



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 práctica 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 prácticas sexuales con penetración 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 (de uso externo), femenino (de uso interno) y otras medidas preventivas 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 práctica sexual 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 sexuales.

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 la adherencia al tratamiento y la curación.

INTERVENCIÓN PREVENTIVA

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

En todos los casos

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

- Oferta de material informativo sobre sexualidad, posibles riesgos y medidas preventivas: <https://gcsalud.admon-cfnava-rra.es/Salud04/SSCC/Utilidades/Tripticos/Paginas/Estilos.aspx>, <https://www.saludjoennavarra.es/es/la-prevencion-de-los-riesgos>, www.CON.navarra.es, www.CON.nafarroa.eus y www.msrebs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/homeITS.htm
- Oferta de Sesión Educativa Individual y la posible derivación a la consulta de educación sexual de los Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSyR).
- Información y oferta de vacunación. La inmunización se realizará según lo establecido por la Comisión Asesora Técnica de Vacunas (ver Órdenes Forales de Navarra http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Publicaciones+profesionales/Epidemiologia/Vacunaciones.htm). Dichas vacunas estarán disponibles en los Centros de Salud, en los CASSyR y en los Servicios de Medicina Preventiva o Consultas de Vacunación de los hospitales de la red sanitaria pública.
 - **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 infantil en nacidos a partir de 1980.
 - **Hepatitis A.** Indicada en pacientes que tienen prácticas oro-anales.
 - **Virus del papiloma humano.**
 - **Viruela el mono.** Vacunación pre-exposición y post-exposición siguiendo los criterios del protocolo nacional.
- Valorar la indicación de **profilaxis pre-exposición del VIH** en personas sin infección por VIH que mantengan prácticas de riesgo frecuentes y cumplan los [criterios establecidos](#). Dado el caso, derivar al CASSyR Andraize o al CASSyR de Tudela.

Si el paciente tiene actualmente una ITS

- Recordar la necesidad de abstenerse de prácticas sexuales coitales (sexo oral, vaginal y anal), o utilizar siempre medidas preventivas como el preservativo femenino (uso interno), masculino (uso externo) o toallitas 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 sexuales de los tres meses previos. La actuación sobre las parejas sexuales del paciente puede hacerse directamente, en caso de que sea posible atenderlas 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, la cual 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

Estos síntomas son motivo frecuente de consulta médica en las mujeres y pueden indicar una infección vaginal o cervical. Generalmente se deben a vaginitis candidiásica o vaginosis bacteriana, ninguna de las cuales se considera una 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 tricomoniasis, clamidia o gonorrea. 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

Incluyen 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 (LGV) 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

Es una inflamación del recto que causa dolor o molestia, 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, comprobar su aceptación de las mismas, y 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, se debe 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 A, 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 derivar al especialista:

- En mujeres, si no se precisa exploración ginecológica considerar la recogida de muestra vaginal con la posibilidad de auto-toma, y si la precisa, realizar toma de muestra endocervical para descartar *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* y *T. vaginalis*.
- En varones, considerar la recogida de muestra uretral o de primera fracción de la micción (ver Anexo II) para descartar *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium* y *T. vaginalis*.
- En personas con prácticas sexuales anales, considerar la recogida de muestra rectal para descartar *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium* y sífilis.
- En personas con prácticas de sexo oral, considerar la recogida de muestra faríngea para descartar *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*.
- En pacientes que presentan exantema vesiculoso o pustuloso, habitualmente precedido de fiebre, mialgias y adenopatías se ha de descartar la viruela del mono siguiendo el protocolo específico.
- El diagnóstico de la infección por 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 Hospital Universitario de Navarra (HUN), a los servicios de urgencias del Hospital García Orcoyen (HGO) de Estella o del Hospital Reina Sofía (HRS) de Tudela, 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 por un familiar al Laboratorio de Microbiología de forma inmediata.

