA-Abs)	La mayoría de las veces, permanecen reactivos por toda la vida, aún después del tratamiento.
	Ensayos inmunoenzimáticos – <i>Enzyme-linked immunosorbent assay</i> (ELISA)	Son importantes para el diagnóstico, pero no están indicados para monitoreo de la respuesta al tratamiento.
	Ensayo inmunológico con revelación quimioluminiscente y sus derivaciones – <i>Electrochemiluminescence</i> (EQL) y <i>Chemiluminescent magnetic immunoassay</i> (CMIA)	
	Prueba de hemaglutinación – <i>T. pallidum haemagglutination test</i> (TPHA)	
	Prueba de aglutinación de partículas – <i>T. pallidum particle agglutination assay</i> (TPPA)	
	Ensayos de microhemaglutinación – <i>Micro-haemagglutination assay</i> (MHA-TP)	

En el artículo “**Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: pruebas diagnósticas para sífilis**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100006.esp1, publicado en el periódico **Epidemiología y Servicios de Salud**, v. 30(Esp.1):1-12, en la página 6:

Figura 2 – Algoritmo con abordaje clásico para diagnóstico de sífilis (iniciándose con prueba no treponémica)

Donde se leía:

Muestra reactiva para anticuerpos no treponémicos con título y para anticuerpos treponémicos^e

Léase:

Muestra reactiva para anticuerpos no treponémicos con título y para anticuerpos no treponémicos^e

Figura 3 – Algoritmo con abordaje reversa para diagnóstico de sífilis (iniciando con prueba treponémica)

Donde se leía:

Realizar prueba treponémica^a (rápido o de laboratorio)

Léase:

Realizar prueba treponémica (rápida o en laboratorio)

Donde se leía:

Reactividad inicial para anticuerpos treponémicos no confirmada y muestra no reactiva para anticuerpos no treponémicos^e

Léase:

Muestra reactiva para anticuerpos treponémicos y no reactiva para anticuerpos no treponémicos^e

En el artículo “**Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: infecciones que causan cervicitis**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100008.esp1, Figura 2 – Tratamiento de gonorrea y clamidia, publicado en el periódico **Epidemiología y Servicios de Salud**, v. 30(Esp.1):1-12, en la página 5:

Donde se leía:

Gonorrea/clamidia	Tratamiento
Infección gonocócica NO complicada (uretra, cuello del útero, recto y faringe)	Ceftriaxona 500 mg, intramuscular (IM), dosis única más azitromicina 500 mg, 2 pastillas, vía oral (VO), dosis única
Infección gonocócica diseminada	Ceftriaxona 1g, IM 0 intravenosa (IV), al día, completando al menos 7 días de tratamiento más azitromicina 500mg, 2 pastillas, VO, dosis única
Infección por clamidia o micoplasma	Azitromicina 500 mg, 2 pastillas, VO, dosis única; 0 doxiciclina 100 mg, VO, 2 veces al día, por 7 días (excepto gestantes) ^a
	Mantenimiento: fluconazol 150mg, VO, 1x/semana, por 6 meses 0 miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana 0 miconazol óvulo vaginal, 1x/semana, durante 6 meses
Oftalmía neonatal	Tratamiento
Prevención de la oftalmía neonatal	Nitrato de prata a 1% (método de Crede), aplicación única, en la primera hora luego del nacimiento; o tetraciclina a 1% (colirio), aplicación única, en la primera hora luego del nacimiento
Tratamiento de la oftalmía ^b neonatal	Ceftriaxona 25-50 mg/kg/día, IM, máximo 125 mg en dosis única

Léase:

Gonorreia/clamidia	Tratamiento
Infección gonocócica NO complicada (uretra, cuello del útero, recto y faringe)	Ceftriaxona 500 mg, intramuscular (IM), dosis única más azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, vía oral (VO), dosis única
Infección gonocócica diseminada	Ceftriaxona 1g, IM o intravenosa (IV), al día, completando al menos 7 días de tratamiento más azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dosis única
Infección por clamidia o micoplasma	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dosis única; o doxiciclina 100 mg, VO, 2 veces al día, por 7 días (excepto gestantes) ^a
Oftalmía neonatal	Tratamiento
Prevención de la oftalmía neonatal	Nitrato de prata a 1% (método de Crede), aplicación única, en la primera hora luego del nacimiento; o tetraciclina a 1% (colirio), aplicación única, en la primera hora luego del nacimiento
Tratamiento de la oftalmía ^b neonatal	Ceftriaxona 25-50 mg/kg/día, IM, máximo 125 mg en dosis única

