

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

Estas recomendaciones van dirigidas a los profesionales de atención primaria que atienden la consulta de pacientes con 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 del riesgo de contagio.

Actualmente contamos con medios para la prevención, diagnóstico y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (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:

- a) Iniciar el consejo sobre la práctica de medidas dirigidas a prevenir la transmisión de ITS.
- b) Llevar a cabo las pruebas diagnósticas recomendadas.
- c) 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 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.
- Informar 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 folleto informativo sobre sexualidad, posibles riesgos y formas de actuación. Puede servir de apoyo el Folleto Informativo Sobre Sexualidad <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/BC4A46A5-0A4D-4992-BE07-0FB0308DBB2D/191210/Sexualidadfolleto2.pdf>

- Oferta de Sesión Educativa Individual con mayor tiempo de consulta para poder trabajar con más detalle los posibles riesgos y opciones.

- Vacunación frente a la hepatitis B. Todo paciente que consulta por sospecha de una ITS debería estar inmunizado frente a al virus de la hepatitis B (incluida en la vacunación escolar en nacidos a partir de 1980). Si no lo está, ofertar a la vacunación inmediata utilizando vacunas disponibles en los Centros de Salud.

- Vacunación frente a hepatitis A. Conviene que las personas que tienen prácticas de sexo anal estén inmunizadas frente al virus de la hepatitis A. Las dosis de vacuna para esta inmunización pueden solicitarse al Instituto de Salud Pública.

Si el paciente tiene actualmente una ITS

- Recordar la necesidad de abstenerse de relaciones sexuales o utilizar siempre preservativos (asegurándose de que cubra totalmente las lesiones) hasta la finalización del tratamiento del paciente y de sus contactos.

- 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 por la misma ITS del 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 recibirlas 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 cervix, 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 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 o aftas. 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 examen visual, que puede ser ayudado por una lente de aumento, es la prueba para el diagnóstico de rutina.

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 anorrectal, tenesmo, sangrado, estreñimiento o diarrea, y en ocasiones secreción de moco y/o pus. Valorar las prácticas sexuales anales.

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 realización de exudado vaginal y endocervical para descartar *N gonorrhoeae*, *C trachomatis* y *T vaginalis*.
- En varones, considerar la realización de exudado uretral para descartar *N gonorrhoeae*, *C trachomatis* y *T vaginalis*.
- En personas con prácticas de sexo anal, considerar la realización de exudado rectal para descartar *N gonorrhoeae* y *C trachomatis*.
- En personas con prácticas de sexo oral, considerar la realización de exudado faríngeo para descartar *N gonorrhoeae* y *C trachomatis*.

Tabla 1. Resumen etiológico y toma de muestras en infecciones genitales e ITS

| Clínica | Microorganismos habituales | Muestra | Toma de muestras | |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| | | | Medios | Conservación |
| Uretritis | <i>N gonorrhoeae</i> <i>C trachomatis</i> <i>Mycoplasma spp.</i> <i>Ureaplasma spp.</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 spp.</i> <i>G vaginalis</i> <i>T vaginalis</i> | Exudado vaginal | Hisopo con medio transporte bacteriano (Imagen 3) | ≤ 24 horas Tª ambiente |
| 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. | Hisopo con medio transporte bacteriano (Imagen 3) | ≤ 24 horas Tª ambiente |
| | <i>C trachomatis</i> <i>Herpes simple</i> | | Hisopo con medio de transporte virus y <i>C. trachomatis</i> (UTM) (Imagen 1) | ≤ 24 horas 2-8°C |
| | <i>Sifilis*</i> | | Hisopo fino SIN medio de transporte (Imagen 4) | En el día Tª ambiente |
| Úlcera genital | <i>Herpes simple</i> <i>C trachomatis LGV</i> | 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 |
| | <i>Sifilis*</i> <i>H ducreyi (chancroide)</i> | | Hisopo fino SIN medio de transporte (Imagen 4) | En el día Tª ambiente |

*Enviar también muestra de suero para serología de lúes.

