



ATENCIÓN A PACIENTES QUE CONSULTAN POR SOSPECHA DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Estas recomendaciones van dirigidas a consultas de pacientes que tienen como elemento común el antecedente de una relación sexual con posible riesgo de infección. La consulta puede estar motivada por la presencia de síntomas o lesiones, como uretritis, cervicitis, úlceras o verrugas genitales, y en otros casos tan sólo por la sospecha de riesgo de contagio o el contacto con una persona con una infección de transmisión sexual (ITS) diagnosticada.

Actualmente contamos con medios para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS, que bien utilizados, permitirían prevenir la mayor parte de los casos. Sin embargo, la incidencia de ITS está aumentando en España y en los países de nuestro entorno.

Atención Primaria es el lugar de consulta de la mayoría de estos pacientes. La prevención y el tratamiento de las ITS cortan la cadena de transmisión, por lo que su impacto en la salud de la población va mucho más lejos del número de pacientes atendidos.

CONSIDERACIONES GENERALES

Son prácticas de riesgo para contraer una ITS el tener relaciones sexuales de tipo vaginal, anal u oral, con una o más personas de las que se desconoce si pueden estar infectadas, aunque no tengan síntomas. El uso adecuado del preservativo masculino o femenino disminuye el riesgo de transmisión en la medida en que reduce la superficie de contacto directo entre mucosas. No obstante, el simple contacto entre mucosas supone riesgo de transmisión.

En una misma relación puede transmitirse más de una ITS. La detección de casos sintomáticos debe contemplar la posibilidad de otras ITS en el paciente y

la existencia de infección sintomática o asintomática en su/s pareja/s.

La localización genital es la más habitual en las lesiones por ITS, pero puede haber localización anal y faríngea, dependiendo de las prácticas sexuales.

Es particularmente importante establecer una comunicación de confianza con cada paciente. En toda consulta por sospecha de una ITS o por conductas sexuales de riesgo se debe procurar:

- Iniciar el consejo sobre la práctica de medidas dirigidas a prevenir la transmisión de ITS.
- Llevar a cabo las pruebas diagnósticas recomendadas.
- Propiciar una segunda cita, que es fundamental para informar de los resultados de las pruebas, reforzar el consejo y asegurar el tratamiento y curación.

INTERVENCIÓN PREVENTIVA

Siguiendo la metodología para dar consejos educativos eficaces se plantea como propuesta mínima la siguiente.

En todos los casos

- Preguntar sobre posibles prácticas de riesgo: tipo de relación/es, pareja/as y medios de protección utilizados.
- Aconsejar sobre los riesgos asociados a las relaciones sexuales, cómo evitarlos o minimizarlos, las posibles consecuencias de tener ITS, tratamientos, plazos, medidas de prevención para el propio paciente y para las parejas.

- Oferta de material informativo sobre sexualidad, posibles riesgos y medidas preventivas. Se puede encontrar en www.CON.navarra.es, www.CON.nafarroa.eus y www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTranmisibles/sida/homeITS.htm
- Oferta de Sesión Educativa Individual con mayor tiempo de consulta para poder trabajar con más detalle los posibles riesgos y opciones, y la posible derivación a recursos de la comunidad.
- Información y oferta de vacunación frente a:
 - Hepatitis B. Todo paciente que consulta por sospecha de una ITS debería estar inmunizado frente al virus de la hepatitis B (incluida en la vacunación escolar en nacidos a partir de 1980). Si no lo está, ofertar la vacunación inmediata utilizando vacunas disponibles en los Centros de Salud.
 - Hepatitis A. Indicada en hombres que tienen sexo con hombres y en situaciones de prostitución. La inmunización se realizará con dosis de vacuna disponibles en los Centros de Salud o se pueden solicitar al Instituto de Salud Pública.
 - Virus del papiloma humano. Indicada en hombres que tienen sexo con hombres y en situaciones de prostitución en personas menores de 26 años que no se hayan vacunado antes. La inmunización se realizará con dosis de vacuna disponibles en los Centros de Salud.

Si el paciente tiene actualmente una ITS

- Recordar la necesidad de abstenerse de prácticas sexuales coitales (sexo oral, vaginal y anal), o utilizar siempre métodos barrera como el preservativo femenino, masculino o la barrera de látex (asegurándose de que cubra totalmente las lesiones) hasta la finalización del tratamiento del paciente y de sus parejas.
- El tratamiento de las parejas sexuales de personas con ITS supone la prevención de complicaciones tardías y de reinfecciones. En general, se deberá tratar a las parejas de la misma ITS que el paciente índice, independientemente de si presentan síntomas o signos de infección. Para la mayoría de las ITS conviene considerar las parejas de los tres meses previos. La actuación sobre las parejas sexuales del paciente puede hacerse directamente, en caso de que sea posible

recibir las en consulta, o indirectamente, a través del paciente.

- El tratamiento de la embarazada y del recién nacido de madres con ITS previene las formas congénitas y neonatales.

PRESENTACIONES CLÍNICAS MÁS FRECUENTES

Uretritis o secreción uretral

Esta patología produce en el varón clínica con bastante frecuencia, que consiste en la presencia de secreción mucosa, purulenta o mucopurulenta en uretra, escozor miccional y ocasionalmente orquiepididimitis. En las mujeres suele ser asintomática, por lo que se requiere la anamnesis completa a ambos miembros de la pareja.