En el artículo “**Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: infecciones que causan úlcera genital**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100010.esp1, Figura 1 – Recomendaciones para el manejo de las infecciones que causan úlcera genital y Figura 3 – Tratamiento de úlceras genitales con diagnóstico de sífilis, chancro blando, linfogranuloma venéreo o donovanosis, publicado en el periódico **Epidemiología y Servicios de Salud**, v. 30(Esp.1):1-12, en las páginas 6 y 8:

Figura 1 – Recomendaciones para el manejo de infecciones que causan úlcera genital

Donde se leía:

¿Visualización de treponemas móviles en la microscopía de campo?

Léase:

¿Visualización de treponemas móviles en la microscopía de campo oscuro?

Figura 3 – Tratamiento de úlceras genitales con diagnóstico de sífilis, chancro blando, linfogranuloma venéreo o donovanosis

Donde se leía:

Infección de transmisión sexual	Primera opción	Alternativa	Comentarios
Sífilis (chancro duro)	Bencilpenicilina benzatina 2,4 millones de unidades internacionales (UI), intramuscular (IM), dosis única (1,2 millón UI en cada glúteo)	Doxiciclina ^a 100 mg, 12/12h, vía oral (VO), por 15 días	Tratamiento para sífilis reciente: sífilis primaria, secundaria y latente reciente (con hasta un año de evolución).
			Si considerada sífilis tardía: tratar con bencilpenicilina benzatina 2,4 millones UI, IM, semanal (1,2 millón UI en cada glúteo), por 3 semanas (dosis total: 7,2 millones UI, IM). Alternativa: doxiciclina ^a 100 mg, 12/12h, VO, por 30 días.

Continúa

Continuación

Infección de transmisión sexual	Primera opción	Alternativa	Comentarios
Chancro blando	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dosis única	Ceftriaxona 250mg, IM, dosis única o ciprofloxacino ^b 500 mg, 1 comprimido, VO, 2x/día, por 3 días	El tratamiento sistémico debe ser acompañado de medidas locales de higiene.
			Prolongar la terapia puede ser necesario hasta la resolución de la sintomatología.
			La antibioticoterapia no tiene efecto expresivo en la duración de la linfadenopatía inguinal, pero los síntomas agudos son frecuentemente erradicados de modo rápido.
Linfogranuloma venéreo	Doxiciclina ^a 100 mg, VO, 1 comprimido, 2x/día, por 21 días	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por 21 días (preferencial en gestantes)	Los antibióticos no revierten secuelas como estenosis rectal o elefantiasis genital.
Donovanosis	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por al menos tres semanas, o hasta la cicatrización de las lesiones	Doxiciclina ^a 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/día, por al menos 21 días, o hasta el desaparecimiento completo de las lesiones o ciprofloxacino ^b 500 mg, 1 e 1/2 comprimido, VO, 2x/día, por al menos 21 días, o hasta la cicatrización de las lesiones (dosis total: 750 mg) o Sulfametoxazol trimetoprima (400/80 mg), 2 comprimidos, VO, 2x/día, por, mínimo, 3 semanas, o hasta la cicatrización de las lesiones	No teniendo respuesta en la apariencia de la lesión en los primeros días de tratamiento con ciprofloxacino, se recomienda agregar un aminoglucósido, como a gentamicina, 1mg/kg/día, intravenoso, 3x/día, por al menos tres semanas, o hasta la cicatrización de las lesiones.
			En personas viviendo con HIV, se sugieren los mismos esquemas terapéuticos; el uso de terapia parenteral con gentamicina debe ser considerado en los casos más graves.
			Las secuelas de la destrucción tisular u obstrucción linfática pueden exigir corrección quirúrgica.

