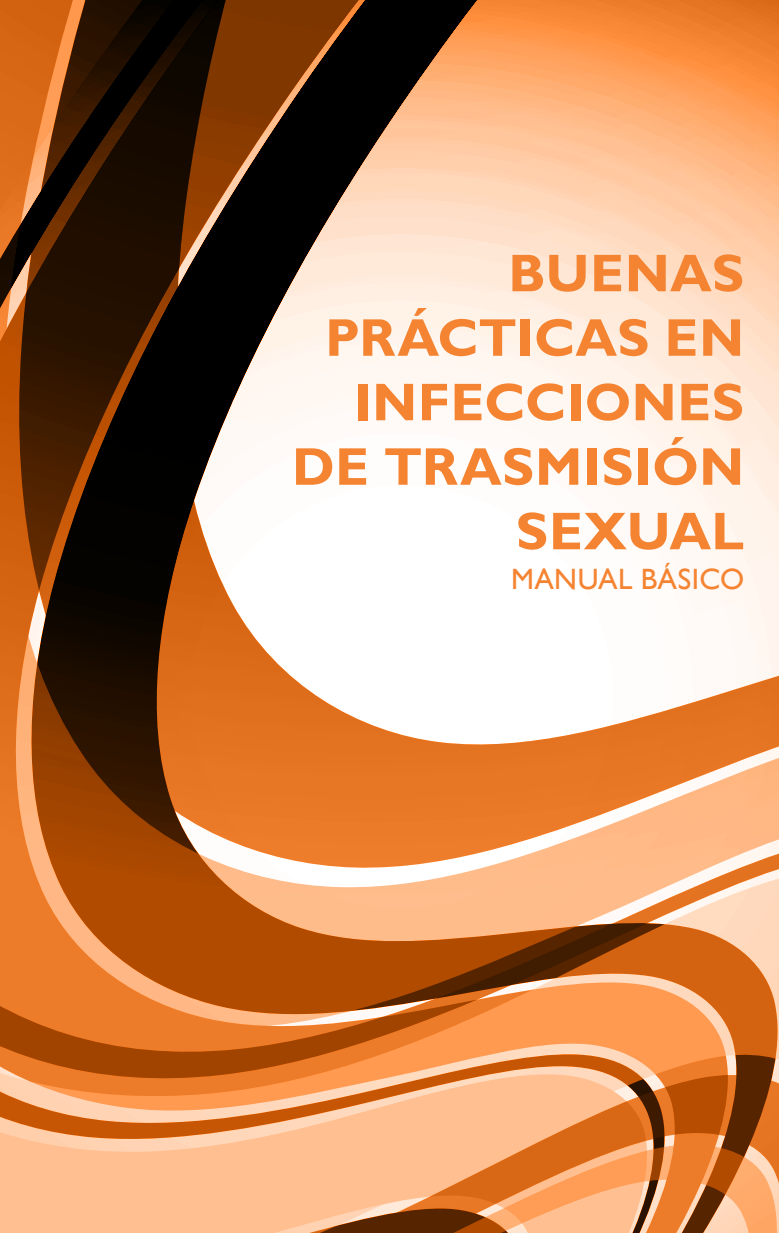


CONSEJERÍA DE SALUD

**BUENAS
PRÁCTICAS EN
INFECCIONES
DE TRANSMISIÓN
SEXUAL**
MANUAL BÁSICO



JUNTA DE ANDALUCÍA



**BUENAS
PRÁCTICAS EN
INFECCIONES
DE TRANSMISIÓN
SEXUAL**
MANUAL BÁSICO

BUENAS prácticas en infecciones de transmisión sexual : manual básico / coordinación, Carmen Zamora Fuentes, Víctor Sarmiento González-Nieto, Blanca Martínez Sierra. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2012]

87 p. : tablas, gráf. ; 16 cm

1. Enfermedades de transmisión sexual
2. Guía de práctica clínica 3. Calidad de la atención de salud 4. Andalucía I. Zamora Fuentes, Carmen II. Sarmiento González-Nieto, Víctor III. Martínez Sierra, Blanca IV. Andalucía. Consejería de Salud
WC 140

AUTORÍA Y COLABORACIONES

Coordinación:

Carmen Zamora Fuentes; Víctor Sarmiento Gonzalez-Nieto; Blanca Martinez Sierra

Grupo de Trabajo:

Manuel Rodríguez Rodríguez; Juan de Dios Alcántara Bellón ; Samuel Bernal Martínez; Juan Suarez; Eva León Jiménez.

Revisión externa

María José Pérez Lozano, Eva Rodríguez Armario, Luis Beltrán Noguera, Fernando Lozano de León- Naranjo.

Agradecemos la colaboración en esta guía de las Sociedades Científicas Sanitarias: SAEI, SAMFYC, SAMPAC y SAPD.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-Sin obras derivadas 3.0 España](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

Diseño y maquetación: OBEMEDIA / Paco Oca

Imprime: xxxxxxxx

Depósito Legal: xxxxxx

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN Y MARCO DEL MANUAL.....	7
II. MÉTODO PARA LA ELABORACIÓN DE ESTE MANUAL.....	11
III. BUENAS PRÁCTICAS EN ITS:ASPECTOS CLÍNICOS.....	13
1.- Aspectos comunes: evaluación de riesgos y estrategia general para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención. Abordaje sindrómico y abordaje etiológico.....	13
2. Actuaciones en personas sin síntomas ni conductas de riesgo de ITS. ..	25
3. Respuesta ante personas con conductas de riesgo de ITS.	26
4. Atención a las personas con síntomas propios de una ITS.	31
5. Atención integral a las personas con un diagnóstico de ITS	52
6. Atención a las parejas sexuales de personas con una ITS.	55
7. Información complementaria relevante	56
IV. BUENAS PRÁCTICAS EN ITS: ASPECTOS RELACIONALES Y CONSEJO SANITARIO	65
V. ANEXOS	79
REFERENCIAS.....	86

I. INTRODUCCIÓN Y MARCO DEL MANUAL

De acuerdo con el documento de la OMS “Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica” es importante distinguir que no todas las infecciones de transmisión sexual son infecciones del tracto reproductivo y no todas las infecciones del tracto reproductivo se transmiten por vía sexual. ITS alude a la forma de transmisión en tanto ITR se refiere al lugar afectado. Así pues, las ITR, por la forma en que son adquiridas y se propagan, pueden ser infecciones endógenas, infecciones de transmisión sexual (ITS) e infecciones iatrogénicas. Por otro lado numerosas ITS no producen síntomas a nivel del tracto reproductivo (por ejemplo las hepatitis víricas o el VIH). Este manual se centra principalmente en las ITS que se transmiten por contacto genital o anal y que producen síntomas locales ano-genitales, aunque también tiene en cuenta la posibilidad de la transmisión oral y la detección de ITS que pueden pasar desapercibidas.

Las ITS e ITR se encuentran entre las causas de morbilidad materna y perinatal más importantes. Si no se realiza un diagnóstico precoz y un tratamiento eficaz, las ITS e ITR pueden ocasionar graves complicaciones y secuelas como son: enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, embarazos ectópicos, trabajo prematuro de parto, muerte fetal e infecciones congénitas o la relación del virus del papiloma humano con el desarrollo del cáncer anogenital. El aumento en el riesgo de adquirir o de transmitir el VIH/SIDA es otra consecuencia de las ITS.

La presentación clínica de las distintas ITS e ITR con síntomas locales tiene elementos comunes, particularmente en las mujeres. Los síntomas que advierten las pacientes y hasta los signos clínicos que detectan los prestadores de salud frecuentemente son similares, por lo que resulta difícil la distinción entre ITR por transmisión sexual y no sexual. En los servicios de salud reproductiva como los consultorios de control prenatal y de planificación familiar, las ITR no transmitidas sexualmente son más comunes que las ITS. Es necesario utilizar diferentes estrategias para proporcionar la atención adecuada y minimizar el estigma. Los prestadores de salud deberían tener en cuenta que rotular una infección como de transmisión sexual puede ser un error con graves consecuencias personales y sociales.

PROFESIONALES A QUIENES SE DESTINA EL MANUAL.

Este manual se destina a profesionales de la atención primaria de la salud, de medicina y de enfermería, incluyendo enfermería obstétrica (matronas y matrones), que no se dedican específicamente a la atención sanitaria a las personas con infecciones de transmisión sexual pero que atienden a estas personas en el ejercicio de su práctica habitual.

OBJETIVOS DEL MANUAL.

Servir como material de apoyo a la formación en la atención a las ITS.

Constituirse como material de consulta rápida para tomar decisiones en la práctica clínica.

Contribuir a una atención oportuna, segura y efectiva de las personas afectadas, así como a interrumpir la cadena de transmisión lo más tempranamente posible.

CUALIDADES QUE SE HAN BUSCADO EN LA ELABORACIÓN DE ESTE MANUAL.

Contener las indicaciones justas para orientar el diagnóstico y para el tratamiento tanto de las personas que consultan, como de las personas en riesgo de contagio, incluyendo el cribado oportunista de las personas que reúnen las características que lo aconsejan.

Recoger las recomendaciones basadas en las mejores evidencias disponibles.

Ser lo más concisa posible y ofrecer la información de forma que sea fácilmente localizable, en lo posible en forma de árboles de decisiones y de tablas.

Facilitar la identificación de las situaciones en las que deben tomarse decisiones diferentes.

Ofrecer tanto un abordaje sindrómico como un abordaje etiológico para cada situación, junto con la discriminación de las circunstancias que hacen aconsejable uno u otro de los abordajes.

Tener en cuenta tanto a los centros que tienen recursos propios para el diagnóstico como a los que dependen del laboratorio del área para todos los procedimientos diagnósticos.

LIMITACIONES QUE SE ASUMEN.

La principal a tener en cuenta es la simplificación. El abordaje de

las ITS en la realidad incluye muchas situaciones complejas, a nivel tanto sanitario como relacional y social, y emocionalmente delicadas. Una respuesta adecuada requiere experiencia y una información más profunda y extensa de la que pretende proporcionar este manual.

Aunque las evidencias disponibles se han tenido en cuenta en lo posible, no se trata de una guía basada en evidencias dado que: no se ha hecho una valoración de la calidad de las revisiones, se incluyen guías (Guía de la OMS y guía Australiana) que no presentan sus métodos ni exponen los grados de recomendación y las decisiones sobre la selección entre varias alternativas no siguen un método explícito de consenso de expertos.