Prurito o flujo vaginal anormal

Pueden indicar una infección vaginal o cervical. Estos síntomas son motivo frecuente de consulta médica en las mujeres y generalmente se deben a vaginitis candidiásica o vaginosis bacteriana, ninguna de las cuales se considera ITS.

Cuando los síntomas persisten tras el tratamiento, la secreción es purulenta y procede del cérvix, o hay antecedente de contacto con una persona infectada, procederemos a descartar otras infecciones como tricomonas, clamidia o gonococo. Cuando la infección afecta al cuello uterino (cervicitis) hay alto riesgo de infecciones pélvicas. La cervicitis puede manifestarse como flujo cervical mucopurulento, aunque lo más frecuente es que sea asintomática.

Las vaginitis y vulvovaginitis, tras confirmar la etiología, deben ser tratadas siempre que sea posible con tratamiento tópico, a excepción de las producidas por *Trichomonas vaginalis*.

Lesiones ulcerosas en genitales

Incluye lesiones ulcerosas, erosivas, pustulosas o vesiculares, con o sin adenopatías regionales. Entre las ITS la causa más común es el herpes genital, y la segunda la sífilis, pero a menudo estas lesiones se deben a otras causas, como excoriaciones, exantema fijo medicamentoso, aftas o úlcera de Behçet. Las ITS ulcerativas en pacientes con infección por VIH pueden ser atípicas y persistir largo tiempo. Otras ITS que producen lesiones ulcerosas como chancroide, donovanosis y linfogranuloma venéreo son poco frecuentes en nuestro medio y conviene derivarlas al especialista.

Verrugas

Las verrugas genitales son causadas por el virus del papiloma humano. El diagnóstico es por examen visual, que puede ser ayudado por una lente de aumento. Con ácido acético al 5% en 5 minutos los condilomas se vuelven acetoblanco a diferencia de otras lesiones.

Las verrugas no recidivantes de localización externa pueden ser tratadas en atención primaria. Son motivo de derivación: la duda diagnóstica, condilomas en meato uretral, condilomas que se introducen en el canal anal, lesiones atípicas, pacientes con inmunodeficiencia, y lesiones pigmentadas, induradas, sangrantes o ulceradas, así como cuando no hay respuesta o empeoran con el tratamiento.

Proctitis

Inflamación del recto que causa dolor o molestia anorectal, tenesmo, sangrado, estreñimiento o diarrea, y en ocasiones secreción de moco y/o pus. Se deben valorar las prácticas sexuales anales ya que en estos casos son frecuentes los portadores anales asintomáticos.

DIAGNÓSTICO

Antes de solicitar pruebas de ITS debe informarse al paciente y comprobar su aceptación de las mismas.

Tener en cuenta el periodo ventana de las pruebas que se basan en la detección de anticuerpos.

La comunicación de resultados debe acompañarse de la información que permita al paciente situarse adecuadamente ante las consecuencias de cada infección.

Ante resultados que no concuerdan con lo referido por el paciente, contemplar la posibilidad de un falso positivo. Repetir una prueba puede hacer menos daño que insistir en un diagnóstico.

Las infecciones vaginales se deben la mayor parte de las veces a sobre crecimiento de la flora habitual (vaginosis bacteriana por anaerobios y *Gardnerella vaginalis*) o a candidiasis, relacionadas con la alteración del equilibrio bacteriano, y por tanto, no son de transmisión sexual.

Pruebas recomendadas ante una sospecha de ITS

1.- Los agentes etiológicos más frecuentes, el tipo de muestras para el diagnóstico y los materiales a utilizar se describen en la **Tabla 1**.

2. Independientemente de los síntomas, ante toda consulta por una ITS o paciente que refiere prácticas sexuales de riesgo conviene realizar serología de **VIH, lúes y virus de las hepatitis B y C** (salvo que tenga inmunidad conocida).

3. Dependiendo del sexo y de la práctica sexual, aún en ausencia de síntomas específicos, conviene considerar la realización de las siguientes pruebas, algunas de las cuales pueden requerir la derivación al especialista:

- En mujeres, considerar la recogida de muestra endocervical o vaginal (en caso de auto-toma) para descartar *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* y *T. vaginalis*.
- En varones, considerar la realización de muestra uretral para descartar *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium* y *T. vaginalis*.
- En personas con prácticas de sexo anal, considerar la recogida de muestra rectal para descartar *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium* y lúes.
- En personas con prácticas de sexo oral, considerar la recogida de muestra faríngea para descartar *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*.
- El virus del papiloma humano queda fuera del ámbito de este protocolo.

Opciones para la toma y remisión de la muestra

- Remisión del paciente para la toma de la muestra al Servicio de Microbiología Clínica del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) o del Hospital García Orcoyen de Estella, o a la consulta de atención especializada correspondiente, según el sexo, tipo y localización de la lesión (**Tabla 4**).
- Muestra tomada en la consulta de primaria y remitida por el circuito normal al Laboratorio de Microbiología, si hay envío en menos de 24 horas.
- Muestra tomada en la consulta de primaria y llevada por el paciente o familiar al Laboratorio de Microbiología de forma inmediata.
- Muestra tomada en la consulta de CASSyR y remitida por el circuito normal al Laboratorio de Microbiología, si hay envío en menos de 24 horas.
- En determinados casos la autotoma ofrece una buena sensibilidad. En las mujeres procede la autotoma vaginal y la recogida de la primera fracción de orina, y en los hombres se debe recoger la primera fracción de orina (Anexo II).