- Muestra tomada en la consulta del CASSyR y remitida por el circuito normal al Laboratorio de Microbiología, si hay envío en menos de 24 horas.
- En las mujeres asintomáticas que no requieren exploración ginecológica se puede considerar la

auto-toma vaginal, enviada al Laboratorio de Microbiología en menos de 24 horas. En los hombres se debe recoger la primera fracción de la micción (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 (Anexo I)	Conservación
Uretritis	<i>N. gonorrhoeae</i> <i>C. trachomatis</i> <i>M. genitalium</i> * <i>Ureaplasma urealyticum</i> <i>T. vaginalis</i> <i>Haemophilus spp</i>	Exudado uretral - Realizarla mínimo 2 horas después de la 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
		Orina (primera fracción de la micción separada más de 2 horas de la última micción previa), ver Anexo II	Hisopo con Medio de Transporte Universal (UTM) (Imagen 1).	≤ 24 horas 2-8°C
		Orina (primera fracción de la micción separada más de 2 horas de la última micción previa), ver Anexo II	Contenedor para orina (Imagen 4).	≤ 24 horas Tª ambiente
Vaginitis/ vaginosis	<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
Cervicitis	<i>N. gonorrhoeae</i> <i>C. trachomatis</i> <i>M. genitalium</i> *	Exudado cervical Auto-toma de exudado vaginal (ver Anexo II)	Hisopo con medio transporte bacteriano (Imagen 3). +	≤ 24 horas Tª ambiente
			Hisopo con Medio de Transporte Universal (UTM) (Imagen 1).	≤ 24 horas 2-8°C
Proctitis	<i>N. gonorrhoeae</i> <i>C. trachomatis</i> Herpes simple Sífilis**	Exudado rectal ▪ Introducir después del esfínter anal. ▪ Rotar durante 10-30 segundos Si hay restos fecales, desechar las primeras torundas con contenido fecal. Auto-toma de muestra anal (ver Anexo II)	Hisopo con medio transporte bacteriano (Imagen 3). +	≤ 24 horas Tª ambiente
			Hisopo con Medio de Transporte Universal (UTM) (Imagen 1).	≤ 24 horas 2-8°C
Úlcera genital	Herpes simple <i>C. trachomatis</i> LGV Sífilis** <i>Haemophilus ducreyi</i> (chancroide)	Exudado de la úlcera - Si hay vesículas: Tomar líquido de las mismas con jeringa y aguja. Pasar el contenido al tubo con medio UTM, aspirando y expulsando líquido varias veces para recoger todo el material. - Si no hay vesículas: Con el hisopo humedecido en el medio UTM, 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 Universal (UTM) (Imagen 1).	≤ 24 horas 2-8°C

* *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

1. Tratamiento sintomático

Consiste en iniciar el tratamiento de entrada, guiándose 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:

- Dudas de que la persona se hará las pruebas y volverá a por los resultados.
- Síntomas muy molestos que impidan una demora de 24 horas y/o síntomas que hagan sospechar de cuadro moderado-grave (enfermedad pélvica inflamatoria, orquiepididimitis).
- No hay garantías de que la persona se abstenga de prácticas sexuales 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 ha habido nuevas prácticas de riesgo o si no se han tratado las parejas sexuales.

Siempre se recomienda tomar muestras de entrada para poder disponer de diagnóstico etiológico y re-conducir 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

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 1 g im., dosis única + Doxiciclina 100 mg/12h vo., 7 días. <u>Alergia a cefalosporinas:</u> Gentamicina 240 mg, im., dosis única + Azitromicina 1 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 al mes tras la finalización del tratamiento.
Cervicitis	Frecuentes: <i>N. gonorrhoeae</i> <i>C. trachomatis</i>	Ceftriaxona 1 g. im., dosis única + Doxiciclina 100 mg/12h vo., 7 días <u>Alergia a cefalosporinas:</u> Gentamicina 240 mg, im., dosis única + Azitromicina 1 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 al mes tras la finalización del tratamiento.
Proctitis	Frecuentes: <i>N. gonorrhoeae</i> <i>C. trachomatis</i> (LGV) Sífilis ano-rectal Herpes virus Condilomas	Su tratamiento depende de la etiología (ver Tabla 3). Realizar toma de muestras para diagnóstico.	
Úlceras	Frecuentes: Sífilis, Herpes simple Menos frecuentes: <i>C. trachomatis</i> (LGV) <i>H. ducreyi</i> (Chancroide)	Su tratamiento depende de la etiología (ver Tabla 3). Realizar toma de muestras para diagnóstico.	