II. MÉTODO PARA LA ELABORACIÓN DE ESTE MANUAL

El manual se ha construido en base a la opinión de un grupo de personas expertas, que son quienes se relacionan en la autoría. Esta opinión se ha apoyado en una revisión bibliográfica.

Fases de la elaboración:

Fase I. Revisión bibliográfica. El material para la elaboración procede de una búsqueda bibliográfica que se detalla en el anexo correspondiente.

Fase II. Extracción de la información relacionada con la toma de decisiones de cada una de las revisiones o guías seleccionadas. Principalmente indicaciones sobre: factores de riesgo, elección de pruebas diagnósticas, elección de tratamiento, decisión de seguimiento, periodo de captación de parejas sexuales y criterios para la repetición de pruebas. Realizada por las personas a cargo de la edición. Con esta información se elaboró un documento de base que se distribuyó entre las personas expertas y que pondrá a disposición de quien quiera consultarlo.

Fase III. Selección de la información a ofrecer. Se ha realizado mediante entrevista personal de las personas que han asumido la edición con cada una de las expertas y expertos. El número de opiniones favorables a una opción y la calidad de la argumentación, a juicio de los editores, son los elementos que han guiado la selección del material

Fase IV. Redacción del manual. Por el equipo de edición

Criterios de selección del equipo de trabajo: personas expertas en el campo de la atención a las infecciones de transmisión sexual que sean conocedoras de las características de la práctica asistencial en la atención primaria de la salud.

Criterios para la elección del material utilizado en redacción: para ajustar en lo posible las recomendaciones del manual a las recomendaciones procedentes de las mejores evidencias disponibles, éstas se han obtenido de revisiones sistemáticas, informes de evaluación de tecnologías sanitarias y guías de práctica clínica.

Este material se ha localizado a través de una búsqueda bibliográfica que se detalla en el anexo 1 y que pretende obtener revisiones, informes y guías basadas en revisiones sistemáticas que contemplen la atención a las ITS en conjunto o que contengan los pronun-

ciamientos sobre la atención a las ITS de organismos de control de enfermedades infecciosas de reconocido prestigio internacional o de instituciones gubernamentales que deciden sobre estrategias de cribado. Tras una primera búsqueda exploratoria en la que se detectó la guía de la OMS de 2005(1) y el la versión de 2008 del informe del grupo de trabajo de expertos para las guías canadienses en ITS, se decidió limitar la búsqueda de revisiones sistemáticas a documentos de 2008 o posteriores, manteniendo la guía de la OMS y las recomendaciones del “Screening Guideline Steering Group” del Reino Unido(2) dentro del material seleccionado.

Los documentos finalmente seleccionados han sido los que recogen las tablas 1 y 2.

GUÍAS SOBRE UN CONJUNTO DE ITS

TABLA 1. GUÍAS GENERALES SELECCIONADAS		
Autoría / Institución responsable	Título	Año
Organización Mundial de la Salud	Infecciones de transmisión y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica.	2005
Screening Guideline Steering Group	Sexually Transmitted Infections: UK National Screening and Testing Guidelines	2006
U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)(3)	USPSTF Recommendations for STI Screening	2008
Australasian Society for HIV Medicine(4)	HIV, viral hepatitis and STIs : a guide for primary care	2008
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya(5)	Guia de pràctica clínica sobre infeccions de transmissió sexual	2009
Expert Working Group for the Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections(6)	Revised version of the Canadian STI Guidelines – 2006 edition	2010

GUÍAS SOBRE UNA ITS CONCRETA

TABLA 2. GUÍAS ESPECÍFICAS SELECCIONADAS		
Autoría / Institución responsable	Título	Año
European Centre for Disease Prevention and Control (7)	Chlamydia control in Europe	2009

III. BUENAS PRÁCTICAS EN ITS:ASPECTOS CLÍNICOS

I.- ASPECTOS COMUNES: EVALUACIÓN DE RIESGOS Y ESTRATEGIA GENERAL PARA EL DIAGNÓSTICO, EL TRATAMIENTO Y LA PREVENCIÓN. ABORDAJE SINDRÓMICO Y ABORDAJE ETIOLÓGICO

En este apartado se contemplan los aspectos comunes de las infecciones de transmisión sexual, ya que comparten riesgos, síntomas y respuestas comunes.

De hecho, la solicitud de pruebas diagnósticas se basa en riesgos, tanto o más que en síntomas, y hay respuestas terapéuticas que son comunes a la mayoría de las ITS, como por ejemplo que en todos los casos hay que incluir a las parejas sexuales en las intervenciones o que con cierta frecuencia sea oportuno dirigir el tratamiento contra más de una infección concomitante (coinfecciones) sin realizar pruebas para conocer el agente etiológico o sin esperar a conocerlo.

Puesto que el manual da prioridad a los aspectos comunes hay que advertir que cada ITS tiene relevantes particularidades en la forma de transmisión y diferencias clínicas y de abordaje terapéutico que merecen conocerse con más detalle; que a mayor conocimiento de las mismas, mejor serán la toma de decisiones y la comunicación con las personas afectadas; y que a las ITS que producen sólo síntomas generales se les dedica un escaso espacio.

EVALUACIÓN DE RIESGOS

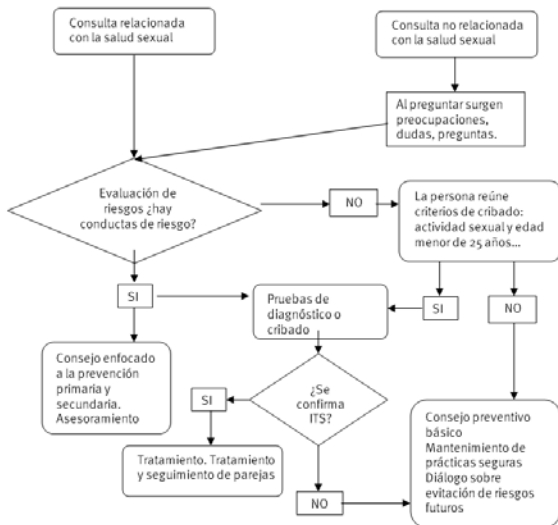
La valoración de los riesgos de padecer una ITS se debe llevar a cabo ante cualquier persona sexualmente activa, que consulta en un centro sanitario por cualquier motivo relacionado con sus prácticas sexuales, con la contracepción o con el embarazo, particularmente si nunca se ha sometido a una prueba diagnóstica de ITS.

En atención primaria se recomienda:

- Incorporar preguntas sobre la actividad sexual en la generalidad de las historias clínicas (ver “cómo preguntar”) y, si viene al caso, sobre conductas de riesgo. Aunque al principio se hable sin profundizar en los riesgos, tocar el tema es importante para que cada persona atendida sepa que tiene una vía abierta para consultar
- Hacer una evaluación de los riesgos en cualquier consulta relacionada con la salud sexual

- Explorar el conocimiento que la persona tiene sobre las situaciones en las que las relaciones sexuales conllevan riesgos para la salud y sobre los signos de sospecha de una ITS.

ESQUEMA 1. ÁRBOL DE TOMA DE DECISIONES EN RELACIÓN CON LOS RIESGOS.



FACTORES DE RIESGO:

Para facilitar la discriminación de las situaciones relacionadas con los riesgos, éstos se han dividido en “conductas sexuales de riesgo”, factores sexuales 1de riesgo no relacionados con conductas y factores de riesgo no relacionados con prácticas sexuales

I. CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

Conductas de riesgo para contraer una ITS: mantener relaciones sexuales con penetración (vaginal, anal u oral) y sin protección (métodos de barrera: preservativo masculino o femenino) con una o más personas, de las que se desconoce si puede estar infectada, aunque

no tenga síntomas. Para algunas ITS como herpes, VPH, el simple contacto entre mucosas también supondría riesgo, si el virus está en zona donde no cubre el condón.

Algunos ejemplos, tomados de las guías, de personas en quienes se debe pensar que mantienen o han mantenido conductas de riesgo son:

- Las personas que tienen más de una pareja o han iniciado una nueva relación y no utilizan método de barrera en sus relaciones.
- Las personas que consumen drogas por vía IV u otras sustancias, como alcohol o productos químicos (hachís, cocaína, éxtasis, metanfetamina), especialmente si se asocia con las relaciones sexuales.
- Personas que se prostituyen, sea porque hacen «sexo de supervivencia» (intercambio de sexo por dinero, drogas, vivienda o alimentos), porque están sometidas a esclavitud sexual o porque son trabajadores y trabajadoras del sexo y sus parejas habituales, sus clientes y las parejas de éstos.
- Sexo anónimo (por ejemplo: baños, fiesta rave).
- Las víctimas de asalto / abuso sexual.
- Parejas de seropositivos o de usuarios de drogas inyectables (UDI).
- Personas con antecedentes de infecciones de transmisión sexual
- Las mujeres y los hombres que tienen preocupaciones por el comportamiento sexual de su pareja y dudan de su fidelidad
- Las personas mayores que han perdido a un compañero por muerte o divorcio y han reanudado la actividad sexual sin protección.
- Viajeros que han tenido relaciones sexuales sin protección en el extranjero y sus parejas habituales.
- Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) sin protección y sus parejas femeninas si las hay

La distinción de los llamados grupos de riesgo (homosexuales, UDI...) ha ocasionado por un lado una discriminación negativa generalizada a valores personales y por otro ha llevado a que parte de la población que mantiene prácticas sexuales de riesgo que no se

incluyen en esos grupos, se sientan “a salvo” de contraerlas. Hoy en día, la perspectiva de identificar colectivos debe basarse en la detección y atención a la vulnerabilidad. Así tiene más clara utilidad mencionar estos aspectos a tener en cuenta:

- Jóvenes: inicio temprano de relaciones sexuales, mayor frecuencia de cambio de parejas (parejas múltiples sucesivas o “monogamia seriada”), sensación de invulnerabilidad, dependencia económica.
- Mujeres: los estudios con perspectiva de género demuestran una mayor vulnerabilidad desde el punto de vista anatómico y fisiológico (mayor exposición en la vagina) y psicosocial (desigualdades y menor capacidad de negociar sexo seguro con su pareja).
- Discapacidad. En las personas con discapacidad y fundamentalmente, en las mujeres con discapacidad se ha invisibilizado su sexualidad por parte de la sociedad en general, pero también desde las y los profesionales de la medicina, la enfermería y del ámbito de lo socio-sanitario.
- Prostitución femenina: además de por mujer, los riesgos se multiplican por las múltiples parejas sexuales, las posibles roturas del preservativo, no uso de preservativo por recibir más dinero o no uso del mismo con su pareja sentimental, que es el que más a menudo la infecta.
- Inmigración: generalmente no se trata de que traigan la infección de su país, aunque procedan de zonas de mayor prevalencia de ITS, si no que es aquí donde la contraen por sus condiciones de vida, larga separación de su pareja y otros factores.
- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH): dentro de éste colectivo, según los estudios, hay un aumento considerable de ITS, debido a que muchos de ellos mantienen conductas de riesgo, múltiples parejas y sexo no protegido, convirtiéndose en “núcleo transmisor” o “grupo diseminador” entre su colectivo
- Consumo de drogas: No sólo hay que pensar en las personas que usan drogas inyectables, que tienen esta vía de entrada de algunas ITS que luego pueden, además, transmitir a sus contactos sexuales. En la asociación ocio

- consumo de sustancias - prácticas sexuales se baja la guardia en el nivel de protección.