Opciones para la toma y remisión de la muestra

- Muestra tomada en la consulta de primaria y remitida por el circuito normal al laboratorio de Microbiología, si hay envío en el día.
- Muestra tomada en la consulta de primaria y llevada por el paciente o familiar al Laboratorio de Microbiología de forma inmediata.
- Remisión del paciente para la toma de la muestra a la consulta de enfermería del Centro Dr. San Martín, al Servicio de Microbiología Clínica del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) o del Hospital de Estella, o a la consulta de atención especializada correspondiente, según el sexo, tipo y localización de la lesión (**Tabla 4**).

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Ante una ITS existen dos posibilidades:

1. Tratamiento sintomático

Consiste en iniciar el tratamiento de entrada, guiándonos por la clínica y epidemiología, y 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 y pensar en un germen diferente del sospechado inicialmente, es preciso contemplar la posibilidad de un error en la administración del tratamiento o una falta de adherencia al mismo. La posibilidad de reinfección debe tenerse también presente, particularmente si no se han tratado de los contactos.

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

Tabla 2. Tratamiento sintomático de las ITS más frecuentes en nuestro medio

| Clínica | Etiología | Tratamiento empírico tras toma de muestras | Observaciones |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Uretritis | Frecuentes: <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> Menos frecuentes: <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i> | Ceftriaxona 250 mg VIM * + Azitromicina 1 gramo po dosis única* o Doxicilina 100 mg/12h 7 días Alergia a cefalosporinas: Azitromicina 2 gr po dosis única | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si no responde al tratamiento valorar <i>Trichomonas</i> o <i>Mycoplasma 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>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> | Ceftriaxona 250 mg VIM * + Azitromicina 1 gramo po dosis única* o Doxicilina 100 mg/12h 7 días Alergia a cefalosporinas: Azitromicina 2 gr. po dosis única | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Derivación a Centro de Atención a la Mujer 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: gonococia rectal, sífilis ano-rectal, <i>Chlamydia trachomatis</i> , herpes virus o condilomas. | Su tratamiento depende de la etiología. Tomar muestras para diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Derivar a la unidad de coloproctología del Complejo Hospitalario de Navarra |
| Úlceras | Frecuentes: sífilis, herpes simple Menos frecuentes: <i>H ducreyi</i> (Chancroide), <i>C trachomatis</i> serotipos L1, L2 y L3 (linfogramuloma venéreo) | Su tratamiento depende de la etiología. Realizar toma de muestras para diagnóstico | |

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

2. Tratamiento etiológico

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

Aunque se haya iniciado tratamiento sintromico, 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 3. Tratamiento etiológico de las ITS más frecuentes en nuestro medio

| Etiología | Tratamiento, se incluyen distintas alternativas | Observaciones | | |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (uretritis, cervicitis, proctitis, faringe) | Ceftriaxona 250 mg VIM * (alternativa cefixima 400 mg po se ha detectado disminución de sensibilidad a cefalosporinas orales) + Azitromicina 1 gramos po dosis única* o Doxicilina 100 mg/12 h 7 días Alergia a cefalosporinas: Azitromicina 2 gr. po dosis única | <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>Haemophilus ducreyi</i> (Chancroide) | Azitromicina 1 gramo po dosis única Ceftriaxona 250 mg IM una sola dosis Ciprofloxacino 500 mg oral 2 veces al día x 3 días Eritromicina 500 mg/8h po x 7 días | <ul style="list-style-type: none"> Estudio y tratamiento de los contactos sexuales en los últimos 10 días, incluso aquellos asintomáticos. Control a los 7-10 días | | |
| <i>Chlamydia trachomatis</i> (uretritis, cervicitis, proctitis) | Uretritis: Doxiciclina 100 mg/12 h po 7 días O Azitromicina 1 gramo po dosis única Otras localizaciones: Doxiciclina 100 mg/12 h 14 días Alternativas: Eritromicina 500 mg/6h po 7 días en uretritis y 14 días en otras localizaciones Levofloxacino 500 mg /dia po 7 días en uretritis y 14 días otras localizaciones | <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 | Doxiciclina 100 mg/12 h po 3 semanas Alternativas: Azitromicina 1 gramo po/semana x 3 semanas. Eritromicina 500 mg/6h 21 días Levofloxacino 500 mg /dia po 21 días | <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de los contactos sexuales en los últimos 30 días con la misma pauta Brotos recientes en varones homosexuales, cursando con proctitis. La mayoría por la variante L2b | | |
| <i>Trichomonas vaginalis</i> | Metronidazol o Tinidazol 2 gramos po dosis única Alternativa: metronidazol 500 mg /12h po 7 días Si recurrencia: Metronidazol 500 mg/12 h po 7 días Si fracaso por resistencia: Paramomicina | <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de los contactos sexuales en los últimos 60 días con la misma pauta | | |
| 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 po/8h | 7-10 días | |
| | Acyclovir | 200 mg po/5 veces/día | 7-10 días | |
| | Famciclovir | 250 mg po/8h | 7-10 días | |
| Herpes genital, recidiva | Valacyclovir | 1 gr po/12 h | 7-10 días | |
| | Fármaco | Dosis | Duración | |
| | Acyclovir | 400 mg po/8h | 5 días | |
| | Acyclovir | 800mg po/12 h/día | 5 días | |
| | Famciclovir | 125 mg po/12h | 5 días | |
| | Famciclovir | 1000 mg po/12h | 1 día | |
| Valacyclovir | 1 gr po/24 h | 5 días | | |
| Valacyclovir | 500 mgr po/12 h | 3 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 ITS más frecuentes en nuestro medio