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 1 g im., dosis única.</p> <p><u>Alternativa:</u> Cefixima* 800 mg vo.. dosis única, (aunque se ha detectado disminución de sensibilidad a cefalosporinas orales).</p> <p><u>Alergia a cefalosporinas:</u> Tratamiento guiado por antibiograma. - Ciprofloxacino 500 mg, vo., en dosis única (en casos sensibles a quinolonas) - Gentamicina 240 mg, im., dosis única, y Azitromicina 1 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 al mes tras la finalización del tratamiento.
<i>Chlamydia trachomatis</i> no LGV (uretritis, cervicitis, proctitis, faringe)	<p>Doxiciclina 100 mg/12 h vo., 7 días.</p> <p><u>Proctitis:</u> Doxiciclina 100 mg/12 h vo., 14 días (prolongar a 21 días si es grave).</p> <p><u>Alternativas:</u> - Azitromicina 1 g vo., dosis única**. - 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 al mes tras la finalización del tratamiento.
<i>Chlamydia trachomatis</i> L1-L2-L3 (linfogranuloma venéreo)	<p>Doxiciclina 100 mg/12 h vo., 3 semanas.</p> <p><u>Alternativas:</u> - Azitromicina 1 g /sem. vo., 3 semanas. - Levofloxacino* 500 mg /día vo., 21 días.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de los contactos sexuales en los últimos 60 días con la misma pauta. Brotos recientes en varones homosexuales, cursando con proctitis. La mayoría por la variante L2b.
<i>Mycoplasma genitalium</i> ***	<p>Si la cepa es sensible a macrólidos: Doxiciclina 100 mg/12h vo., 7 días seguido de Azitromicina 1 g vo. (d1) + 500 mg (d2+d3+d4) tras finalizar la pauta con doxiciclina.</p> <p>Si la cepa es resistente a macrólidos: Doxiciclina 100 mg/12 h vo., 7 días, seguido de Moxifloxacino 400 mg/día vo., 7-10 días tras finalizar la pauta con doxiciclina.</p> <p><u>Alternativa:</u> Doxiciclina 100 mg/12 h vo., 7/14 días y seguido de Pristinamicina 1g/6h vo., durante 10 días ****.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar estudios de sensibilidad a macrólidos y quinolonas (cuando precise) antes de prescribir un tratamiento. Control de erradicación: debe realizarse cultivo de control al mes tras la finalización del tratamiento. El periodo asintomático puede ser muy largo (años). Se debe tener este aspecto en cuenta a la hora de transmitir la información sobre el momento de contagio.
<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.</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)	<ul style="list-style-type: none"> - Azitromicina 1 g vo., dosis única. - Ceftriaxona 250 mg im., dosis única. - Ciprofloxacino* 500 mg/12h vo., 3 días. - Eritromicina* 500 mg/8h vo., 7 días. 	<ul style="list-style-type: none"> Estudio y tratamiento de los contactos sexuales en los últimos 10 días. Control a los 7-10 días.

*Revisar ajuste de dosis a función renal.

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

Doxiciclina es más eficaz que la Azitromicina para el tratamiento de ciertas infecciones por *Chlamydia trachomatis*. Además, la Azitromicina es un potente inductor de resistencias bacterianas. Por tanto, se prefiere fomentar el uso de Doxiciclina y restringir el uso de Azitromicina a casos muy concretos.

*** *Mycoplasma genitalium* y su tratamiento están en proceso de continuo debate en la comunidad científica internacional. Las resistencias a macrólidos en Navarra han ascendido hasta superar el 25% (puede llegar a ser superiores al 70% en zonas geográficas de Asia). En este contexto, individualizar casos a los que NO se oferte ningún tratamiento antibiótico es una opción válida.

**** Consultar a Microbiología y/o Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Se debe solicitar a la Subdirección de Farmacia y Prestaciones (farmacia.atprimaria@navarra.es)