II. FACTORES SEXUALES DE RIESGO NO RELACIONADOS CON CONDUCTAS SEXUALES DEFINIDAS

Una serie de organismos patógenos son tan frecuentes en los seres humanos que su transmisión puede darse sin que se reconozca una clara conducta sexual de riesgo. Ante esta dificultad, otras circunstancias como la inmadurez de las mucosas genitales o la alta prevalencia en el área geográfica pueden pasar a ser consideradas factores de riesgo. Por ello se suelen considerar en riesgo a las personas jóvenes sexualmente activas menores de 25 años de edad. Bajo el mismo fundamento se recomienda realizar pruebas para la detección del cáncer de cérvix en todas las mujeres que tienen o han tenido vida sexual activa, aunque no se identifiquen en ellas otros factores adicionales de riesgo.

III. FACTORES DE RIESGO NO RELACIONADOS CON PRÁCTICAS SEXUALES

Una infección del tracto genital puede no constituir una infección de transmisión sexual. Esto es muy frecuente en las mujeres, especialmente en el caso de las infecciones vaginales que se deben, la mayor parte de las veces, a sobrecrecimiento de la flora habitual (vaginosis bacteriana por anaerobios y *Gardnerella vaginalis*) o a candidiasis, relacionadas con la alteración del equilibrio bacteriano, por hábitos de higiene íntima inadecuados, prendas de vestir, uso incorrecto de tampones o por exploraciones o intervenciones médicas. En el anexo 2 se pueden encontrar recomendaciones sobre higiene íntima femenina.

EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS

En el apartado 4 se incluyen recomendaciones para actuar ante personas que presentan síntomas fuertemente asociados a enfermedades de transmisión genital. Sin embargo hay que tener en cuenta que hay enfermedades que se transmiten genitualmente, muchas de ellas graves, cuyos síntomas iniciales pueden ser muy diferentes. Es el caso de la infección por el VIH cuyos primeros síntomas pueden ser muy semejantes a los de una gripe, o de las hepatitis A, B y C que pueden comenzar por una simple astenia o de la sífilis, que, en su

forma secundaria, se la llama “la gran simuladora” por los distintos síntomas que puede presentar (exantema generalizado, alopecia, lesiones descamativas, etc..) y que, en su forma terciaria, es una causa de demencia, entre otras patologías. Además muchas ITS pasan inicialmente desapercibidas. Conocer la prevalencia de las distintas ITS en la población de la zona, debe ayudar a sopesar las sospechas conjuntamente con los factores de riesgo.

EVALUACIÓN DE SIGNOS

Aunque, teniendo gran experiencia en ITS y con la exploración, se puede alcanzar un alto grado de certeza diagnóstica a partir del simple reconocimiento de las lesiones y las secreciones, en general se necesita recurrir a pruebas diagnósticas para asegurar el diagnóstico etiológico. Las verrugas genitales pueden ser una excepción si su aspecto es muy típico, pero hay ocasiones en que pueden confundirse con los condilomas planos sifilíticos y en las personas con inmunodeficiencia pueden adoptar formas diferentes.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

La solicitud de pruebas diagnósticas debe decidirse en estas circunstancias:

- Una persona que consulta por cualquier motivo y que reúne criterios para iniciar un cribado oportunista
- Una persona que consulta por cualquier motivo y en la anamnesis se detectan conductas de riesgo de ITS
- Una persona consulta por síntomas propios de una ITS.
- Una persona recibe un diagnóstico de ITS y comprobamos que no se han realizado todas las pruebas que son convenientes.
- Una persona es pareja sexual de otra diagnosticada de ITS

En los apartados siguientes se indican las pruebas diagnósticas recomendadas en cada circunstancia concreta. En cada área del sistema sanitario hay variantes tanto organizativas como de los tipos de pruebas que se pueden solicitar, por ello, cuando es posible, se dan varias alternativas, por orden de preferencia. También cabe la posibilidad de que se den circunstancias que lleven a omitir alguna o todas

las pruebas, en ese caso sólo cabe decidir si se pasa directamente al tratamiento sindrómico.

La solicitud de pruebas de ITS debe conllevar una buena información de la persona que va someterse a ella y su aceptación de las mismas. En la sección IV se incluyen sugerencias para el momento de comunicar la necesidad de pruebas y solicitar el consentimiento (counseling pretest).

Lectura de las pruebas. Algunas de las pruebas tienen un periodo ventana hasta que se hacen positivas. En el apartado 7 se ofrece información que conviene tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados

Comunicación de resultados. En caso de recibir un resultado positivo de una prueba se debe aportar a la persona la información que le permita situarse adecuadamente ante las consecuencias de cada infección. Para ello y para que pueda darse una buena adherencia al tratamiento y la colaboración al diagnóstico y tratamiento de las parejas sexuales es particularmente importante establecer una comunicación de confianza. En la sección IV se aportan sugerencias para la comunicación de los resultados (counseling postest).

Se debe tomar especial precaución en no asociar la infección a la transmisión sexual cuando pueda tratarse de una infección del tracto genital secundaria a otras causas. Igualmente se debe tener especial cuidado en la forma de comunicar los resultados a las personas sin síntomas ni riesgos especiales que se someten a cribado, teniendo en mente siempre la posibilidad de un falso positivo. Repetir una prueba puede hacer menos daño que insistir en un diagnóstico.

Conviene, además, declarar siempre el caso cuando se trate de una ITS declarable (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, sífilis, herpes, y VIH), para que se pueda tener un mejor conocimiento epidemiológico de las ITS, garantizando siempre la confidencialidad.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA. ABORDAJE SINDRÓMICO Y ABORDAJE ETIOLÓGICO

Además de la evaluación de riesgos, síntomas y signos y de la petición de pruebas diagnósticas, es necesario:

- a. Ante cada persona: asegurarse de que conoce los riesgos y los medios para evitarlos o reducirlos, proporcionando

la información necesaria en caso de que la persona tenga un bajo conocimiento de los riesgos y de los síntomas propios de una ITS

- b. Ante una persona con conductas de riesgo persistentes, además conviene proporcionarle el apoyo necesario (formación, recursos, soporte emocional, intervención conductual) para reducir o evitar esas conductas. Trabajar la reducción de riesgos con la metodología adecuada resulta más efectivo (ver sección IV).
- c. Ante una persona con una alta sospecha de padecer una ITS, además hay que:
 - I. Indicar un tratamiento.
 - II. Indicar el uso del preservativo para todas las relaciones sexuales
 - III. Evaluar y tratar a las parejas sexuales

El tratamiento se puede indicar siguiendo una estrategia sindrómica, es decir guiándonos por la clínica y por los factores de riesgo, o una estrategia etiológica, es decir guiándonos por pruebas que indican el agente etiológico con una alta probabilidad. En la estrategia sindrómica se suelen elegir fármacos eficaces para más de un microorganismo. Ambas estrategias pueden ser complementarias si se dan las condiciones.

¿Cuándo elegir un tratamiento sindrómico?

En todos los casos en los que hay una alta sospecha de una ITS y además se da una o más de las siguientes circunstancias:

- Las características clínicas, los factores de riesgo o la prevalencia hacen muy probable que se deba a uno o varios microorganismos concretos.
- Quepa la duda de que la persona se hará las pruebas o volverá a recoger los resultados.
- Existen síntomas molestos que conviene eliminar o reducir lo antes posible
- Es improbable que la persona pueda abstenerse de

- mantener relaciones sexuales de riesgo
- No se dispone de una o varias pruebas diagnósticas y la derivación no es una opción por algún motivo

Es aconsejable además elegir un tratamiento unidosis, el cual es clave si se duda de la adherencia al tratamiento o de la asistencia a la revisión.

¿Cuándo esperar a los resultados de las pruebas (tratamiento etiológico)?

Se debe esperar a contar con pruebas diagnósticas especialmente cuando

- Haya una sospecha de una ITS y:
 - La persona se hará las pruebas y volverá a recoger los resultados
 - No existen síntomas severos que conviene reducir en el periodo hasta que se reciben los resultados
 - Es probable que la persona pueda abstenerse de mantener relaciones sexuales durante el tiempo que se le indique o usar protección
- La persona no mejora con el tratamiento sintomático a pesar de haber realizado correctamente el tratamiento y las pruebas diagnósticas señalan a otros microorganismos diferentes de los que se sospechaban cuando se instauró el tratamiento.
- Cuando se trata de una prueba de cribado

En el apartado 4 se incluye el tratamiento sintomático recomendado según el síntoma de consulta. En el apartado 7 se incluye el tratamiento recomendado ante cada etiología.

- d. Ante una persona con una ITS diagnosticada por el laboratorio, a veces es procedente:
 - IV. Valorar la conveniencia de ampliar o rectificar el tratamiento

- V. Pedir nuevas pruebas diagnósticas. Cuando se recibe un diagnóstico positivo de una ITS es momento de repasar las pruebas que se pidieron inicialmente y, si faltaron, completarlas con nuevas pruebas diagnósticas

Siempre debe tenerse en cuenta que una ITS implica la realización de prácticas de riesgo para la aparición de otras ITS y que las infecciones genitales hacen más vulnerables a las personas frente a otras infecciones de transmisión sexual que pueden tener en ese momento un comportamiento subclínico como la infección por el VIH, la hepatitis B o la sífilis latente.

INTERVENCIÓN PREVENTIVA

Todas las personas deben conocer los riesgos asociados a las relaciones sexuales y como evitarlos o minimizarlos. Los profesionales de atención primaria tienen una labor importante en mejorar el nivel de conocimientos y habilidades de la población en estos aspectos.