Léase:

Infección de transmisión sexual	Primera opción	Alternativa	Comentarios
Sífilis (chancro duro)	Bencilpenicilina benzatina 2,4 millones de unidades internacionales (UI), intramuscular (IM), dosis única (1,2 millón UI en cada glúteo)	Doxiciclina ^a 100 mg, 12/12h, vía oral (VO), por 15 días	Tratamiento para sífilis reciente: sífilis primaria, secundaria y latente reciente (con hasta un año de evolución). Si considerada sífilis tardía: tratar con bencilpenicilina benzatina 2,4 millones UI, IM, semanal (1,2 millón UI en cada glúteo), por 3 semanas (dosis total: 7,2 millones UI, IM). Alternativa: doxiciclina ^a 100 mg, 12/12h, VO, por 30 días.
Chancroide (chancro blando)	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dosis única	Ceftriaxona 250mg, IM, dosis única o ciprofloxacino ^b 500 mg, 1 comprimido, VO, 2x/día, por 3 días	El tratamiento sistémico debe ser acompañado de medidas locales de higiene.
Linfogranuloma venéreo	Doxiciclina ^a 100 mg, VO, 1 comprimido, 2x/día, por 21 días	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por 21 días (preferencial en gestantes)	Prolongar la terapia puede ser necesario hasta la resolución de la sintomatología. La antibioticoterapia no tiene efecto expresivo en la duración de la linfadenopatía inguinal, pero los síntomas agudos son frecuentemente erradicados de modo rápido. Los antibióticos no revierten secuelas como estenosis rectal o elefantiasis genital.

Continúa

Continuación

Infección de transmisión sexual	Primera opción	Alternativa	Comentarios
Donovanosis	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por al menos tres semanas, o hasta la cicatrización de las lesiones	Doxiciclina ^a 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/día, por al menos 21 días, o hasta el desaparecimiento completo de las lesiones o ciprofloxacino ^b 500 mg, 1 e 1/2 comprimido, VO, 2x/día, por al menos 21 días, o hasta la cicatrización de las lesiones (dosis total: 750 mg) o Sulfametoxazol trimetoprima (400/80 mg), 2 comprimidos, VO, 2x/día, por, mínimo, 3 semanas, o hasta la cicatrización de las lesiones	De no haber respuestas en la apariencia de la lesión en los primeros días de tratamiento con Ciprofloxacino, se recomienda agregar un aminoglucósido, como la gentamicina, 1mg/kg/día, endovenosa, 3x/día, por al menos tres semanas, o hasta la cicatrización de las lesiones. En personas viviendo con VIH, se sugieren los mismos esquemas terapéuticos; el uso de terapia parenteral con gentamicina debe ser considerado en los casos más graves. Las secuelas de la destrucción tisular u obstrucción linfática pueden exigir corrección quirúrgica.

En el artículo “**Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: infecciones entéricas de transmisión sexual**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100012.esp1, publicado en el periódico **Epidemiología y Servicios de Salud**, v. 30(Esp.1):1-11, en la página 1:

Donde se leía:
thereza.mareco@aids.gov.br
Léase:
thereza.csm@hotmail.com

En el artículo “**Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: infección por VIH en adolescentes y adultos**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100013.esp1, publicado en el periódico **Epidemiología y Servicios de Salud**, 30(Esp.1):1-13, en las páginas 4, 5 y 6:

Donde se leía:
Figura 2 – Manifestações clínicas de imunodeficiência avançada
Léase:
Figura 2 – Manifestaciones clínicas de la inmunodeficiencia avanzada

Figura 3 – Pruebas diagnósticas para detección de la infección por el VIH

Donde se leía:

Primera prueba	Segunda prueba	Diagnóstico
ELISA ^a cuarta generación (+)	Carga viral VIH (PCRb) (+)	Infección por el VIH
ELISA tercera generación (+)	Carga viral VIH (PCR) (+)	Infección por el VIH
ELISA tercera generación (+)	WesternBlot VIH (+)	Infección por el VIH
TR ^c 1(+) + TR ^c 2 (+)	Carga viral (PCR) (+)	Infección por el VIH

Léase:

Primera prueba	Segunda prueba	Diagnóstico
ELISA ^a cuarta generación (+)	Carga viral VIH (PCR ^b) (+)	Infección por el VIH
ELISA ^a tercera generación (+)	Carga viral VIH (PCR ^b) (+)	Infección por el VIH
ELISA ^a tercera generación (+)	WesternBlot VIH (+)	Infección por el VIH
TR ^c 1(+) + TR ^c 2 (+)	Carga viral (PCR ^b) (+)	Infección por el VIH

Donde se leía:

Figura 4 – Exámenes complementarios iniciales y de seguimiento clínico de personas con VIH

Léase:

Figura 4 – Pruebas complementarias iniciales y seguimiento clínico de personas con VIH

Donde se leía:

Examen	Pré-TAR ^a	Seguimiento	Observación
Hemograma completo	Sí	6-12 meses	Repetir en 2-8 semanas si inicio o cambio de TAR con AZT ^b .
Creatinina sérica y TFGe ^c	Sí	Anual	Intervalo de 3-6 meses si uso de TDF ^d u otras drogas nefrotóxicas, TFGe<60ml/min o riesgo aumentado para enfermedad renal (ej.: diabetes, hipertensión).
Examen básico de orina	Sí	Anual	Intervalo de 3-6 meses si uso de TDF u otras drogas nefrotóxicas, TFGe<60ml/min, proteinuria o riesgo aumentado para enfermedad renal (ej.: diabetes, hipertensión).
AST ^e , ALT ^f , FA ^g , BT ^h y fracciones	Sí	Anual	Intervalos más frecuentes en caso de uso de drogas hepatotóxicas, enfermedad hepática o coinfecciones con HCV ⁱ o HBV ^j .
CT ^k , LDL ^l , HDL ^m y TGL ⁿ	Sí	Anual	Intervalo de 6 meses si alterado en el último análisis.
Glicemia en ayuno	Sí	Anual	Considerar prueba de tolerancia a la glucosa caso el resultado de la glucemia en ayuno esté entre 100 y 125mg/dL.
PT/PPD ^o	Sí	Anual si LT ^p -CD4+ ≥350 céls/mm ³	Si LT-CD4+<350 céls/mm ³ y excluida tuberculosis (TB) activa, iniciar trata-miento para infección latente (ILT ^q) sin necesidad de realizar PPD. Si tratamiento previo para TB o ILTB, no se indica repetición – RX de tórax recomendado en la consulta pre-TAR.
Prueba inmunológica para sífilis	Sí	Semestral/conforme indicación	Considerar mayor frecuencia de cribado si riesgo o exposición.
Anti-HCV	Sí	Anual/conforme indicación	Considerar mayor frecuencia de cribado si riesgo o exposición. Solicitar carga viral de HCV si anti-HCV positivo o sospecha de infección aguda.
Cribado HBV (HBsAg ^q , antiHBs ^r , anti-HBc total ^s)	Sí	Anual/conforme indicación	Considerar mayor frecuencia de cribado si riesgo o exposición. Vacunar personas no inmunizadas. Personas inmunizadas (anti-HBs positivo) no necesitan nuevo cribado para HBV.
IgG para toxoplasmosis, serología para HTLV1 ^t y Chagas	Sí	-	Recomendado IgG toxoplasmosis en todos. Serología para HTLV-1 y Chagas en áreas endémicas.
Rastreo de las alteraciones óseas	No	2-3 años	>40 años o factores de riesgo. Evaluar por la "Herramienta de evaluación de riesgo de fractura" – FRAX Brasil. ^u

Continua

Continuación

Examen	Pré-TARV ^a	Seguimiento	Observación
Evaluación cardio-vascular (escala de riesgo de Framingham)	Sí	Anual	Frecuencias mayores según riesgo inicial y TAR en uso.
Rastreo de neoplasias	-	-	Abordar en el diagnóstico y según indicación específica.
Inmunizaciones	-	-	Abordar en el diagnóstico y según indicación específica.
Conteo LT-CD4/CD8	Sí	6/6 meses	Con CV-HIV indetectable en 2 exámenes y LT-CD4 \geq 350, no es necesario monitoreo.
Carga viral VIH	Sí	4-8 semanas luego inicio o cambio y 6/6 meses	Repetir si falla virológica.
Genotipado VIH	-	-	Indicado para gestantes, niños y adolescentes, casos de HIV-TB, personas infectadas por parejas en uso de TAR y falla virológica confirmada.