Tabla 1. Resumen etiológico y toma de muestras en infecciones genitales y de transmisión sexual

Clínica	Microorganismos habituales	Muestra	Toma de muestras	
			Medios	Conservación
Uretritis	<i>N. gonorrhoeae</i> <i>C. trachomatis</i> <i>M. genitalium</i> *. <i>Ureaplasma urealyticum</i> <i>T. vaginalis</i>	Exudado uretral - Realizarla mínimo 2 horas desde última micción. - Primero introducir hisopo fino y rotar un par de veces. - Después, introducir hisopo de UTM dos centímetros y rotarlo un par de veces. - Introducirlo en el medio de transporte líquido.	Hisopo fino con medio de transporte bacteriano (Imagen 2) +	≤ 24 horas Tª ambiente
			Hisopo con medio de transporte virus y <i>C. trachomatis</i> (UTM) (Imagen 1)	≤ 24 horas 2-8°C
Vaginitis	<i>Candida</i> spp. <i>G. vaginalis</i> <i>T. vaginalis</i>	Exudado vaginal	Hisopo con medio transporte bacteriano (Imagen 3)	≤ 24 horas Tª ambiente
Cervicitis	<i>N. gonorrhoeae</i> <i>C. trachomatis</i> <i>M. genitalium</i> *	Exudado cervical Autotoma de exudado vaginal (ver Anexo II)	Hisopo con medio transporte bacteriano (Imagen 3)	≤ 24 horas Tª ambiente
			Hisopo con medio de transporte virus y <i>C. trachomatis</i> (UTM) (Imagen 1)	≤ 24 horas 2-8°C
Proctitis	<i>N. gonorrhoeae</i>	Exudado rectal ▪ Introducir después del esfínter anal. ▪ Rotar durante 10-30 segundos Si hay restos fecales, desechar las primeras torundas con contenido fecal. Autotoma de muestra anal (ver Anexo II)	Hisopo con medio transporte bacteriano (Imagen 3)	≤ 24 horas Tª ambiente
	<i>C. trachomatis</i> Herpes simple		Hisopo con medio de transporte virus y <i>C. trachomatis</i> (UTM) (Imagen 1)	≤ 24 horas 2-8°C
	Sífilis**		Hisopo fino SIN medio de transporte (Imagen 4)	En el día Tª ambiente
Úlcera genital	Herpes simple <i>C. trachomatis</i> LGV	Exudado de la úlcera - Si hay vesículas: Tomar líquido de las mismas con jeringa y aguja. Pasar el contenido al tubo con medio de transporte de virus (UTM), aspirando y expulsando líquido varias veces para recoger todo el material. - Si no hay vesículas: Con el hisopo humedecido en el medio de transporte viral, tomar la muestra e introducirla en el vial; cortar el extremo del palito del hisopo, teniendo cuidado de no tocar con los dedos los bordes del tubo. Cerrar el tubo.	Hisopo con medio de transporte virus y <i>C. trachomatis</i> (UTM) (Imagen 1)	≤ 24 horas 2-8°C
	Sífilis** <i>Haemophilus ducreyi</i> (chancroide)		Hisopo fino SIN medio de transporte (Imagen 4)	En el día Tª ambiente

* *M. genitalium* se identificó por primera vez en los años 80 y es una causa emergente de uretritis en varones y enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres. En Navarra es la segunda causa de uretritis no gonocócica.

**Enviar también muestra de suero para serología de lúes.

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Ante una ITS existen dos posibilidades:

1. Tratamiento sintomático

Consiste en iniciar el tratamiento de entrada, guiándonos por la clínica y factores de riesgo, utilizando fármacos eficaces para varios

microorganismos. Es una opción válida cuando se dan algunas de las siguientes condiciones:

- sospecha alta de ITS, donde todos los datos orientan a una determinada causa,
- dudas de que la persona se hará las pruebas y volverá a por los resultados,
- síntomas muy molestos,

- no hay garantías de que la persona se abstenga de relaciones de riesgo.

Las pautas de tratamiento sintomático se presentan en la **tabla 2**.

Antes de considerar que el tratamiento sintomático ha fracasado por infección debida a un germen diferente del previsto, es preciso contemplar la posibilidad de un error en la administración del tratamiento o falta de adherencia al mismo. La posibilidad de reinfección debe tenerse también presente, particularmente si no se han tratado los contactos.

Siempre se recomienda tomar muestras de entrada para poder disponer de diagnóstico etiológico y reconducir el tratamiento en función del resultado.

2. Tratamiento etiológico

Cuando no se dan las circunstancias que hacen recomendable el tratamiento sintomático conviene esperar a iniciar el tratamiento en función de los resultados de las pruebas diagnósticas.

Aunque se haya iniciado tratamiento sintomático, se reevaluará la necesidad de ajustes en el tratamiento en función de los resultados microbiológicos.

Las pautas de tratamiento según el agente etiológico se muestran en la **tabla 3**.