Además, todas las personas con riesgos aumentados, incluyendo el padecer o haber padecido una ITS, deben recibir consejos específicos según sus riesgos, ser valoradas en su capacidad para afrontarlos y recibir apoyo especial para reducir los riesgos en caso de requerirlos (ver la sección IV).

Ante riesgos aumentados de contagio de una ITS se deben recomendar algunas vacunas: la vacunación contra la hepatitis A si se trata de un hombre que mantiene sexo con hombres, contra la hepatitis B si nació antes de 1995 o no se vacunó por algún motivo. La vacunación contra papilomavirus está incluida en el calendario vacunal de Andalucía para las chicas de 14 años.

El cribado oportunista¹ de ITS y la valoración y el tratamiento de las parejas sexuales de personas con ITS y de los recién nacidos de madres con ITS son también medidas de prevención primaria y secundaria.

¹ Se entiende por cribado oportunista de una enfermedad la realización de una prueba para detectarla en una persona asintomática pero que cumple unos criterios de inclusión. Se denomina oportunista porque para prescribir la prueba se aprovecha la oportunidad que brinda cualquier contacto de la persona con el sistema sanitario, aunque sea por un motivo ajeno a la enfermedad que se quiere detectar. En el caso de las ITS se ha demostrado la utilidad de hacer cribado oportunista de la infección por clamidia y por VPH, ya que ambas suelen ser asintomáticas, pero pueden producir secuelas importantes.

SEGUIMIENTO DE UNA PERSONA EN ESTUDIO O TRATAMIENTO POR UNA ITS

Es importante establecer una adecuada relación con la persona en la consulta que abra el camino, al menos, a una segunda visita, que permita:

- Dar los resultados de las pruebas si se han pedido sólo por cribado y tratar si procede
- Valorar el resultado del tratamiento, dar los resultados de las pruebas y modificar el tratamiento si procede
- Hablar de la experiencia de la persona en la gestión del control de los riesgos
- Reevaluar e introducir nuevas intervenciones si es necesario.

Cuando se ha indicado un tratamiento antes de recibir los resultados de pruebas, en el momento de la revisión la conducta a seguir se planteará en función de la evolución clínica y de los resultados de las pruebas. En la página siguiente, el esquema 2, aunque no considera exhaustivamente todas las situaciones posibles, puede servir de orientación.

Antes de considerar que el tratamiento sindrómico ha fracasado por deberse a un germen diferente del previsto 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 por la falta de tratamiento de los contactos.

En el apartado 7 se incluyen recomendaciones acerca de la repetición de pruebas

DERIVACIONES

En el apartado 7 se exponen las derivaciones que se recomiendan tras consultar con las sociedades científicas de las especialidades que se citan.

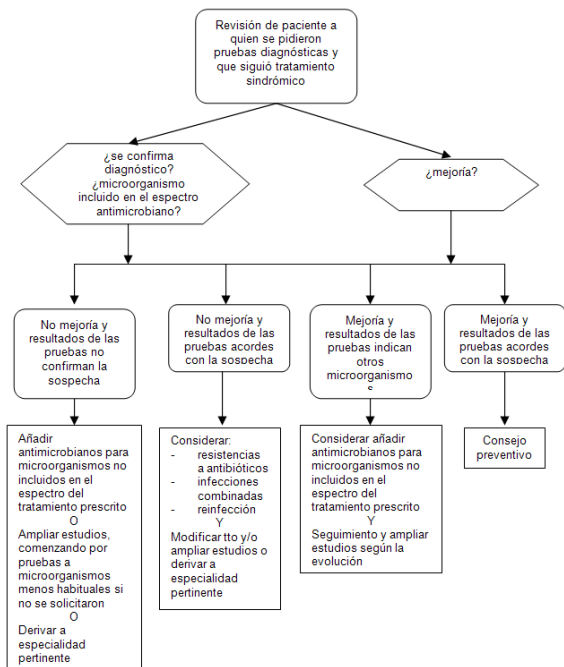
NOTIFICACIÓN

Las infecciones por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, virus de hepatitis, herpes virus y VIH deben de declararse a los sistemas de registro. Para ello se utiliza el sistema de enfermedades de declaración obligatoria (EDO)². Sin una

² ORDEN de 11 de diciembre de 2008, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica

buena notificación al sistema de registro no es posible conocer los datos de incidencia y prevalencia de las ITS en cada área.

ESQUEMA 2. ESQUEMA SIMPLIFICADO DE TOMA DE DECISIONES EN EL SEGUIMIENTO.



en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria. BOJA nº 4 de 8 de enero de 2009.

2. ACTUACIONES EN PERSONAS SIN SÍNTOMAS NI CONDUCTAS DE RIESGO DE ITS.

Tras preguntar por prácticas de riesgo, en el caso de que no se estén dando “conductas de riesgo”, procede únicamente hacer pruebas diagnósticas en ciertas circunstancias:

2.1 MUJERES

TABLA 3. PRUEBAS EN MUJERES SIN SÍNTOMAS NI CONDUCTAS DE RIESGO

Microorganismo	Muestra y prueba	Circunstancias
Chlamydia trachomatis	TAAN ³ de orina	Mujeres menores de 25 años sexualmente activas
Hepatitis B	Serología del VHB ⁴	Todas las mujeres que no tengan inmunidad conocida
HIV	ELISA	Todas las mujeres sexualmente activas. Al menos una vez

2.2 MUJERES EMBARAZADAS

Además de las pruebas recomendadas en el “Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio” se recomienda solicitar pruebas para *Chlamydia trachomatis* (TAAN de muestra de cérvix o TAAN de orina).

³ TAAN (NAAT en inglés): Test de Amplificación de Ácidos Nucléicos que es una prueba de identificación del germen infeccioso basada en biología molecular. La forma más frecuente de TAAN es la amplificación mediante la Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR siglas en inglés)

⁴ Al menos: HBcAc, HBsAg, HBsAc

2.3 VARONES

TABLA 4. PRUEBAS EN VARONES SIN SÍNTOMAS NI CONDUCTAS DE RIESGO

Microorganismo	Muestra y prueba	Circunstancias
Chlamydia trachomatis	TAAN de orina	Varones menores de 25 años sexualmente activos
Hepatitis B	Serología del VHB	Todos los varones que no tengan inmunidad conocida
HIV	ELISA	Todos los varones sexualmente activos. Al menos una vez

A los varones HSH (hombres que practican sexo con hombres), especialmente si consultan por primera vez, se les debe ofertar la realización de las pruebas previstas para las situaciones de riesgo.

3. RESPUESTA ANTE PERSONAS CON CONDUCTAS DE RIESGO DE ITS.

En general, en las personas que tienen relaciones sexuales de riesgo, aunque no tengan síntomas, es importante:

- Iniciar el consejo sobre la práctica del sexo seguro
- Llevar a cabo las pruebas diagnósticas que se recomiendan
- Encontrarse en una segunda cita

Además se debe tener en cuenta que en la evaluación de riesgos pueden encontrarse una gran variedad de situaciones que requerirán actuaciones adaptadas a cada persona, incluyendo, en algún caso la repetición periódica de pruebas. En el caso de riesgos puntuales como puede ser una persona que ha tenido un episodio aislado de contacto sexual de riesgo o ha tenido relaciones sexuales en un país de alta prevalencia de ITS o inicia un nuevo contacto sexual de riesgo indeterminado (nueva pareja, dudas sobre la fidelidad de la pareja...), se debe poner más énfasis, si cabe, en no juzgar y aprovechar para recordar la importancia de la protección, sin culpabilizar

ni pretender asustar.

Se recomiendan las siguientes pruebas:

3.1 MUJERES

TABLA 5. PRUEBAS EN MUJERES CON CONDUCTAS DE RIESGO

Microorganismo	Muestra y prueba	Circunstancias
Neisseria gonorrhoeae	Cultivo y antibiograma de muestra de cérvix o TAAN de orina Cultivo de muestra de orofaringe Cultivo o TAAN de muestra exudado rectal	Todas Si las prácticas sexuales indican riesgo de infección en esta localización Según las prácticas sexuales
Chlamydia trachomatis	TAAN de exudado de cérvix o vagina o TAAN de orina TAAN de muestra de exudado rectal	Todas Según las prácticas sexuales
Hepatitis B	Serología del VHB	Todas las mujeres que no tengan inmunidad conocida
HIV	ELISA	Todas
Treponema pallidum	Serología de lúes. Una prueba treponémica (por ejemplo TPHA) y otra prueba no treponémica (p.ej. RPR) si el resultado es positivo.	Todas
Trichomona vaginalis	Exudado vaginal – TAAN o, en su defecto, transporte de muestra en medio adecuado	Todas

3.2 MUJERES EMBARAZADAS

- Además de las pruebas recomendadas en el “Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio” se recomienda solicitar pruebas para *Chlamydia trachomatis* (TAAN de muestra de cérvix o TAAN de orina) y para *Neisseria gonorrhoeae* (cultivo y antibiograma de muestra de exudado vaginal o TAAN de orina).

3.3 VARONES

TABLA 6. PRUEBAS EN VARONES CON CONDUCTAS DE RIESGO.

Microorganismo	Muestra y prueba	Circunstancias
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Tinción de gram. Cultivo y antibiograma de muestra de uretra o TAAN de orina Cultivo de muestra de orofaringe Cultivo o TAAN de muestra exudado rectal	Todos HSH, si las prácticas sexuales indican riesgo de infección en esta localización HSH según las prácticas sexuales
<i>Chlamydia trachomatis</i>	TAAN de de exudado de uretra o TAAN de orina TAAN de muestra de exudado rectal	Todos HSH, según las prácticas sexuales
Hepatitis B	Serología del VHB	Todos los varones que no tengan inmunidad conocida
HIV	ELISA	Todos
<i>Treponema pallidum</i>	Serología de lúes. Una prueba treponémica (por ejemplo TPHA) y otra prueba no treponémica (p.ej RPR) si el resultado es positivo.	Todos

Se debe tener muy en cuenta que entre los hombres que practican sexo con hombres (HSH) las prevalencias de ITS son más altas.

INTERVENCIONES ADICIONALES EN PERSONAS QUE REFIEREN UNA SITUACIÓN DE RIESGO

Una vez que se ha detectado que una persona mantiene relaciones sexuales con riesgo de transmisión de una ITS es necesario el consejo para la evitación o reducción de los riesgos. Si el contacto es muy reciente, en algunos casos debe considerarse la profilaxis postexposición ante el virus de la hepatitis A, el virus de la hepatitis B, el VIH y algunas infecciones bacterianas.