Léase:

Prueba	Pre-TARV ^a	Seguimiento	Observación
Hemograma completo	Sí	6-12 meses	Repetir en 2-8 semanas si inicio o cambio de TARV con AZT ^b .
Creatinina sérica y TFGe ^c	Sí	Anual	Intervalo de 3-6 meses si uso de TDF ^d u otras drogas nefrotóxicas, TFGe ^c <60ml/min o riesgo aumentado para enfermedad renal (ej.: diabetes, hipertensión).
Examen básico de orina	Sí	Anual	Intervalo de 3-6 meses si uso de TDF ^d u otras drogas nefrotóxicas, TFGe ^c <60ml/min, proteinuria o riesgo aumentado para enfermedad renal (ej.: diabetes, hipertensión).
AST ^e , ALT ^f , FA ^g , BT ^h y fracciones	Sí	Anual	Intervalos más frecuentes en caso de uso de drogas hepatotóxicas, enfermedad hepática o coinfecciones con VHC ⁱ o VHB ^j .
CT ^k , LDL ^l , HDL ^m y TGL ⁿ	Sí	Anual	Intervalo de 6 meses si alterado en el último análisis.
Glicemia en ayuno	Sí	Anual	Considerar prueba de tolerancia a la glucosa caso el resultado de la glucemia en ayuno esté entre 100 y 125mg/dL.
PT/PPD ^o	Sí	Anual si LT ^p -CD4+ \geq 350 céls/mm ³	Si LT ^p -CD4+ \geq 350 céls/mm ³ y excluida tuberculosis (TB) activa, iniciar tratamiento para infección latente (ILT ^q) sin necesidad de realizar PT/PPD ^o . Si hubiera tratamiento previo para TB o ILTB, no hay indicación de repetición; rayos-X de tórax recomendado en la consulta pre-TARV ^a .
Prueba inmunológica para sífilis	Sí	Semestral/conforme indicación	Considerar mayor frecuencia de cribado si riesgo o exposición.
Anti-VHC ⁱ	Sí	Anual/conforme indicación	Considerar mayor frecuencia de cribado si riesgo o exposición. Solicitar carga viral de VHC ⁱ si anti-VHC ⁱ positivo o sospecha de infección aguda.
Cribado HBV ^j (HBsAg ^q , anti-HBs ^r , anti-HBc total ^s)	Sí	Anual/conforme indicación	Considerar mayor frecuencia de cribado si riesgo o exposición. Vacunar personas no inmunizadas. Personas inmunizadas (anti-HBs ^r positivo) no necesitan nuevo cribado para VHB ^j .
IgG para toxoplasmosis, serología para HTLV-1 ^t y Chagas	Sí	-	Recomendado IgG toxoplasmosis en todos. Serología para HTLV-1 ^t y Chagas en áreas endémicas.
Rastreo de las alteraciones óseas	No	2-3 años	>40 años o factores de riesgo. Evaluar por la 'Herramienta de evaluación de riesgo de fractura' - FRAX Brasil ^u .

Continua

Continuación

Prueba	Pre-TARV ^a	Seguimiento	Observación
Evaluación cardiovascular (escala de riesgo de Framingham)	Sí	Anual	Frecuencias mayores según riesgo inicial y TARV ^b en uso.
Rastreo de neoplasias	-	-	Abordar en el diagnóstico y según indicación específica.
Inmunizaciones	-	-	Abordar en el diagnóstico y según indicación específica.
Conteo LP ^c -CD4+/CD8+	Sí	6/6 meses	Con carga viral en VIH (CV- VIH) indetectable en 2 pruebas y LP ^c -CD4+ \geq 350, no es necesario monitoreo.
Carga viral en VIH	Sí	4-8 semanas luego al inicio o cambio y 6/6 meses	Repetir si falla virológica.
Genotipado del VIH	-	-	Indicado para gestantes, niños y adolescentes, casos de VIH-tuberculosis (VIH-TB), personas infectadas por parejas en uso de TARV ^b y falla virológica confirmada.