Tabla 2. Tratamiento sintomático de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en nuestro medio

Clínica	Etiología	Tratamiento empírico tras toma de muestras	Observaciones
Uretritis	Frecuentes: <i>N. gonorrhoeae</i> <i>C. trachomatis</i> <i>M. genitalium</i> Menos frecuentes: <i>T. vaginalis</i>	Ceftriaxona 500 mg vim., en dosis única* + Azitromicina 1 g. vo., dosis única* o Doxiciclina 100 mg/12h vo., 7 días Alergia a cefalosporinas: Gentamicina 240 mg, vim., dosis única + Azitromicina 2 g. vo., dosis única	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si no responde al tratamiento valorar <i>T. vaginalis</i> o <i>M. genitalium</i> ▪ Tratamiento de los contactos sexuales en los últimos 60 días con la misma pauta ▪ Control de erradicación: cultivo de control un mes tras tratamiento*
Cervicitis	Frecuentes: <i>N. gonorrhoeae</i> <i>C. trachomatis</i>	Ceftriaxona 500 mg. vim., dosis única + Azitromicina 1 g. vo., dosis única* o Doxiciclina 100 mg/12h vo., 7 días Alergia a cefalosporinas: Gentamicina 240 mg, vim., dosis única + Azitromicina 2 g. vo., dosis única	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Derivación a CASSyR o ginecología. ▪ Tratamiento de los contactos sexuales en los últimos 60 días con la misma pauta ▪ Control de erradicación: cultivo de control un mes tras tratamiento
Proctitis	Frecuentes: <i>N. gonorrhoeae</i> <i>C. trachomatis</i> (LGV) Sífilis ano-rectal Herpes virus Condilomas	Su tratamiento depende de la etiología. Realizar toma de muestras para diagnóstico	
Úlceras	Frecuentes: Sífilis Herpes simple Menos frecuentes: <i>H. ducreyi</i> (Chancroide) <i>C. trachomatis</i> L1-L2-L3 (linfogramuloma venéreo)	Su tratamiento depende de la etiología. Realizar toma de muestras para diagnóstico	

*Hacer siempre control de erradicación.

Tabla 3. Tratamiento etiológico de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en nuestro medio

Etiología	Tratamiento, se incluyen distintas alternativas	Observaciones
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (uretritis, cervicitis, proctitis, faringe)	<p>Ceftriaxona 500 mg vim., dosis única*</p> <p><u>Alternativa :</u> Cefixima 400 mg vo., (aunque se ha detectado disminución de sensibilidad a cefalosporinas orales) + Azitromicina 1 g vo., dosis única*</p> <p><u>Alergia a cefalosporinas:</u> Gentamicina 240 mg, vim., dosis única + Azitromicina 2 g. vo., dosis única</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento de los contactos sexuales en los últimos 60 días con la misma pauta ▪ Control de erradicación: debe realizarse cultivo de control un mes tras tratamiento
<i>Chlamydia trachomatis</i> (uretritis, cervicitis, proctitis no LGV, faringe)	<p><u>Uretritis:</u> Doxiciclina 100 mg/12 h vo., 7 días o Azitromicina 1 g vo., dosis única</p> <p><u>Otras localizaciones:</u> Doxiciclina 100 mg/12 h vo., 14 días</p> <p><u>Alternativas:</u> Eritromicina 500 mg/6h vo., 7 días en uretritis y 14 días en otras localizaciones Levofloxacino 500 mg /día vo., 7 días en uretritis y 14 días en otras localizaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento de los contactos sexuales en los últimos 60 días con la misma pauta ▪ Control de erradicación: debe realizarse cultivo de control un mes tras tratamiento
<i>Chlamydia trachomatis</i> L1-L2-L3 linfogranuloma venereo	<p>Doxiciclina 100 mg/12 h vo., 3 semanas</p> <p><u>Alternativas:</u> Azitromicina 1 g /sem. vo., 3 semanas Eritromicina 500 mg/6h vo., 21 días Levofloxacino 500 mg /día vo., 21 días</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento de los contactos sexuales en los últimos 30 días con la misma pauta ▪ Brotes recientes en varones homosexuales, cursando con proctitis. La mayoría por la variante L2b
<i>Mycoplasma genitalium</i>	<p>Azitromicina 500 mg dosis inicial + 250 mg 4 días, vo.</p> <p><u>Alternativa:</u> Moxifloxacino 400 mg/día vo., 7-10 días</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se ha descrito un 18% de resistencias a macrólidos en Navarra. ▪ Tratamiento de los contactos sexuales en los últimos 60 días con la misma pauta. ▪ Control de erradicación: debe realizarse cultivo de control un mes tras tratamiento
<i>Trichomonas vaginalis</i>	<p>Metronidazol o Tinidazol 2 g vo., dosis única</p> <p><u>Alternativa:</u> metronidazol 500 mg /12h vo., 7 días <u>Si recurrencia:</u> Metronidazol 500 mg/12 h vo., 7 días <u>Si fracaso por resistencia:</u> Paramomicina</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento de los contactos sexuales en los últimos 60 días con la misma pauta.
<i>Haemophilus ducreyi</i> (Chancroide)	<p>Azitromicina 1 g vo., dosis única Ceftriaxona 250 mg vim., dosis única Ciprofloxacino 500 mg/12h vo., 3 días Eritromicina 500 mg/8h vo., 7 días</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudio y tratamiento de los contactos sexuales en los últimos 10 días. ▪ Control a los 7-10 días

*En caso de recaída o sospecha de resistencias a antibióticos duplicar las dosis. Hacer siempre control de erradicación.