La profilaxis postexposición contra VIH puede recomendarse en las situaciones de coito anal receptivo sin preservativo, o con rotura de éste, con una persona que se conoce que está infectada y si se dan las siguientes condiciones:

- Exposición con un riesgo elevado: relación anal receptiva no protegida con eyaculación, intercambio de agujas o jeringuillas inmediatamente después de haber sido usadas.
- Exposición con un riesgo apreciable (recepción anal con eyaculación) o bajo (relación vaginal receptiva no protegida con eyaculación, relación anal receptiva no protegida sin eyaculación, relación vaginal o anal insertiva no protegida, relación orogenital receptiva no protegida con eyaculación). Debe considerarse la profilaxis, especialmente si la fuente tiene una infección por el VIH “no controlada” (carga viral elevada, paciente sintomático o con primoinfección).
- Instauración precoz (antes de 72 horas, pero preferiblemente en las primeras 6 horas).
- Ausencia de contraindicaciones para la toma de TARV.
- Exposición de carácter esporádico e inusual (si la persona tiene conductas de riesgo reiteradas sólo se le explicarán las medidas preventivas destinadas a evitar la transmisión del VIH).
- Garantía de seguimiento clínico y analítico del paciente.

Cuando se considera la profilaxis postexposición no ocupacional al VHB, las recomendaciones se resumen en la tabla 7.

TABLA 7. PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL AL VHB

Serología VHB de la fuente de exposición	Actuación frente a la persona expuesta (1)			Vacunación completa del VHB
	No vacunados del VHB	Vacunación incompleta del VHB	Vacunación completa del VHB	
Fuente de exposición con Ag HBs +: - Exposición sexual. - Víctima de asalto o abuso sexual.	Administrar 1 dosis de IGHB (2) + Serie completa de vacunación del VHB (3)	Administrar 1 dosis de IGHB (2) + Completar vacunación del VHB	Administrar 1 dosis de refuerzo de la vacuna de VHB	
Fuente de exposición con Ag HBs desconocido: - Víctima de asalto o abuso sexual.	Serie completa de vacunación del VHB (3)	Completar vacunación del VHB	No precisa PPE al VHB	

(1) Excluye a las personas con infección previa por VHB que son inmunes a la reinfección y no precisan PPE
 (2) IGHB: Inmunoglobulina de la Hepatitis B; Dosis de 0.06 ml/kg (1.2-20 UI/kg) por vía intramuscular. Se debe administrar lo antes posible después de la exposición, preferiblemente en las primeras 24 horas. No se ha demostrado su eficacia si se administra pasados 7 días después de una exposición percutánea y después de 14 días de una exposición sexual
 (3) Pauta rápida: La primera dosis se debe de administrar lo antes posible después de la exposición, preferiblemente en la primeras 24 horas. Se puede administrar simultáneamente con la IGHB en sitios separados (la vacuna siempre en el músculo deltoides). La 2ª dosis al mes y la 3ª a los 2 meses

Recomendaciones más detalladas y desglosadas por escenarios pueden encontrarse en la guía “Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/AEP/ CEEISCAT/SEMP sobre la profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños”(8).

Respecto a la profilaxis de otras ITS, se recoge la recomendación de los CDC de realizar tratamiento en víctimas de violencia sexual en base a la dificultad de continuar seguimiento de estas personas. La pauta sería: ceftriaxona 125 mg im+ azitromicina 1 gramo (o doxiciclina 100mg/12h 7días)+ metronidazol 2 gramos(9).

4. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON SÍNTOMAS PROPIOS DE UNA ITS.

La valoración de los riesgos es aún más importante cuando hay síntomas. En este apartado se indican las pruebas diagnósticas que se recomiendan a raíz de los síntomas pero se deben completar según la valoración de los riesgos (apartados 3 y 4).

4.1 PRURITO O FLUJO VAGINAL ANORMAL

Prurito, flujo o ambos pueden indicar una infección vaginal o cervical. Estos síntomas son unos de los motivos de consulta más frecuentes de consulta médica en las mujeres y generalmente se deben a vaginitis candidiásica y vaginosis bacteriana, ninguna de las cuales se considera ITS. Las candidas forman parte de la flora habitual de la vagina y sólo cuando hay un sobrecrecimiento, producen síntomas. Simplemente con la exploración podemos diagnosticarla (flujo blanco, espeso, a veces grumoso “como yogur cortado”, eritema vulvar y prurito). Entre los factores predisponentes aceptados destacan el uso de antibióticos, embarazo, diabetes mal controlada, toma de anticonceptivos orales (ACO), obesidad y exceso de humedad en la zona genital.

En las vaginosis bacterianas hay un desequilibrio de la flora, con descenso de los *Lactobacillus* y predominio de *Gardnerella vaginalis* y flora cocácea o anaerobia mixta gramnegativa. Se asocia a una mayor actividad sexual y al uso de duchas vaginales. Los síntomas son aumento del flujo, que es homogéneo, maloliente y típico olor a pescado, que hace que la mujer se lave más, incrementando así el problema.

Cuando tenemos dudas de que se trate de este tipo de infección, los síntomas persisten tras tratamiento, la secreción es purulenta y

procedente de cérvix o se trata de un contacto con una persona infectada, procederemos al estudio y tratamiento considerando otras infecciones, ya que otras veces, la infección vaginal se debe a microorganismos patógenos y transmisibles, como “tricomona” (*T. vaginalis*), “clamidia” (*C. trachomatis*) o “gonococo” (*N. gonorrhoeae*). Cuando la infección afecta al cuello uterino (cervicitis) hay alto riesgo de infecciones pélvicas, que son la principal causa de aborto y esterilidad. Conviene tener presente que aunque se puedan definir los síntomas propios de una cervicitis (flujo cervical mucopurulento, friabilidad cervical y cervix enrojecido), lo más frecuente es que la cervicitis sea asintomática o pase inadvertida

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

4.1.1 MUJERES CON ANTECEDENTES CERCANOS

DE INTERVENCIÓN EN ÁREA GENITAL:

- **En caso de IVE con algún componente instrumental** se deben tomar muestras de cérvix o, en su defecto, de vagina o de orina para TAAN de *Chlamydia trachomatis*.
- En mujeres con flujo vaginal anormal **durante el posparto o después de un aborto espontáneo o inducido, o si se les ha insertado un DIU tres semanas antes, o en las que presenten leucorrea tratada y el tratamiento haya fracasado** se deben tomar muestras de cérvix o, en su defecto, vagina o en su defecto de primera orina para *Chlamydia trachomatis* (TAAN) y además tomar muestras para cultivo de *Neisseria gonorrhoeae*.

4.1.2 MUJERES CON ALTA SOSPECHA QUE SE TRATA DE UNA INFECCIÓN VAGINAL POR DESEQUILIBRIO DE LA FLORA O POR *T. VAGINALIS*:

La experiencia clínica, el conocimiento de los riesgos de la paciente, los hallazgos de la exploración y algunas pruebas sencillas pueden ser suficientes para decidir el diagnóstico y el tratamiento de una paciente con infección vaginal. La tabla 8 reúne las características organolépticas del flujo de las principales vaginosis. La tabla 9 contiene los elementos clave del diagnóstico y de la intervención. El examen al fresco del exudado vaginal es la mejor prueba confirmatoria de las infecciones vaginales más habituales.

TABLA 8. CARACTERÍSTICAS TÍPICAS DEL FLUJO DE LAS PRINCIPALES VAGINOSIS

	CANTIDAD	CONSISTENCIA	COLOR	COLOR
TRICHOMONAS VAGINALIS	AUMENTADA	ESPUMOSA	AMARILLO VERDOSO	MALOLIENTE
HONGOS	ESCALA MODERADA	GRUMOSA	BLANCO AMARILLENTO	INDIFERENTE
VAGINOSIS BACTERIANA	MODERADA	HOMOGENEA ADHERENTE	BLANCO GRISÁCEO	MALOLIENTE

TABLA 9. ELEMENTOS CLAVE DEL DIAGNÓSTICO Y DE LA INTERVENCIÓN EN LAS PRINCIPALES VAGINOSIS.

	VAGINA NORMAL	VULVOVAGINITIS POR CÁNDIDAS	TRICOMONIASIS	VAGINOSIS BACTERIANA
FLORA	Lactobacillus spp Escasos-moderado	C. álbicans y otras levaduras	Trichomona vaginalis	Gardnerella vaginalis, micoplasma, anaerobios
SINTOMAS	Ninguno	Irritación, prurito vulvar, leucorrea, dolor, disuria, dispareunia	Leucorrea profusa, prurito vulvovaginal, maloliente, disuria, dispareunia Asintomático	Leucorrea abundante y maloliente 50% son asintomáticos
EXUDADO VAGINAL	Claro ó blanco heterogéneo	Blanco grumoso y adherente, a veces blanquecino muy líquido	Amarillo homogéneo, poco viscoso y espumoso	Blanco ó grisáceo homogéneo que se adhiere a las paredes vaginales. Frecuentemente espumoso
INFLAMACION DEL INTROITO VULVAR Y VAGINAL	No	Eritema, Edemas y a veces fisuras del introito vulvar Eritema vaginal	Eritema vaginal Petequia en el cérvix “cérvix de fresa” (también sin más síntomas que los cambios de exudado)	No
PH DEL EXUDADO	Menor de 4,5	Menor de 4,5	Mayor de 4,5	Mayor de 4,5

EXAMEN AL MICROSCOPIO	Células epiteliales. Predominio de Lactobacillus	Leucocitos, C. E. y el 80% esporas, micelas y pseudomicelas	Leucocitos. T. vaginalis en el 80% de las mujeres sintomáticas (en las tricomoniasis asintomáticas aparecen con mucha menor frecuencia)	Células clave, PMN, escasos Lactobacillus y abundante flora mixta (principalmente Gardnerella vaginalis y anaerobios)
OLOR DE AMINAS ⁵ AL AÑADIR KOH (10%) AL EXUDADO	No	No	Con frecuencia	Siempre
TRATAMIENTO	Ninguno	Tratamiento etiológico	Tratamiento etiológico	Tratamiento etiológico
ACTITUD CON PAREJA SEXUAL	Ninguna	Ninguna. Tratamiento tópico si dermatitis del pene	Tratamiento a la pareja y buscar otra ITS	Considerar la búsqueda de otras ITS, máxima atención a los riesgos. No se trata la pareja

⁵ Aunque el olor que liberan las aminas (olor a pescado descompuesto) es típico del flujo en los casos de vaginosis y de tricomonas, hay mujeres en las que el flujo no es maloliente. En estos casos se puede utilizar el test de las aminas como una forma sencilla e inmediata de detectar la vaginosis. El olor de amina se produce cuando una gota de flujo se mezcla con una gota de hidróxido de potasio al 10%, en un porta, el una torunda o en el espéculo. Esa reacción explica porqué algunas mujeres con vaginosis empeoran sus síntomas cuando utilizan jabones elaborados con potasa cáustica, que son frecuentes en el mercado. Mientras más se lavan más persiste el olor tiene el flujo. El olor a aminas también puede encontrarse en mujeres con tricomoniasis.