En el artículo “**Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: infección por papilomavirus humano (PVH)**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100014.esp1, publicado en el periódico **Epidemiología y Servicios de Salud**, v. 30(Esp.1):1-9, en las páginas 2, 3 y 5:

Donde se leía:

HPV

Léase:

PVH

Donde se leía:

El documento fue aprobado por la Comisión Nacional de Incorporación de Tecnologías en el Sistema Único de Salud (Conitec),¹ siendo actualizado por el grupo de especialistas en ITS en 2020.

Léase:

El documento fue aprobado por la Comisión Nacional de Incorporación de Tecnologías en el SUS (Conitec) y actualizado por el grupo de especialistas del PCDT-ITS en 2020.¹

Donde se leía:

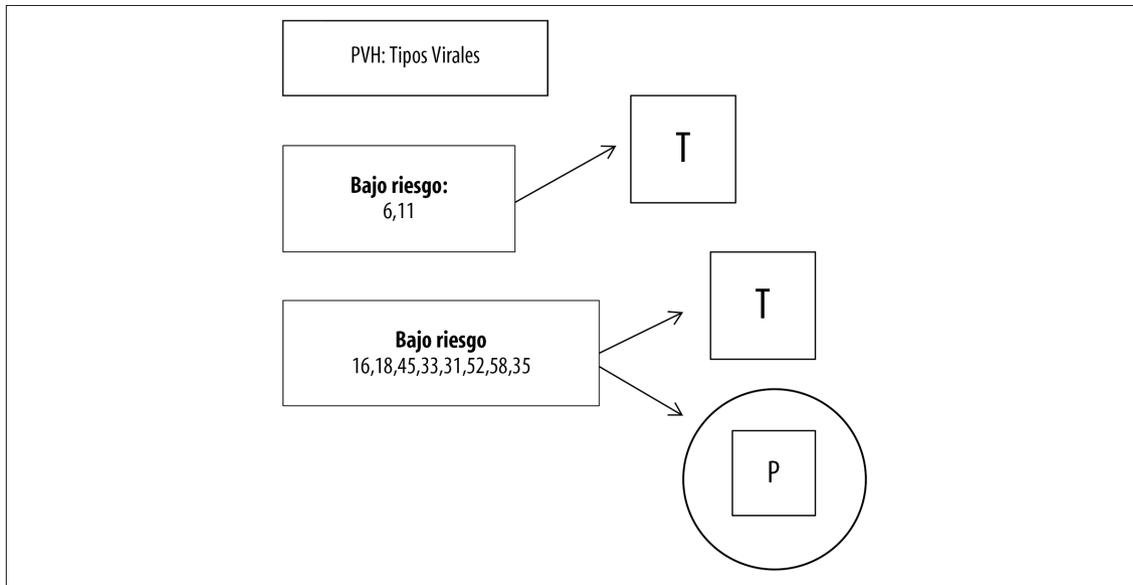
Sin embargo, resta la incerteza cuanto a la frecuencia de resolución espontánea de las lesiones, con relatos de proporciones de depuración sin tratamiento en hasta 50% de las personas afectadas.

Léase:

Sin embargo, hay incerteza con relación a la frecuencia de la resolución espontánea de las lesiones, con relatos de proporciones de depuración sin tratamiento variando entre 0% y 50% de las personas afectadas.