(Continúa)

Tabla 3. Tratamiento etiológico de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en nuestro medio

Etiología	Tratamiento, se incluyen distintas alternativas				Observaciones	
Herpes genital, primer episodio	Fármaco	Dosis	Duración		<ul style="list-style-type: none"> Consejo para evitar la infección y transmisión Para el tratamiento del herpes genital recurrente valorar la derivación a especializada. 	
	Acyclovir	400 mg/8h vo.	7-10 días			
	Acyclovir	200 mg 5 veces/día vo.	7-10 días			
	Famciclovir	250 mg/ 8h vo.	7-10 días			
	Valacyclovir	1 gr/12h vo.	7-10 días			
Herpes genital, recidiva	Fármaco	Dosis	Duración			
	Acyclovir	400 mg/8h vo.	5 días			
	Acyclovir	800mg/12h o día vo.	5 días			
	Famciclovir	125 mg/12h vo.	5 días			
	Famciclovir	1000 mg/12h vo.	1 día			
Sífilis primaria, secundaria y latente precoz	Estadio	Fármaco	Dosis	Duración	<p>Tratamiento de los contactos sexuales con la misma pauta</p> <ul style="list-style-type: none"> Sífilis primaria, contactos últimos 3 meses Sífilis secundaria, contactos últimos 6 meses Sífilis latente precoz, contactos último año <p>Control, clínico y serológico: Sífilis primaria, secundaria y latente precoz: 1, 3, 6 y 12 meses. Debe disminuir el título de RPR en dos diluciones. Por ejemplo si era 1/64 debería disminuir a 1/16. En algunos casos tarda. Si no hay disminución en un año, reevaluación clínica, valorar punción LCR, repetir HIV. Sífilis latente tardía o indeterminada: 1 mes, 3, 6, 12 y 24 meses. Realizar punción lumbar si: - aumentan los títulos en 2 diluciones, - título inicial $\geq 1/32$ no baja dos diluciones tras 12-24 meses del tratamiento - síntomas sugestivos de afectación neurológica o sífilis terciaria.</p>	
	Primaria	Penicilina benzatina	2.400.000 U vim.	Dosis única		
	Secundaria					
	Latente precoz					
	Latente tardía o duración indeterminada	Penicilina benzatina	2.400.000 U/semana vim.	Dosis única semanal x 3 semanas		
	Alergia a Penicilina					
	Primaria	Doxiciclina 100mg/12h vo. 14 días				
	Secundaria	o				
	Latente precoz	Azitromicina 2 g vo., dosis única				
	Latente tardía o duración indeterminada	Doxiciclina 100mg/12h vo. 28 días				
	Pacientes con síntomas o signos neurológicos (meningitis, hipoacusia, uveítis, iritis, neuritis óptica) requieren examen de LCR, ORL, oftalmológico.					
Sífilis primaria, secundaria y latente precoz sin respuesta serológica tras tratamiento	Estadio	Fármaco	Dosis	Duración		
	Primaria	Penicilina benzatina	2.400.000 U/semana vim.	Dosis única semanal x 3 semanas		
	Secundaria					
	Latente precoz					
Virus papiloma humano, verruga genital de localización externa, no recidivante						
Pediculosis pubis (ladillas)	Podofilotoxina: 2 aplicaciones al día, 3 días seguidos, descansar 4 días. Esta pauta se puede repetir en 4 ocasiones					
	Imiquimod: 3 aplicaciones a la semana por la noche, por ejemplo lunes, miércoles y viernes. Hasta 16 semanas					
Escabiosis (sarna)	Sincatequinas: 3 aplicaciones al día hasta 16 semanas					
	Tratamiento quirúrgico excisional, crioterapia, ablativo.					
Escabiosis (sarna)	Permetrina crema 1% (aplicar en zona afectada y lavar al cabo de 10 minutos)					
	Piretrinas con butóxido de piperonilo (aplicar en zona afectada y lavar al cabo de 10 minutos)					
Escabiosis (sarna)	<i>Alternativa:</i>					
	Malation 0,5% loción aplicada dejando actuar 8-12 horas y lavar posteriormente					
Escabiosis (sarna)	Permetrina crema 5% (aplicar en todo el cuerpo desde el cuello y lavar al cabo de 8-14 horas). Repetir la pauta a los 7 días					
	<i>Alternativa:</i> Lindano 1%, aplicar finamente en las áreas afectadas y lavar transcurridas 8 horas					

MOTIVOS Y OPCIONES DE DERIVACION A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Las uretritis, el prurito o flujo vaginal anormal, las verrugas y las úlceras genitales pueden ser atendidos y tratados en la consulta de atención primaria en la mayoría de los casos.

Servicios de apoyo a Atención Primaria

Cuando el médico de Atención Primaria lo considere necesario puede recurrir al apoyo de los servicios especializados, mediante remisión de pacientes o

interconsulta no presencial que se puede solicitar desde la Historia Clínica de Atención Primaria o por vía telefónica. Los servicios de apoyo en relación con este tema se describen en la **tabla 4**.

Algunas situaciones que hacen aconsejable la derivación del paciente a Atención Especializada se describen en la **tabla 5**, sin perjuicio de que el médico de Atención Primaria pueda recurrir a Atención Especializada en otras situaciones en las que lo juzgue conveniente.