4.1.3 MUJERES CON SOSPECHA DE CERVICITIS O SIN SOSPECHA CLARA DEL ORIGEN DE LA INFECCIÓN:

TABLA 10. PRUEBAS ANTE LA POSIBILIDAD DE CERVICITIS

Microorganismo	Muestra y prueba	Circunstancias
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Cultivo y antibiograma de muestra de cérvix o TAAN de orina	Todas
<i>Chlamydia trachomatis</i>	TAAN de de exudado de cérvix o vagina o TAAN de orina	Todas
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Exudado vaginal – visualización en “fresco” o cultivo en medios apropiados o transporte de muestra en medio adecuado para cultivo.	Todas

Si alguna de las pruebas resultase positiva o se diesen conductas de riesgo se pediría también: *Treponema pallidum* (serología de lúes, por ejemplo TPHA y RPR si el resultado es positivo), VIH (ELISA) y, si no hay inmunización conocida, serología de hepatitis B (HBcAc, HBsAg, HBsAc).

TRATAMIENTO

El tratamiento debe basarse en el resultado de las pruebas diagnósticas. En caso de que esto no sea posible de ninguna forma, en la tabla 11 se recogen algunas respuestas a las que se puede recurrir en diferentes situaciones.

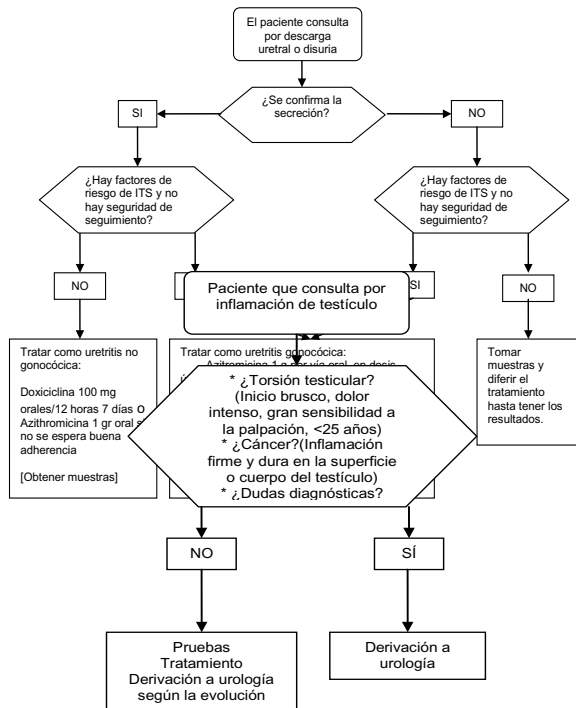
TABLA 11. TRATAMIENTO SINDRÓMICO EN CASO DE PRURITO O FLUJO VAGINAL ANORMAL

SITUACIÓN	TRATAMIENTO
Flujo vaginal maloliente	<p>Si los síntomas no son muy intensos muchas veces con recomendaciones de higiene íntima se reequilibra la flora vaginal.</p> <p>Si los síntomas son intensos y se sospecha <i>T. vaginalis</i>: tinidazol 2g oral en dosis única o metronidazol 2g oral en dosis única (preferible en el embarazo).</p>
Flujo vaginal que se acompaña de eritema, edema o picor vulvar	<p>Cuando se sospecha una candidiasis se emplea clotrimazol, miconazol, ketoconazol por vía vaginal.</p> <p>También se puede recurrir a tratamiento oral con Fluconazol 150mg en dosis única (no en embarazo) con o sin una preparación tópica antifúngica.</p>
Los síntomas y o los factores de riesgo para ITS hacen sospechar una cervicitis por <i>Chlamydia trachomatis</i> o <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<p>Azitromicina 1 gr oral en dosis única (seguro en el embarazo).</p> <p>Más: Ceftriaxona 250mg I.M o Cefixima oral 400 mg en el caso de que haya motivos adicionales para que se trate de un infección gonocócica, por ejemplo que haya una prevalencia alta de gonococia en la zona.</p>

4.2 URETRITIS O SECRECIÓN URETRAL EN HOMBRES

Síntomas: secreción uretral, quemazón al orinar, irritación en la uretra distal o en el meato, meato enrojecido. En el esquema 3 se resumen las decisiones a tomar.

ESQUEMA 3. TOMA DE DECISIONES ANTE UNA PERSONA QUE CONSULTA POR DISURIA O SECRECIÓN URETRAL



PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

TABLA 12. PRUEBAS ANTE EN CASO DE POSIBLE URETRITIS

Microorganismo	Muestra y prueba	Circunstancias
Neisseria gonorrhoeae	Tinción de gram, cultivo y antibiograma de muestra uretral o TAAN de muestra uretral o TAAN de orina Cultivo de muestra de orofaringe Cultivo o TAAN de muestra exudado rectal	Todos HSH, si las prácticas sexuales indican riesgo de infección en esta localización HSH, según las prácticas sexuales
Chlamydia trachomatis	TAAN de exudado de uretra o TAAN de orina TAAN de muestra de exudado rectal	Todos HSH, según las prácticas sexuales

TRATAMIENTO

Azitromicina 1 g por vía oral, en dosis única, o doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días

Y

Cefixima 400 mg por vía oral, en dosis única, o ceftriaxona 500 mg por inyección intramuscular.

Si resulta posible discriminar los riesgos, el uso de la cefixima o ceftriaxona se puede decidir en base a que exista:

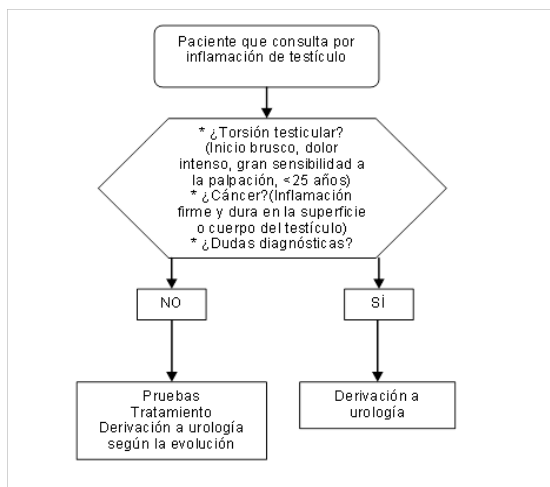
1. Pareja sexual con gonococia probada o probable
2. Gonococia prevalente en el área
3. Relación homosexual masculina
4. Secreción profusa, purulenta o con disuria

4.3 INFLAMACIÓN DE TESTÍCULO

Síntomas: Dolor o hinchazón testicular unilateral, puede haber eritema y edema de la piel suprayacente, con o sin secreción uretral o fiebre.

La epididimitis y la orquitis son una complicación ocasional de la infección uretral no tratada. Es importante reconocer que la inflamación escrotal puede deberse a otras causas y que puede representar una emergencia. Si el hombre presenta antecedentes de trauma o si el testículo se encuentra elevado o girado, es preceptivo derivar al paciente inmediatamente para la evaluación quirúrgica. En hombres mayores con próstata agrandada, la inflamación escrotal puede proceder de una infección de vejiga, no constituyendo una ITS. La probabilidad de que una epididimitis u orquitis se deba a una ITS es mayor en menores de 35 años.

ESQUEMA 4. TOMA DE DECISIONES ANTE UN PACIENTE QUE CONSULTA POR INFLAMACIÓN DE TESTÍCULO.



PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Se aconsejan las mismas pruebas que para uretritis añadiendo:

TABLA 13. PRUEBAS ADICIONALES EN CASO DE INFLAMACIÓN DE TESTÍCULO

Microorganismo	Muestra y prueba	Circunstancias
Enterobacterias	Orina (tomada a mitad de la micción): microscopía, cultivo y antibiograma	Todos, indicación mejor definida para: mayores de 35 años y HSH en caso de penetración anal sin protección

TRATAMIENTO

Doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 10-14 días

Y

Cefixima 400 mg por vía oral, en dosis única, o ceftriaxona 250 mg I.M.

SEGUIMIENTO

Hay volver a valorar al paciente al cabo de tres o cinco días para comprobar cuál es su evolución clínica y continuar o no con el régimen terapéutico establecido

4.4 LESIONES MUCOCUTÁNEAS EN ÁREA ANO-GENITAL

4.4.1 LESIONES ULCEROSAS EN GENITALES

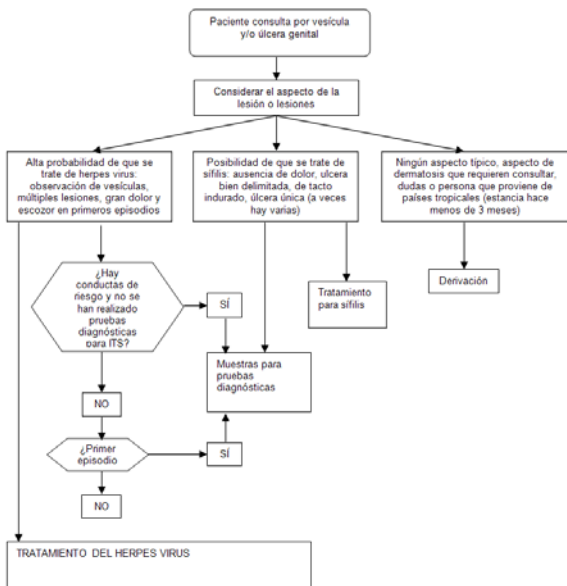
Definición: Lesiones en región genital ulcerosas, erosivas, pustulosas o vesiculares, con o sin adenopatías regionales, causadas por diversas infecciones de transmisión sexual (ITS) y por enfermedades no relacionadas con las ITS.