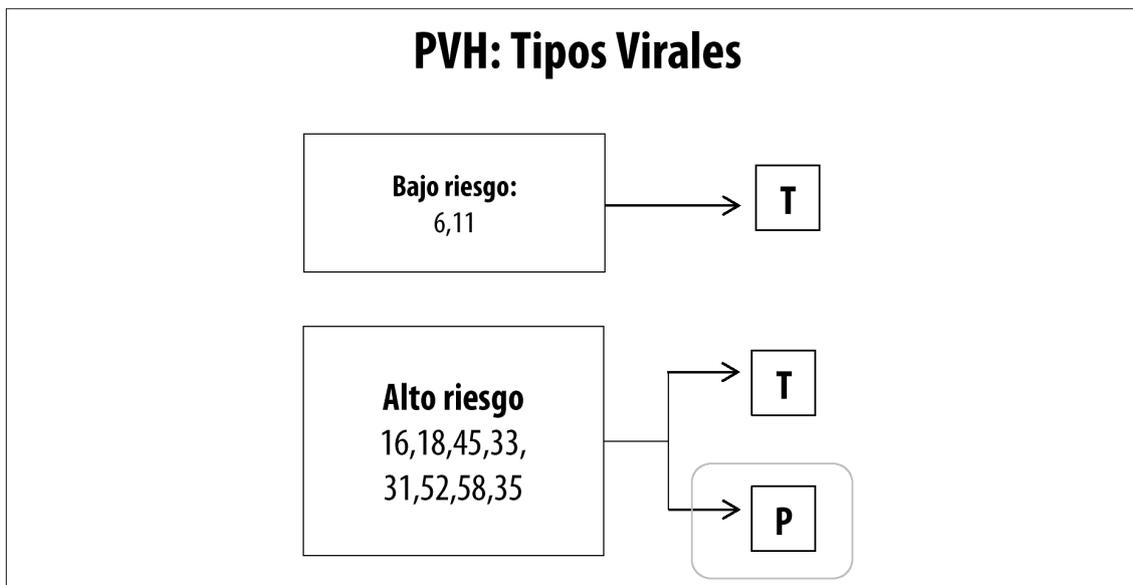
Donde se leía:

Figura 1 – Prevalencia de los grupos virales del papilomavirus humano de bajo y alto riesgo oncogénico y capacidad de persistencia en el organismo humano



Léase:

Figura 1 – Prevalencia de los grupos virales del papilomavirus humano de bajo y alto riesgo oncogénico y capacidad de persistencia en el organismo humano (T: Transitorios; P: Persistentes)



En el artículo “**Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: violencia sexual**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100018.esp1, Figura 1 – Esquema profiláctico para infecciones de transmisión sexual no virales en situación de violencia sexual, publicado en el periódico **Epidemiología y Servicios de Salud**, v. 30(Esp.1):1-11, en la página 4:

Donde se leía:

Infección de transmisión sexual	Medicamento	Posología	
		Adultos y adolescentes con más de 45kg, incluso gestantes	Niños y adolescentes con menos de 45kg
Sífilis	Bencilpenicilina benzatina	2.4 millones unidades internacionales (UI), intramuscular (IM) en dosis única (dividida en dos inyecciones)	50.000 UI/kg, IM, dosis única (dosis máxima total: 2.4 millones UI)
Gonorrea	Ceftriaxona + azitromicina	Ceftriaxona 500 mg, 1 ampolla, IM, dosis única más azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, vía oral (VO), dosis única (dosis total: 1g)	125 mg, IM, dosis única
Infección por clamidia	Azitromicina	500 mg, 2 comprimidos, VO, dosis única (dosis total: 1g)	20 mg/kg de peso, VO, dosis única (dosis máxima total: 1g)
Tricomonirosis	Metronidazol ^{a,b}	500 mg, 4 comprimidos VO, dosis única (dosis total: 2g)	15 mg/kg/día, divididos en 3 dosis/día, por 7 días (dosis diaria máxima: 2g)

Léase:

Infección de transmisión sexual	Medicamento	Posología	
		Adultos y adolescentes con más de 45kg, incluso gestantes	Niños y adolescentes con menos de 45kg
Sífilis	Bencilpenicilina benzatina	2.4 millones unidades internacionales (UI), intramuscular (IM) en dosis única (dividida en dos inyecciones)	50.000 UI/kg, IM, dosis única (dosis máxima total: 2.4 millones UI)
Gonorrea	Ceftriaxona + azitromicina	Ceftriaxona 500 mg, 1 ampolla, IM, dosis única más azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, vía oral (VO), dosis única (dosis total: 1g)	Ceftriaxona 125 mg, IM, dosis única más azitromicina 20 mg/kg de peso, VO, dosis única (dosis máxima total: 1g)
Infección por clamidia	Azitromicina	500 mg, 2 comprimidos, VO, dosis única (dosis total: 1g)	20 mg/kg de peso, VO, dosis única (dosis máxima total: 1g)
Tricomonirosis	Metronidazol ^{a,b}	500 mg, 4 comprimidos VO, dosis única (dosis total: 2g)	15 mg/kg/día, divididos en 3 dosis/día, por 7 días (dosis diaria máxima: 2g)