| Etiología | Tratamiento, se incluyen distintas alternativas | | | | Observaciones | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Sífilis primaria, secundaria y latente precoz | Estadio | Fármaco | Dosis | Duración | Tratamiento de los contactos sexuales con la misma pauta <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sífilis primaria contactos últimos 3 meses ▪ Sífilis secundaria contactos últimos 6 meses ▪ Sífilis latente precoz contactos último año 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, si un título inicial $\geq 1/32$ no baja dos diluciones tras 12-24 meses del tratamiento o si hay síntomas sugestivos de afectación neurológica o sífilis terciaria. | |
| | Primaria | Penicilina benzatina | 2.400.000 U VIM | Dosis única | | |
| | Secundaria | | | | | |
| | Latente precoz | | | | | |
| | Latente tardía o duración indeterminada | Penicilina benzatina | 2.400.000 U VIM /semana | Dosis única semanal x 3 sem | | |
| | Alergia a Penicilina | | | | | |
| | Primaria | Doxiciclina | 100mg/12h po | 14 días | | |
| Secundaria | | | | | | |
| Latente precoz | | | | | | |
| Latente tardía o duración indeterminada | Doxiciclina | 100mg/12h po | 28 días | | | |
| Pacientes con síntomas o signos neurológicos (meningitis, hipoacusia, uveítis, iritis, neuritis óptica) requieren examen de LCR, ORL, oftalmológico. No se recomienda el análisis de LCR rutinario en personas con lúes primaria o secundaria. | | | | | | |
| Sífilis primaria, secundaria y latente precoz sin respuesta serológica tras tratamiento | Estadio | Fármaco | Dosis | Duración | | |
| | Primaria | Penicilina benzatina | 2.400.000 U VIM/ semana | Dosis única semanal/ 3 semanas | | |
| | Secundaria | | | | | |
| | Latente precoz | | | | | |
| | | | | | | |
| Virus papiloma humano, verruga genital de localización externa, no recidivante | 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 Sincatequinas: 3 aplicaciones al día hasta 16 semanas | | | | | |
| Pediculosis pubis (ladillas) | 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) <i>Alternativa</i> Malation 0,5% loción aplicada dejando actuar 8-12 horas y lavar posteriormente | | | | Tratamiento de los contactos sexuales en los últimos 90 días con la misma pauta | |
| Escabiosis (sar-na) | 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 | | | | Tratamiento de los contactos sexuales en los últimos 60 días con la misma pauta | |