(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 atención especializada.
	Aciclovir	400 mg/8h vo.	7-10 días	
	Famciclovir*	250 mg/ 8h vo.	7-10 días	
	Valaciclovir*	1 g/12h vo.	7-10 días	
Herpes genital, recidiva	Fármaco	Dosis	Duración	
	Aciclovir	800 mg/8h vo.	2 días	
	Famciclovir*	125 mg/12h vo.	5 días	
	Famciclovir*	1000 mg/12h vo.	1 día	
Sífilis primaria, secundaria y latente precoz (evolución menor de un año)	Penicilina benzatina* 2.400.000 U im., dosis única. <u>Alergia a Penicilina</u> Doxiciclina 100 mg/12h vo. 14 días.			Tratamiento de los contactos sexuales con la misma pauta: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sífilis primaria, contactos de últimos 3 meses. ▪ Sífilis secundaria, contactos de últimos 6 meses. ▪ Sífilis latente precoz, contactos de último año. Control clínico y serológico a los 6 y 12 meses. Si no hay disminución del título de RPR en dos diluciones (ej.: si era 1/64 debería disminuir a 1/16) a los 12 meses, reevaluación clínica, valorar punción lumbar, repetir VIH.
	Pacientes con síntomas o signos neurológicos (meningitis, ACVA, parálisis nervios craneales, deterioro cognitivo, hipoacusia, vértigo, neuritis óptica) requieren examen de líquido cefalorraquídeo.			
Sífilis latente tardía o duración indeterminada, y Sífilis primaria, secundaria o latente precoz sin respuesta serológica al tratamiento	Penicilina benzatina* 2.400.000 U im., dosis única semanal x 3 semanas. <u>Alergia a penicilina:</u> Doxiciclina 100 mg/12h vo. 28 días			Control a los 6, 12 y 24 meses. Realizar punción lumbar si: <ul style="list-style-type: none"> - Aumentan los títulos en 2 diluciones, sin que exista nueva exposición sexual. - Título inicial $\geq 1/32$ no baja dos diluciones tras 24 meses del tratamiento. - Síntomas sugestivos de afectación neurológica o sífilis terciaria.
Virus papiloma humano, verruga genital de localización externa, no recidivante	Podofilotoxina solución 0,5%: 2 aplicaciones/día, 3 días seguidos, descansar 4 días, pudiendo repetirse hasta en 4 ocasiones. Imiquimod crema 3,75% o 5%: 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 Tratamiento quirúrgico excisional, crioterapia, ablativo.			
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.			Tratamiento de los contactos sexuales en los últimos 90 días con la misma pauta.
Escabiosis (sarna)	Permetrina crema 5%. Aplicar en todo el cuerpo desde el cuello y lavar tras 8-14 horas. Repetir la pauta a los 7 días. Ivermectina oral, 200 µg/Kg, repetido en 2 semanas. <i>Alternativa:</i> Fórmula magistral de vaselina azufrada 8% (la financia el SNS-O) cada 12 horas por la noche días 1, 2 y 3, con posibilidad de repetir días 8, 9 y 10. Las medidas no farmacológicas: lavado de ropa, etc., son imprescindibles para evitar recontagios.			Tratamiento de los convivientes Permetrina crema 5%. Aplicar en todo el cuerpo desde el cuello y lavar al cabo de 8-14 horas. En niños menores de 3 años aplicar también en cabeza (ANEXO IV).

*Revisar ajuste de dosis a función renal.

MOTIVOS Y OPCIONES DE DERIVACION A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Las uretritis, el prurito o el 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, Hospital Universitario de Navarra (HUN)	- Recepción de muestras de 8:00 a 21:00 horas. - Toma de muestras en pabellón L 3ª planta del HUN-A. Concertar hora en el tfno. 848422244. Horario de 8:30 a 14 horas o en el email microhn@navarra.es. - Consultas sobre toma de muestras: T. 848422244 o microbiólogo de guardia (ext. 53727). - Interconsulta no presencial para interpretación de resultados.
Microbiología Hospital Reina Sofía (HRS)	- Recepción de muestras laboratorio de Microbiología, 1ª planta, lunes a viernes de 8 a 14 horas, previo aviso al T. 848434255-848434256. - Interconsulta no presencial para interpretación de resultados, tfno. 848434256.
Microbiología Hospital García Orcoyen (HGO)	- Recepción de muestras laboratorio de Microbiología, Planta Baja, lunes a viernes de 8 a 21 h. - Consulta sobre toma de muestras e interconsulta no presencial para interpretación de resultados: T. 848435367/848435362, lunes a viernes de 8 a 15 h.
Centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSyR)	- Consultas sobre ITS y toma de muestras en mujeres
- CASSyR Andraize - CASSyR de Tudela	- Consulta sobre ITS en mujeres. - Consulta educativa. - Profilaxis pre-exposición al VIH.
Asociación Abiatze	- Consultas socio-sanitarias de mujeres y hombres que ejercen prostitución y de usuarios de prostitución. T. 619800692.
- Sección de Enfermedades Infecciosas, HUN - Servicio de Medicina Interna, HRS de Tudela	- Consultas a pacientes con ITS y contactos. - Interconsulta no presencial. - Profilaxis post-exposición de alto riesgo al VIH y VHB. - Profilaxis pre-exposición al VIH.
- Servicio de Medicina Preventiva, HUN - Medicina Preventiva, HRS de Tudela	- Vacunaciones y consultas sobre vacunas por Interconsultas no presenciales y pidiendo cita al T. 848 429987 - Vacunaciones y consultas sobre vacunas por Interconsultas no presenciales y pidiendo cita al T. 848 434395
Medicina Preventiva, HGO de Estella	- Vacunaciones y consultas sobre vacunas pidiendo cita al T. 848 435282
Servicio de Medicina Interna, HGO de Estella	- Consultas - Consulta telefónica, T. 619 843 330
Servicio de Dermatología	- Interconsulta no presencial con imagen. - Interconsulta presencial preferente.
Unidad de Proctología, HUN 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. Aplicación del protocolo nacional de viruela del mono. Notificación de brotes. T. 848423466. Guardia: T. 620598903 - Materiales informativos, educativos y/o preventivos en salud sexual. Asesoramiento técnico en salud sexual. T. 848423450 /848 421093