En muchas partes del mundo, el herpes genital constituye la causa más frecuente del síndrome de úlcera genital y así ocurre en nuestro medio. Aquí la segunda causa más probable entre las ITS es la sífilis, pero a menudo las lesiones se deben a otras causas, como escoriaciones, exantema fijo medicamentoso o aftas. Las úlceras herpéticas (y las ITS ulcerativas en general) en pacientes con infección por VIH pueden ser atípicas y persistir por un largo tiempo. Otras

ITS que producen lesiones ulcerosas como chancroide, donovanosis y linfogranuloma venéreo son poco frecuentes en nuestro medio y se han considerado materia de derivación.

En el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta numerosas enfermedades no venéreas (ver anexo 4)

ESQUEMA 5. TOMA DE DECISIONES ANTE UNA PERSONA QUE CONSULTA POR LESIONES ULCEROSAS EN REGIÓN ANO-GENITAL



PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

TABLA 14. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN ÚLCERAS GENITALES

Microorganismo	Muestra y prueba	Circunstancias
Herpes virus	TAAN de úlcera, si es posible: además TAAN de cérvix o uretra	Según árbol de decisiones
Treponema pallidum	Úlcera – microscopía de campo oscuro o TAAN Serología de lúes, una prueba treponémica, por ejemplo TPHA o FTA, y una prueba no treponémica simultáneamente. Indicada RPR.	Según árbol de decisiones

TRATAMIENTO

En caso de sífilis precoz, de menos de un año de evolución (primaria, secundaria y latente precoz): Penicilina benzatina, 2,4 millones de unidades en una única inyección intramuscular. En casos de alergia a la penicilina: doxiciclina 100 mg por vía oral dos veces al día durante 14 días. En los casos de sífilis tardía, de más de 1 año de evolución, se emplea: Penicilina benzatina, 2,4 millones de unidades/ semana, 3 dosis.

Tratamiento recomendado para el herpes genital: Infección primaria: aciclovir 400 mg por vía oral, cada 8 horas o aciclovir 200 mg por vía oral, 5 veces al día, durante 7 días. Alternativas: famciclovir 250 mg por vía oral, 3 veces por día, durante 7 días, o valaciclovir 1 g dos veces por día, durante 7 días

SEGUIMIENTO

En la sífilis el seguimiento debe hacerse al 1º, 3º y 6º mes y al año o hasta la negativización de las pruebas no treponémicas,

Además de por recibir las pruebas, debe hacerse seguimiento en los casos en que se trate de la primera infección por herpes o de que haya dudas diagnósticas.

4.4.2 VERRUGAS

Las verrugas ano-genitales son causados por el virus del papiloma humano. Se han secuenciado más de 100 tipos de VPH. Los tipos que causan las verrugas genitales más frecuentemente son los tipos 6 y 11, que son de bajo riesgo oncogénico. Aunque las verrugas ano-genitales sean mayoritariamente lesiones benignas, a menudo causan una considerable angustia psicológica y psicosexual en las personas que las presentan, lo que ocasiona una alta demanda del estudio y de la eliminación de estas verrugas.

Pruebas recomendadas para la localización y el diagnóstico de las verrugas:

- El examen visual, que puede ser ayudado por una lente de aumento, es la prueba que se recomienda para el diagnóstico de rutina. No está indicada la tipificación del virus en la práctica cotidiana.
- Si hay dudas sobre el diagnóstico, la biopsia con anestesia local para la histología es justificable. La biopsia está indicada si existe la preocupación de que una lesión pueda ser displásica y pueda necesitar una estrategia de manejo diferente a la de las verrugas genitales.
- La prueba del ácido acético, se utiliza para descubrir lesiones subclínicas. Se aplica ácido acético al 3 o 5 % (vinagre) durante 15 – 30 segundos, lo cual puede causar un poco de ardor. El vinagre puede hacer que las áreas afectadas por el VPH se tornen de un color blanco por varios minutos. Estas pequeñas áreas pueden entonces examinarse utilizando distintos instrumentos de aumento como una lupa o colposcopio. Si existe un proceso inflamatorio (candidiasis, psoriasis, eccemas, traumatismos etc) pueden también blanquearse dando falsos positivos.

Los sitios recomendados para la exploración son:

- La piel ano-genital y el examen con espéculo de la vagina y cuello uterino.
- La proctoscopia no se recomienda, excepto si el paciente tiene síntomas tales como sangrado por el ano o la irritación. Si se encuentran verrugas en el canal anal durante una proctoscopia debe proponerse el tratamiento en el mismo acto.

Debe tenerse en cuenta que entre los HSH que son VIH positivos hay una alta prevalencia de neoplasia intraepitelial anal (NIA) y una mayor incidencia de carcinoma anal y puede ser difícil de diferenciar las verrugas de una NIA verrugosa ordinaria. Una biopsia quirúrgica se recomienda en caso de duda. Un carcinoma tienden a percibirse como un nódulo palpable, que al paciente podría parecerle muy similar a una verruga. Estas personas deben ser informadas de que cualquier tumor en el conducto anal debe ser estudiado.

- La cavidad oral está indicado si la persona indica que podría tener lesiones verrugosas en esa zona.

A los contactos conocidos que no tienen verrugas genitales se les debe aconsejar la autoexploración de los genitales y el asesoramiento si se detectan lesiones. Ellos deben saber que pueden desarrollar verrugas en el plazo de meses como resultado del contacto sexual con otra que las padece.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ADICIONALES

En toda persona que se presenta con verrugas genitales por primera vez deben solicitarse las mismas pruebas que se recomiendan para una persona con conductas de riesgo.

En personas ya estudiadas que presentan sucesivos brotes de verrugas deben tenerse en cuenta el tiempo transcurrido desde la solicitud anterior de pruebas y la ocurrencia de conductas de riesgo, ya que puede ser el caso de una nueva infección o de una recidiva. Si persisten o hay nuevas conductas de riesgo deben solicitarse todas las pruebas recomendadas si han transcurrido más de 6 meses.

TRATAMIENTO

Tratamientos autoadministrados⁶:

- Podofilotoxina. Indicada para lesiones externas y bien visibles. Contraindicado en el embarazo y la lactancia. No debe usarse si la superficie de la lesión es superior a 10 cm cuadrados ni en lesiones internas (vagina, cerviz, canal anal o uretra)
- Imiquimod (imidazoquinolinamina). Sólo para lesiones

⁶ Siguiendo las recomendaciones de la guía de Cataluña

externas. No se ha demostrado su inocuidad en el embarazo, no se debe usar después de la semana 16.

Tratamientos administrados por profesionales sanitarios⁷:

- Crioterapia, se puede usar en cualquier localización y también en el embarazo
- Escisión quirúrgica, principalmente en lesiones pedunculadas y queratinizadas poco numerosas.
- Electrocauterización y láser son otras alternativas. El láser puede aplicarse sobre lesiones extensas, voluminosas o localizadas en zonas anatómicas de acceso difícil.
- Resina de podofilino en solución al 10-25%. No se recomienda como tratamiento de primera línea. Si es el único tratamiento disponible, no se recomienda en el tratamiento de lesiones internas ni durante el embarazo y no debe usarse en una extensión superior a 10 cm² o en una cantidad mayor de 0,5 ml.⁸
- Ácido tricloroacético en solución al 80-90%. Se puede emplear en cualquier localización anatómica, incluyendo mucosas. Conviene conocer los detalles para una aplicación segura.
- Interferones. No se recomiendan como tratamiento de rutina.

En las mujeres con condilomas, debemos realizar citologías cervicales (técnica Papanicolaou), para descartar displasias por VPH de alto riesgo oncogénico.

SEGUIMIENTO

Estará en relación con la desaparición de las lesiones. Se debe informar a las personas afectadas que es frecuente que las lesiones vuelvan a aparecer de ahí la importancia del seguimiento.

⁷ Siguiendo las recomendaciones de la guía de Cataluña

⁸ Se receta como fórmula magistral:

Dp/ Resina de podofilino peltatum 5-20%. Tintura de Benjuí 30 ml.

o

Dp/ Resina de podofilino peltatum 5-20%. Solución alcohólica de resina de podofilino al 20% o solución hidroalcohólica 30 ml.

4.4.3 MOLUSCO CONTAGIOSO.

Originado por el molluscipoxvirus, sus lesiones tienen una forma característica redondeada, de igloo, frecuentemente con una indentación central. Es un cuadro benigno que suele resolverse espontáneamente en meses. Los procedimientos terapéuticos que se recomiendan son la extirpación en consulta y el nitrógeno líquido.

4.5 ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)

Definición: La EPI es una infección del tracto genital superior femenino que afecta, en cualquier combinación, al endometrio, las trompas de Falopio, el peritoneo pélvico y las estructuras contiguas.

Los signos clínicos de la EPI son variados y pueden ser muy leves. Entre los síntomas que sugieren EPI se incluyen el dolor abdominal bajo, el dolor durante las relaciones sexuales (dispareunia), la pérdida de sangre tras las relaciones sexuales o entre períodos menstruales y el dolor asociado a la menstruación (si fuese un síntoma nuevo). También pueden presentarse flujo vaginal, dolor al orinar (disuria), fiebre, náuseas y vómitos.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el abordaje sintomático del dolor abdominal bajo en mujeres está justificado, incluso en países desarrollados, en base a:

- Las graves consecuencias, entre las que se incluyen la infertilidad y los embarazos ectópicos, que suelen presentarse luego de una EPI no tratada a tiempo o ignorada
- La alta frecuencia con la que la gonorrea y la infección por *Chlamydia trachomatis* son las causas del dolor abdominal bajo en mujeres
- La dificultad que se encuentra a menudo para llegar a un diagnóstico de certeza

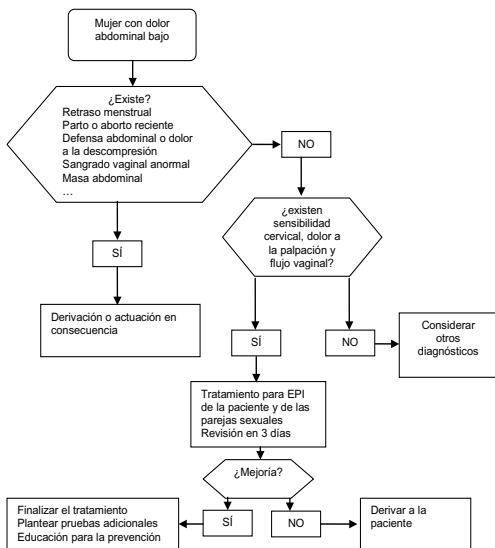
Y este abordaje sintomático, consiste en tratar a todas las mujeres que presentan un grado alto de sospecha de EPI, que para la OMS viene a ser: “La EPI es altamente probable cuando una mujer presenta dolor abdominal bajo, dolor uterino o anexial, evidencias de infección del tracto genital inferior y dolor en la movilización cervical. Puede también constatarse un agrandamiento o induración de una o ambas trompas de Falopio, una masa pélvica dolorosa y dolor abdominal en la palpación o en la descompresión. La paciente puede

presentar temperatura elevada pero en muchos casos es normal”. Además, la OMS recomienda que toda mujer con otros síntomas en el tracto genital deberá someterse a exámenes abdominales y bimanuales de rutina cuando sea posible ya que algunas mujeres con EPI no presentan dolor abdominal bajo.