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 es-

pecializados, mediante remisión de pacientes o interconsulta no presencial que se puede solicitar desde la historia clínica de atención primaria o vía telefónica. Los servicios de apoyo en relación con este tema se describen en la siguiente **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 ITS

| 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 de varones en pabellón L 3ª planta del CHN-A. No necesaria cita previa. Avisar al 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, HRS 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 Dr. San Martín | - Toma de muestras en varones. Laborables de 8:00 a 12:30 horas, no necesaria cita previa. |
| Centro de Atención a la Mujer, CAM | - Consultas sobre ITS y toma de muestras en mujeres |
| CAM 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 |
| 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. Tfños. 848423466, 848421481, 848423646 y 848421477. - Información sobre el VIH. Tfno 848423396. |

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

| Unidad o servicio de derivación | Motivos de derivación |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Centros de Atención a la Mujer o Servicio de Ginecología | - Cervicitis - Enfermedad Inflamatoria Pélvica - Embarazada con sospecha de ITS - Verrugas localizadas en mucosas en mujer |
| 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 |
| Asociación Abiatze (Tfno. 619-800692) | - Problemática socio-sanitaria en mujeres y hombres que ejercen la prostitución y en usuarios de prostitución |

ANEXO I

Medios de transporte de muestras para Microbiología (Entre paréntesis se indican los códigos SNS-Osasunbidea de los medios de transporte)

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

ANEXO II

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 Chemiluminescence 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 para elaboración del protocolo

Jesús Repáraz, Servicio de Enfermedades Infecciosas, CHN
 Carmen Ezpeleta, Servicio de Microbiología, CHN
 Isabel Polo, Servicio de Microbiología, CHN
 Xabier Beristain, Servicio de Microbiología, CHN
 Juan Ignacio Yanguas, Servicio de Dermatología, CHN
 Ricardo Ezcurra, Servicio de Obstetricia y Ginecología, CHN
 Saturnino Napal, Servicio de Urología, CHN
 Pablo Sanchez-Valverde, CAM Andraize
 Miren Bidarte, Centro de Salud de Mendillorri
 Pablo Aldaz, Centro de Salud de San Juan
 Manuel García Cenoz, ISPLN
 Itziar Casado, ISPLN
 Jesús Castilla, ISPLN

Otros profesionales que han revisado el protocolo y realizado aportaciones

M^a Teresa Ortega, Hospital Reina Sofía de Tudela
 Montserrat Torres, Hospital Reina Sofía de Tudela
 Paulino González Diego, Hospital Reina Sofía de Tudela
 José Javier García Irure, Hospital Reina Sofía de Tudela
 Rosario Lafuente, Hospital Reina Sofía de Tudela
 M^a Teresa Rubio, Hospital Reina Sofía de Tudela
 M^a Teresa Mayayo, Hospital Reina Sofía de Tudela
 Enrique Martín de Marcos, Hospital Reina Sofía de Tudela

Francisco Javier Lameiro, Hospital García Orcoyen
 M^a Luisa Abinzano, Hospital García Orcoyen
 Laura Barrado, Hospital García Orcoyen
 Marta Fonseca, Hospital García Orcoyen
 M^a del Mar Malón, Dirección de Atención Primaria
 Lázaro Elizalde, Instituto de Salud Pública
 Miguel Ángel Ciga, Consulta de Proctología, CHN
 Javier Sesma, Servicio de Urgencias, CHN.

Comisión Asesora Técnica de Vigilancia Epidemiológica que dio el visto bueno al protocolo en reunión del 19/11/2014

M^a Soledad Aranguren, Instituto de Salud Pública y Laboral
 Aurelio Barricarte, Instituto de Salud Pública y Laboral
 Marisa Saldaña, Servicio de Medicina Preventiva, CHN
 Judith Chamorro, Servicio de Medicina Preventiva, CHN
 Jesús Repáraz, Servicio de Enfermedades Infecciosas, CHN
 Carmen Ezpeleta, Servicio de Microbiología Clínica, CHN
 Xabier Beristain, Servicio de Microbiología Clínica, CHN
 Flora Palacios, Centro de Salud de Peralta
 Oscar Olmedo, Centro de Salud de Villava
 Julio Morán, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
 Antonio López Andrés, Dirección de Atención Primaria
 Manuel García Cenoz, Instituto de Salud Pública y Laboral
 Jesús Castilla, Instituto de Salud Pública y Laboral