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 (CASSyR) o Servicio de Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> - Cervicitis - Verrugas, úlceras o lesiones localizadas en mucosas en la mujer - Leucorrea pruriginosa o maloliente - Enfermedad Inflamatoria Pélvica - Embarazada con sospecha de infección de transmisión sexual
Sección de Enfermedades Infecciosas, HUN Servicio de Medicina Interna, HRS Servicio de Medicina Interna, HGO	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de infección por el VIH - Sospecha de sífilis terciaria o neurosífilis - Sospecha de agente causal inusual.
Consulta de Dermatología	<ul style="list-style-type: none"> - 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 HUN Servicio de Cirugía General, HGO	<ul style="list-style-type: none"> - Sospecha de lesiones anales de transmisión sexual
Servicio de Urología	<ul style="list-style-type: none"> - Cirugía de condilomas en el meato uretral
Asociación Abiatze (Tfno. 619-800692)	<ul style="list-style-type: none"> - 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 HUN)	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	948 848 120
CASSyR Tudela Santa Ana	c/ Juan Antonio Fernández 12, 3ª planta	31500 – Tudela	
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:

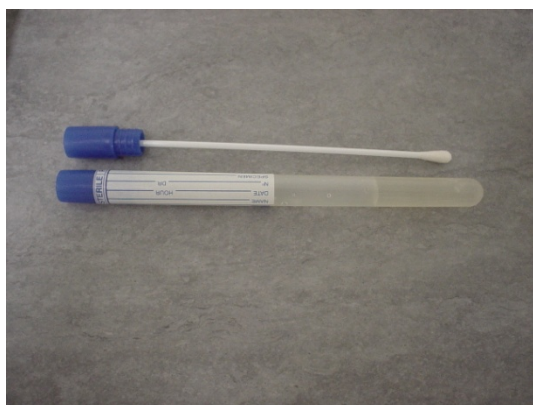
Hisopo fino con medio de transporte bacteriano



Código almacén 39120169

Imagen 3

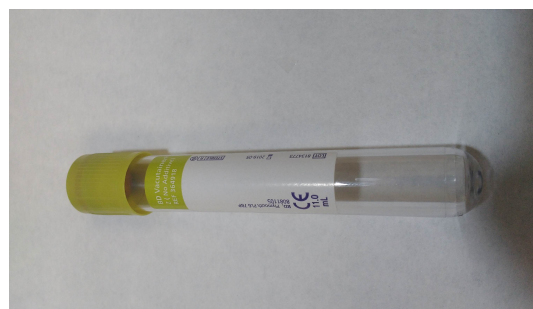
Hisopo con medio de transporte bacteriano