Tabla 4. Servicios que ofrecen apoyo para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual

Servicio o Unidad	Tipo de apoyo
Urgencias hospitalarias	- Profilaxis post-exposición de riesgo al VIH y VHB
Servicio de Microbiología Clínica, CHN	- Recepción de muestras de 8:00 a 21:00 horas - Toma de muestras en pabellón L 3ª planta del CHN-A. Concertar hora en el tfno. 848422244. Horario de 8:30 a 14 horas - Consultas sobre toma de muestras: tfno. 848422244 o microbiólogo de guardia (ext. 59593) - Interconsulta no presencial para interpretación de resultados
Microbiología Hospital Reina Sofía	- Recepción de muestras laboratorio de Microbiología, 1ª planta, lunes a viernes de 8 a 14 horas, previo aviso al tfno. 848434255-848434256. - Interconsulta no presencial para interpretación de resultados, tfno. 848434256.
Microbiología Hospital García Orcoyen	- Recepción de muestras laboratorio de Microbiología, Planta Baja, lunes a viernes de 8 a 21 h. - Toma de muestras varones en zona de extracciones, 2ª planta. No necesaria cita previa. Avisar al tfno. 848435367/ 848435362. - Consulta sobre toma de muestras: tfno 848435367/848435362, lunes a viernes de 8 a 15 h - Interconsulta no presencial para interpretación de resultados.
Centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSyR)	- Consultas sobre ITS y toma de muestras en mujeres
CASSyR Andraize	- Consulta sobre ITS en varones y mujeres.
Asociación Abiatze	- Consultas socio-sanitarias de mujeres y hombres que ejercen prostitución y de usuarios de prostitución. Tfno. 619800692.
Servicio de Enfermedades Infecciosas, CHN	- Interconsulta no presencial - Consultas - Profilaxis post-exposición de alto riesgo al VIH y VHB
Servicios de Medicina Interna, HRS y HGO	- Consultas - Consulta telefónica, HGO, tfno.: 619 843 330
Servicio de Dermatología	- Interconsulta no presencial (no se dispone de imagen) - Interconsulta presencial preferente.
Unidad de Proctología, CHN Servicio de Cirugía General, HGO	- Consultas acerca de lesiones de localización anal.
Instituto de Salud Pública	- Consultas sobre vacunas y otras medidas preventivas. Solicitud de vacunas. Tfnos. 848423466, 848421481, 848423646 y 848421477.

Tabla 5. Situaciones que hacen recomendable la derivación a atención especializada

Unidad o servicio de derivación	Motivos de derivación
Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva o Servicio de Ginecología	- Cervicitis - Verrugas, úlceras o lesiones localizadas en mucosas en la mujer - Leucorrea pruriginosa o maloliente - Enfermedad Inflamatoria Pélvica - Embarazada con sospecha de ITS
Servicio de Enfermedades Infecciosas, CHN Servicio de Medicina Interna, HRS Servicio de Medicina Interna, HGO	- Diagnóstico de infección por el VIH - Sospecha de sífilis terciaria o neurosífilis - Sospecha de agente causal inusual.
Consulta de Dermatología	- Herpes simple recidivante - Verrugas genitales en varones ante duda diagnóstica, condilomas en meato uretral, condilomas que se introducen en el canal anal, lesiones atípicas, pacientes con inmunodeficiencia, y lesiones pigmentadas, induradas, sangrantes o ulceradas, así como cuando no hay respuesta al tratamiento o empeoran con el tratamiento. - Sífilis secundaria con presentación cutánea
Consulta de Proctología del CHN Servicio de Cirugía General, HGO	- Sospecha de lesiones anales de transmisión sexual
Servicio de Urología	- Cirugía de condilomas en el meato uretral
Asociación Abiatze (Tfno. 619-800692)	- Problemática socio-sanitaria en mujeres y hombres que ejercen la prostitución y en usuarios de prostitución

Tabla 6. Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSYR)

	Dirección	Ciudad	Teléfonos
CASSYR Azpilagaña	c/ Luis Morondo Urra 1	31006 – Pamplona	948 290 228
CASSYR Buztintxuri	Avda. Gipuzkoa 39	31014 – Pamplona	948 139 094
CASSYR Ermitagaña	Avda. Barañain s/n (recinto CHN)	31010 – Pamplona	848 422 715
CASSYR II Ensanche	c/ Aoiz 35A, 1º (Centro de Salud)	31004 – Pamplona	848 42 9087
CASSYR Iturrama/San Juan	c/ Iturrama 9, Entreplanta	31007 – Pamplona	948 198 333
CASSYR Andraize-Txantrea	Avda. San Cristóbal (Parque de los Mundos) s/n	31015 – Pamplona	848 422 761
CASSYR Barañain	Plaza Caimito Del Guayabal 1 (Centro de Salud)	31010 – Barañain	948 198 656
CASSYR Burlada	c/ La Fuente, (Centro de Salud)	31600 – Burlada	948 136 658
CASSYR Sangüesa	Paseo Cantolagua s/n Centro de Salud	31400 – Sangüesa	948 871 441
CASSYR Elizondo	c/ Francisco Joaquin Iriarte 4 (Centro de Salud)	31700 – Elizondo	948 581 835
CASSYR Sarriguren	Avda. España, 5 2ª planta (Centro de Salud)	31621 – Sarriguren	948 195 055
CASSYR Etxarri-Aranatz	c/ Larrañeta, s/n. (Centro de Salud)	31820 – Etxarri-Aranatz	948 567 063
CASSYR Tafalla	c/ San Martín de Unx, 11 (Centro de Salud)	31300 – Tafalla	948 703 919
CASSYR Estella – Hospital García Orcoyen	c/ Sta. Soria 22	31200 – Estella	948 556 374
CASSYR San Adrián	c) Luis Jáuregui s/n (Centro de Salud)	31570 – San Adrián	948 672 106
CASSYR Tudela – Hospital Reina Sofía	Carretera de Tarazona Km. 4	31500 – Tudela	948 817 100
CASSYR Tudela Santa Ana	c/ Juan Antonio Fernández 12, 3ª planta	31500 – Tudela	948 848 120
CASSYR Lodosa	c/ Los Fueros s/n	31580 – Lodosa	948 662 400

