



FE DE ERRATAS

En la edición anterior, Vol. 64 No. 2, abril-junio de 2013, en el artículo “Guía de Práctica Clínica para el manejo sindrómico de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital - 2013”, por un error involuntario publicamos una información equivocada en algunas partes del documento. Ofrecemos disculpas por estos errores y presentamos a continuación la información correcta:

Página 126:

Leyenda bibliográfica dice: Rev Colomb Obstet Ginecol 2012;63:126-177

Debe decir: Rev Colomb Obstet Ginecol **2013**;63:126-177

Página 129:

Dice: British College of Obstetricians and Gynaecologists

Debe decir: **Royal** College of Obstetricians and Gynaecologists

Página 132

Dice: Recomendación fuerte a favor. No se recomienda el uso de anticoncepción diferente a los métodos de barrera para la prevención de ITS.

Debe decir: **Recomendación fuerte en contra.** No se recomienda el uso de anticoncepción diferente a los métodos de barrera para la prevención de ITS.

Página 134

Tabla 3

Dice: Linfogramuloma venérea.

Debe decir: Linfogramuloma **venéreo.**

Página 136

Pregunta 7

Dice: Recomendación fuerte en contra. Para el tratamiento de pacientes con sospecha de infección cervical por *Neisseria gonorrhoeae* se utilizará como primera opción

ceftriaxona 500 mg IM, dosis única. En caso de no disponer de ceftriaxona o haber contraindicaciones* para su uso se utilizará como segunda opción cefixime 400 mg vía oral, dosis única. Por otro lado, en casos de posible sensibilidad cruzada a las penicilinas, como tercera opción de tratamiento se recomienda espectinomicina 2 g IM, dosis única.

* Contraindicaciones: hipersensibilidad a las ceftiraxona y neonatos con hiperbilirrubinemia, además debe usarse con precaución en pacientes con historia de hipersensibilidad a las penicilinas.

Debe decir: **Recomendación fuerte a favor.** Para el tratamiento de pacientes con sospecha de infección cervical por *Neisseria gonorrhoeae* se utilizará como primera opción ceftriaxona 500 mg IM, dosis única. En casos de no disponer de ceftriaxona o haber contraindicaciones* para su uso se utilizará como segunda opción cefixime 400 mg vía oral, dosis única. Por otro lado, en casos de posible sensibilidad cruzada a las penicilinas, como tercera opción de tratamiento se recomienda espectinomicina 2 g IM, dosis única.

* Contraindicaciones: **hipersensibilidad a las ceftiraxona, además debe usarse con precaución en pacientes con historia de hipersensibilidad a las penicilinas.**

Página 138.

Pregunta 9

Dice: Se sugiere realizar un control clínico a las dos semanas de inicio del tratamiento a los (las) pacientes concervicitis.

Debe decir: Se sugiere realizar un control clínico a las dos semanas de inicio del tratamiento a **las** pacientes con cervicitis.

Página 147

Dice: El uso de azitromicina para esta ITS no se ha evaluado directamente, y la evidencia procede de otras infecciones causadas por *C. trachomatis*. Además de la evidencia ya descrita, dos ECA que incluyen 971 pacientes con infecciones por *Chlamydia trachomatis* (mayormente uretritis y cervicitis) no encontraron diferencias en términos de cura

clínica (RR entre 1,03 a 1,06), cura bacteriológica (RR entre 0,97 a 1,01) o presencia de eventos adversos (RR entre 0,89 a 1,1), en comparación con pacientes tratados con doxiciclina (80, 81).

Debe decir: El uso de azitromicina para esta ITS no se ha evaluado directamente, y la evidencia procede de otras infecciones causadas por *C. trachomatis*. Además de la evidencia ya descrita, dos ECA que incluyen 971 pacientes con infecciones por *Chlamydia trachomatis* (mayormente uretritis y cervicitis) **encontraron** diferencias en términos de cura clínica (RR entre 1,03 a 1,06), **mas no en** cura bacteriológica (RR entre 0,97 a 1,01) o presencia de eventos adversos (RR entre 0,89 a 1,1), en comparación con pacientes tratados con doxiciclina (80, 81).

Página 152

Dice: Por otro lado, no se encontraron diferencias entre el tinidazol una dosis y el metronidazol 7 días de tratamiento en cuanto a falla clínica (RR = 0,38-1,73) o eventos adversos (RR = 0,62; IC 95%: 0,13-2,98). No hay diferencia en el porcentaje de discontinuación entre metronidazol y clindamicina (RR = 0,50; IC 95%: 0,17-1,47), ni en la tasa de eventos adversos (RR = 0,75; IC 95%: 0,54-1,05), como tampoco en la sobreinfección por *Candida* (RR = 1,11; IC 95%: 0,78-1,58).

Debe decir: Por otro lado, no se encontraron diferencias entre el tinidazol una dosis y el metronidazol 7 días de tratamiento en cuanto a falla clínica (RR **entre** 0,38-1,73) o eventos adversos (RR = 0,62; IC 95%: 0,13-2,98). No

hay diferencia en el porcentaje de discontinuación entre metronidazol y clindamicina (RR = 0,50; IC 95%: 0,17-1,47), ni en la tasa de eventos adversos (RR = 0,75; IC 95%: 0,54-1,05), como tampoco en la sobreinfección por *Candida* (RR = 1,11; IC 95%: 0,78-1,58).

Página 153:

Dice: En cuanto a los eventos adversos se asociaron más al uso del metronidazol que al tinidazol (RR = 1,65; IC 95%: 1,35-2,02). Un importante número de estudios tienen un riesgo no claro de sesgos y hay alta heterogeneidad en algunas de las comparaciones (105)

Debe decir: En cuanto a los eventos adversos se asociaron más al uso del metronidazol que al tinidazol (RR = 1,65; IC 95%: **1,35-2,02**). Un importante número de estudios tienen un riesgo no claro de sesgos y hay alta heterogeneidad en algunas de las comparaciones (105)

Página 164

Equipo de coordinación de guía de pacientes

Marisol Moreno Angarita
Lina Paola Bonilla Mahecha

Equipo de comunicaciones

Carlos Hernán Caicedo Escobar
Vivian Marcela Molano Soto
Silvia Angélica Puertas Céspedes
Edna Paola Córdoba Cortés
Johanna Cepeda Saavedra
Leonardo Andrés Anchique Leal