Código almacén 39120079

Imagen 4

Contenedor para muestras de orina



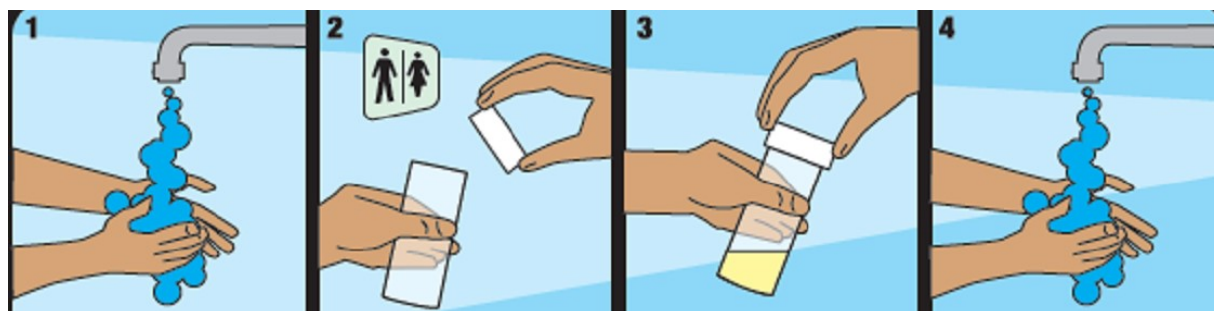
Código de almacén 39080142

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

ANEXO II

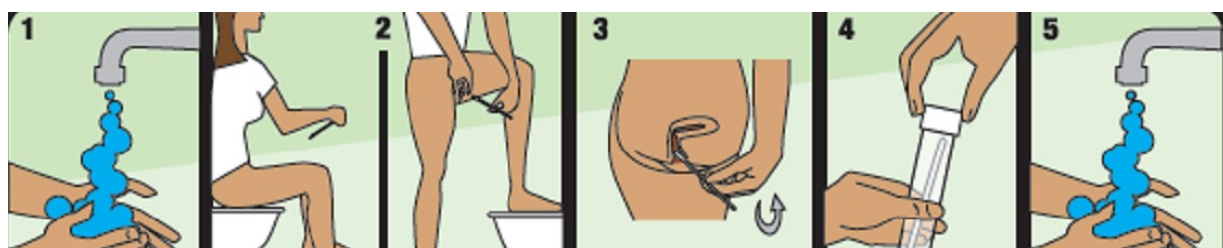
Método para la recogida de la muestra de orina, vaginal y anal mediante auto-toma

MUESTRA DE ORINA (1ª fracción de la micción)



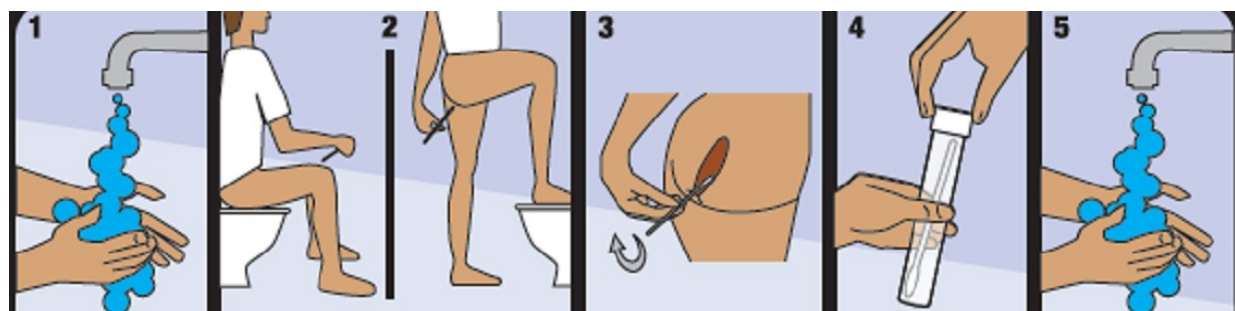
1. Lavarse las manos con jabón.
2. Desenroscar el tapón del bote de muestra.
3. Recoger la primera parte de la micción en el bote (llenarlo hasta la altura de un dedo, aproximadamente). Desechar el resto de la micción en el váter. Tapar de nuevo el bote.
4. Lavarse las manos con jabón.

MUESTRA VAGINAL



1. Lavarse las manos con jabón.
2. Sentarse en el váter o de pie con uno de los pies en el borde del váter. 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.
4. Introducir el bastón en el tubo de recogida y tapanlo.
5. Lavarse las manos con jabón.

MUESTRA ANAL



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

ANEXO III

Serología de sífilis en el Servicio de Microbiología Clínica del Hospital Universitario 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 (<i>Treponema pallidum</i> 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 líquido cefalorraquídeo

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

ANEXO IV

Tratamiento de los convivientes de un paciente con sarna

1. Se utiliza un tratamiento preventivo con PERMETRINA una sola vez.
2. Antes de acostarse deberán darse una ducha con agua caliente y jabón. Friccionando especialmente las axilas, ingles, zona genital externa, dedos de manos y pies y flexuras de brazos y piernas.
3. Secarse bien.
4. Luego se aplica la loción de Permetrina desde el cuello hasta los dedos de los pies, excepto cuero cabelludo y cara. Dejar secar unos minutos. En niños menores de 3 años aplicar también en cabeza.
5. A las 8-24 horas (día siguiente) darse una ducha con agua caliente y jabón.
6. La ropa interior, el pijama, la ropa de cama y las toallas utilizadas, así como la ropa usada recientemente, deben ser lavadas con agua a más de 50°C. Si esto no fuera posible, introducirla en una bolsa de plástico cerrada durante una semana.