ANEXO I

Medios de transporte de muestras para Microbiología

Imagen 1:

Hisopo con medio transporte de virus y *C trachomatis* (UTM)



Código almacén 39120175

Imagen 2:

Hisopo fino con medio de transporte bacteriano



Código almacén 39120169

Imagen 3

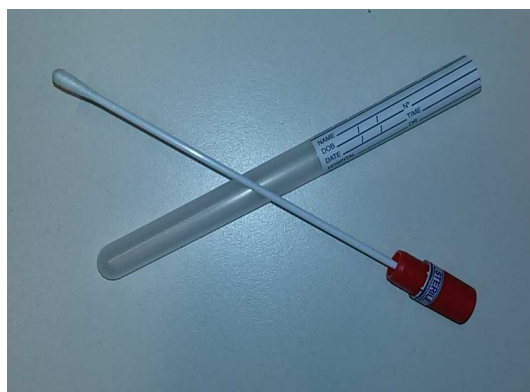
Hisopo con medio de transporte bacteriano



Código almacén 39120079

Imagen 4

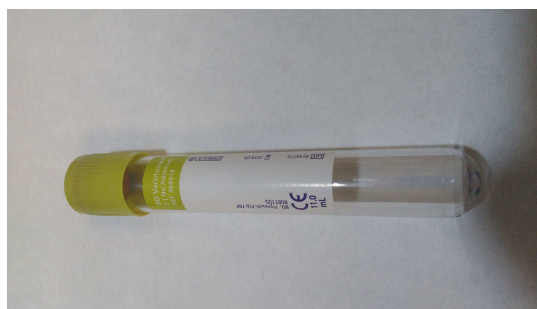
Hisopo sin medio de transporte



Código almacén 39120400

Imagen 5

Contenedor para muestras de orina



Código de almacén 39080142

Imagen 6

Contenedor para muestras de suero



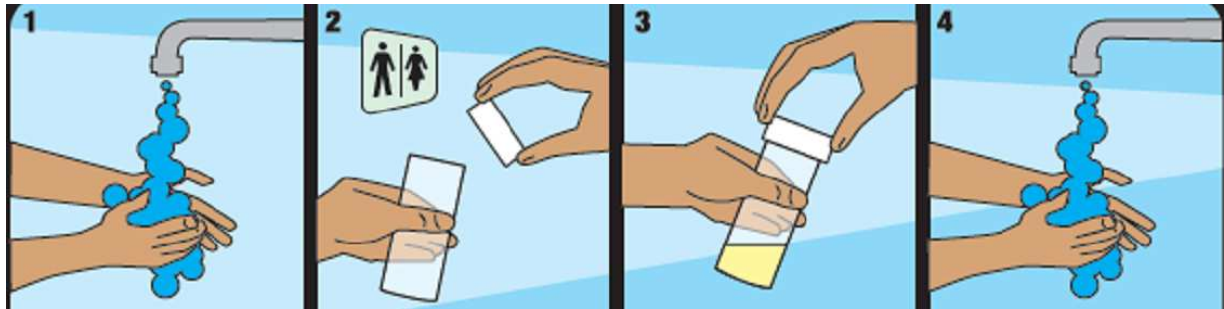
Código almacén de 39010010

El código de almacén se refiere al que tiene asignado en el SNS-Osasunbidea.

ANEXO II

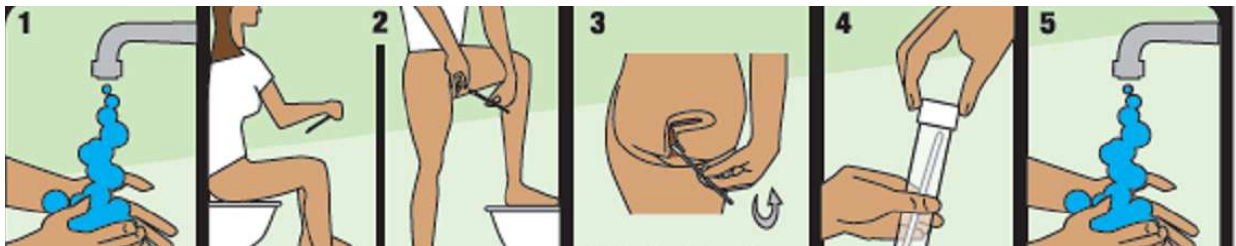
Método para la recogida de la muestra de orina, vaginal y anal mediante autotoma.

MUESTRA DE ORINA



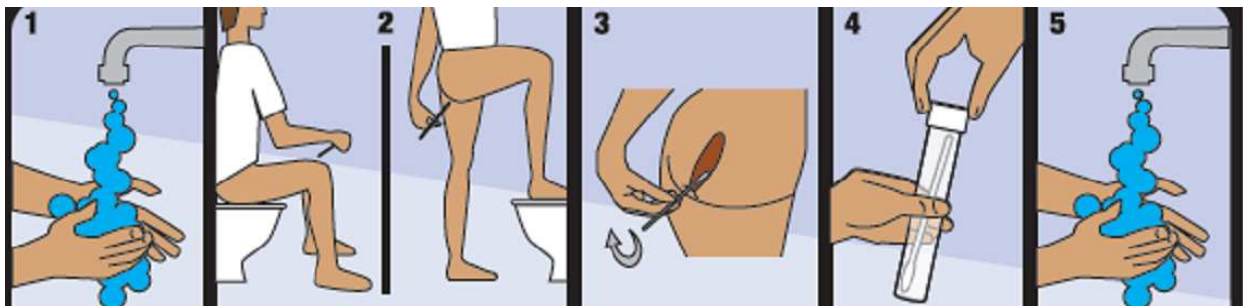
1. Lavarse las manos con jabón.
2. Desenroscar el tapón del bote de muestra.
3. Recoger la primera parte de la micción en el bote (llenarlo hasta la mitad aproximadamente). Desechar el resto de la orina en el wáter. Tapar de nuevo el bote.
4. Lavarse las manos con jabón.

MUESTRA VAGINAL



1. Lavarse las manos con jabón.
2. Sentarse en el wáter o de pie con uno de los pies en el borde del wáter. Separar los labios.
3. Introducir la punta del bastón de algodón 2 cm en el interior de la vagina. Rotar el bastón una vez, contar hasta 10 y sacarlo. Seguir las instrucciones de su médico.
4. Introducir el bastón en el tubo de recogida y taponarlo.
5. Lavarse las manos con jabón.

MUESTRA ANAL



1. Lavarse las manos con jabón.
2. Sentarse en el wáter o de pie con uno de los pies en el borde del wáter.
3. Introducir el bastón humedecido en el orificio anal 3 ó 4 cm. Girar el bastón mientras se empuja cuidadosamente hacia arriba. Seguir las instrucciones de su médico.
4. Introducir el bastón en el tubo de recogida y taponarlo.
5. Lavarse las manos con jabón.

ANEXO III

Serología de sífilis en el Servicio de Microbiología Clínica del Complejo Hospitalario de Navarra. Pruebas serológicas disponibles (se dispone también de PCR para chancro)

Tests disponibles	Tipo de Test	Ac que detectan	Observaciones
RPR (Rapid Plasma Reagin test)	No treponémico, cuantitativo	Detecta mezcla de IgG e IgM heterófilos	Sirve para realizar seguimiento tras tratamiento y detectar reinfecciones. Son significativos cambios en al menos dos diluciones. Por ejemplo, de 1/4 pasa a 1/16 o de 1/32 a 1/8
CLIA (Chemiluminiscence Immunoassay)	Treponémico, cualitativo	Utiliza antígenos recombinantes y detectan mezcla de IgG e IgM	No sirven para seguimiento
TPPA (Treponema pallidum passive particle agglutination test)	Treponémico, cualitativo	Utiliza antígenos recombinantes y detectan mezcla de IgG e IgM	No sirven para seguimiento
VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory test)	No treponémico, cuantitativo	Detecta mezcla de IgG e IgM heterófilos	Sólo se realiza en LCR

Interpretación de los resultados serológicos de lúes en un paciente no tratado anteriormente. El algoritmo diagnóstico comienza con la realización RPR y CLIA en todos los sueros

RPR	CLIA	Pruebas complementarias	Informe final
Negativo	Negativo	No se realizan más determinaciones	NEGATIVO
Negativo	Positivo	Se realiza TPAP: si es <1/80	NEGATIVO
Negativo	Positivo	Se realiza TPAP: si es ≥ 1/80	POSITIVO
Positivo	Positivo	Se cuantifica RPR. Se recomienda nueva muestra para control de tratamiento	POSITIVO con título 1/X
Positivo	Negativo	No se realizan más determinaciones en ese suero. Puede corresponder a un falso positivo que se asocia con varias condiciones clínicas o puede ser una lúes que está comenzando. Se recomienda enviar nueva muestra.	En estudio hasta descartar si se trata de un falso positivo o de un estadio precoz de sífilis

Grupo de trabajo y profesionales que han contribuido a la elaboración de este documento

Pablo Aldaz, Centro de Salud de San Juan
 M^a Luisa Abinzano, Hospital García Orcoyen
 Aurelio Barricarte, ISPLN
 Xabier Beristáin, Servicio de Microbiología Clínica, CHN
 Miren Bidarte, Centro de Salud de San Juan
 Itziar Casado Buesa, ISPLN
 Jesús Castilla, ISPLN
 Marga Echauri, ISPLN
 Ingrid Esteve, Hospital Reina Sofía de Tudela
 Carmen Ezpeleta, Servicio de Microbiología Clínica, CHN
 Marta Fonseca, Hospital García Orcoyen
 José Javier García Irure, Hospital Reina Sofía de Tudela

Ana Gaztambide, Servicio de Obstetricia y Ginecología, CHN
 Alberto Gil Setas, Servicio de Microbiología Clínica, CHN
 Francisco Javier Lameiro, Hospital García Orcoyen
 M^a Teresa Mayayo, Hospital Reina Sofía de Tudela
 Saturnino Napal, Servicio de Urología, CHN
 Jesús Repáraz, Servicio de Medicina Interna, CHN
 María Rivero, Servicio de Medicina Interna, CHN
 Asun Roldan, ISPLN
 M^a Teresa Rubio, Hospital Reina Sofía de Tudela
 Elisa Sesma, CASSYR Andraize-Txantrea
 Rosario Vives, Servicio de Dermatología, CHN