La unidad de guías de cribado del Reino Unido (UK National Screening and Testing Guidelines) está de acuerdo en que un umbral diagnóstico bajo de EPI puede ser aceptable, por ejemplo: cualquier mujer sexualmente activa con dolor abdominal bajo, más sensibilidad anexial o dolor a la movilización cervical.

Dado que el principal diagnóstico a descartar es el embarazo ectópico, que es necesario explorar la sensibilidad a la palpación anexial o a la movilización cervical en el examen bimanual, en atención primaria la decisión de tratamiento se puede apoyar estudiando a la paciente con los recursos del programa de embarazo o derivándola a la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

ESQUEMA 7. TOMA DE DECISIONES ANTE UNA PACIENTE QUE CONSULTA POR DOLOR ABDOMINAL BAJO.



PRUEBAS DIAGNÓSTICAS HABITUALES

Antes de tratar es necesario valorar un posible embarazo, incluidas las pruebas de embarazo (orina y sangre si el test de orina es negativo o dudoso dentro de las tres primeras semanas tras el último coito sin protección) cuando resulta pertinente, hematometría y VSG o Proteína C reactiva (una velocidad de sedimentación globular o proteína C reactiva elevada también apoyan el diagnóstico).

La EPI suele ser de etiología polimicrobiana, aunque la *Chlamydia trachomatis* es el agente causal en más de la mitad de los casos, seguida de la *Neisseria gonorrhoeae*.

TABLA 15. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ANTE LA SOSPECHA DE EPI

Detección agente ITS	Lugar de muestra y técnica	Circunstancias
Chlamydia trachomatis	TAAN de secreción cervical o de orina	Todas
Neisseria gonorrhoeae	Cultivo y TAAN de secreción cervical o TAAN de orina Cérvix cultivo	Todas
Otras bacterias aeróbicas o anaeróbicas	Secreción vaginal alta y Secreción cervical: examen en fresco (leucocitosis y “clue cells”) y cultivo	Todas

TRATAMIENTO

Ceftriaxona, 500 mg en inyección intramuscular, o cefixima 400 mg por vía oral, en dosis única

Y

Doxiciclinab 100 mg por vía oral dos veces al día durante 14 días (no usar en caso de embarazo)

Y

Metronidazol 400 mg orales /12 horas h durante 14 días

SEGUIMIENTO

Las pacientes deben mostrar una mejoría clínica importante (ausencia de fiebre, disminución de dolor abdominal, y disminución en el dolor con la movilización uterina, anexial y cervical) dentro de los 3 días de iniciado el tratamiento.

Se debe considerar seriamente la hospitalización de las pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria aguda cuando:

- no puedan excluirse emergencias quirúrgicas como la apendicitis o el embarazo ectópico;
- se sospeche un absceso pélvico;
- el estado de gravedad descarte el tratamiento ambulatorio;
- la paciente esté embarazada;
- la paciente es una adolescente;
- la paciente no pueda seguir o tolerar un régimen ambulatorio; o
- la paciente no haya respondido al tratamiento ambulatorio.
- La prueba de VIH sea positiva

4.6 OTROS FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE ITS

SÍNTOMAS INESPECÍFICOS

Como se ha mencionado ya algunas ITS pueden originar síntomas muy poco específicos, muy poco llamativos o cursar asintomáticas.

También las infecciones por *Chlamydia trachomatis* se presentan de muchas formas diferentes y son particularmente poco sintomáticas.

TABLA 16. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ANTE OTROS SÍNTOMAS

Detección agente ITS	Ante síntomas
Chlamydia trachomatis	Mujeres con: sangrado postcoital o intermenstrual, dispareunia grave, disuria o frecuencia miccional con cultivo de orina negativo Mujeres y hombres con: proctitis, conjuntivitis/artritis reactivas

BALANITIS:

En los hombres las candidas originan eritema difuso con pequeñas placas rojas, vesículas o erosiones, localizadas en glande, prepucio y surco balanoprepucial. En ocasiones se acompaña de prurito o exudado externo blanquecino. Es más frecuente en hombres no circuncidados.

Tratamiento: antimicóticos tópicos.

SÍNDROMES ANO-RECTALES

Los síntomas anales como picor, dolor, incomodidad o irritación y la disfunción intestinal pueden estar causados por una ITS. Los microorganismos implicados con mayor frecuencia son herpes virus (1 o 2), *Chlamydia trachomatis* D-K, papilomavirus, *N. gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* L1-L3 (linfogranuloma venéreo) y microorganismos entéricos ingeridos.

En el caso de que se sospeche una infección entérica se deben tomar muestras de heces para el análisis microscópico y para cultivos. Las lesiones mucocutáneas en área anal pueden investigarse y tratarse de acuerdo al apartado 4.4 pero si se sospecha proctitis debe explorarse la mucosa rectal con un anoscopio o proctoscopio y tomar muestras de las lesiones para herpes, *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. Por ello la persona con sospecha de proctitis puede necesitar ser derivada a la especialidad de aparato digestivo.

ERUPCIONES DÉRMICAS GENITALES

Puede tratarse de vulvitis en asociación con vaginitis, generalmente por secreción vaginal abundante generalmente por candidas o *Trichomona vaginalis*. En estos casos las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas son las mismas que para las vaginitis.

Los brotes recurrentes de herpes pueden presentarse de forma atípica y asemejarse a una erupción genital no específica o a figuras.

Además el rascado puede originar erupciones en el caso de la presencia de piojos y añadir excoriaciones a los trayectos de la sarna.

En principio no debe ser difícil diferenciar estas erupciones con las numerosas lesiones dérmicas no relacionadas con infecciones de transmisión sexual que pueden presentarse en el área genital. Ante una placa eritematosa localizada y circunscrita en área genital debe

pensarse en un eritema fijo medicamentoso, que puede ser secundario incluso al tratamiento de la ITS, particularmente si se emplea doxiciclina.

ERUPCIONES DÉRMICAS GENERALIZADAS

Se debe tener en cuenta que pueden darse erupciones dérmicas generalizadas en algunas ITS, las más significativas son: la sífilis secundaria, en la infección primaria por VIH y en la infección gonocócica

5. ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CON UN DIAGNÓSTICO DE ITS

El manejo integral de casos de ITS, comprende la identificación y el tratamiento antimicrobiano del síndrome o la infección específica, la detección de otras ITS simultáneas, la educación del paciente, el consejo, la notificación y el control de las parejas sexuales, el seguimiento y la derivación oportuna. Los contenidos que no se han desarrollado en otras secciones son:

5.1 COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

El diagnóstico de ITS puede tener unas consecuencias leves para unas personas y devastadoras para otras. Es importante crear un clima de confianza basada en la empatía, la ausencia de enjuiciamiento, la comunicación fluida y la seguridad en la confidencialidad. Este clima será importante para recabar la información que permita anticipar las consecuencias del diagnóstico, para proporcionar una información ajustada a las causas y consecuencias de la infección que se padece y para facilitar la adherencia al tratamiento y la adopción de medidas preventivas, incluyendo el acceso a la valoración y tratamiento de las parejas sexuales, cuando es posible.

Cuando los resultados son positivos es importante presentar a las infecciones bacterianas como curables y a las víricas como manejables. En el primer caso cobrarán mayor importancia las medidas para evitar la reinfección, en el segundo, las medidas para evitar la transmisión.

5.2 TRATAMIENTO ETIOLÓGICO

El tratamiento etiológico se podrá indicar en el caso de que el diagnóstico se obtenga en un cribado, de que se haya decidido es-

perar a la prueba para iniciar el tratamiento o de que el resultado de la prueba aconseje modificar el tratamiento sindrómico indicado. Para estas situaciones el anexo iv contiene recomendaciones para el tratamiento de cada microorganismo.

5.3 DETECCIÓN DE OTRAS ITS SIMULTÁNEAS

Una vez que se tiene confirmación de que una persona padece una ITS es necesario revisar las pruebas que se han solicitado y ampliar estudios para las infecciones que se recomiendan para las personas con conductas de riesgo si no se pidieron.

5.4 CONSEJOS ADICIONALES

Además de evitar la transmisión es importante insistir en evitar la reinfección. Cuando existe un diagnóstico confirmado y las parejas sexuales aceptan someterse a estudio y tratamiento evitar la reinfección puede ser más sencillo. En el caso de un diagnóstico sólo sindrómico, la colaboración de las parejas puede ser más difícil de conseguir y sin embargo es imprescindible, tal es el caso de la EPI inespecífica, donde el estudio de las parejas sexuales masculinas puede contribuir al diagnóstico de la mujer afectada, en ellos se recomienda el estudio de: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*. Cuando las parejas sexuales no consienten en su estudio y tratamiento, la persona infectada debe extremar las precauciones. En este caso el uso de métodos de barrera debe recomendarse también para las relaciones con las parejas habituales. Conviene advertir que haber pasado una infección por *Treponema pallidum* o *Chlamydia trachomatis*, no protege frente a una nueva infección.

Las personas con una ITS diagnosticada deben de recibir consejo sobre el periodo en el que ellas y sus parejas deben evitar mantener relaciones sexuales. En general puede recomendarse que el periodo se prolongue hasta la finalización del tratamiento, incluyendo el de las parejas sexuales. En el caso de que se trate de *T. vaginalis* deben añadirse siete días más. Cuando el tratamiento sea unidosis lo conveniente es esperar siete días.

Cuando existe una elevada sospecha de que la/s pareja/s del caso no acudirán a un centro sanitario, y sólo en el caso de infección por clamidia o gonococo se les puede recomendar el mismo tratamiento que para el caso, más abstención de relaciones sexuales o utilización de métodos de barrera durante el tiempo que dure el mismo.

5.4 CONTROLES POSTRATAMIENTO EN RELACIÓN CON EL MICROORGANISMO CAUSAL

Cuando el seguimiento es posible, conviene realizar controles posttratamiento clínicos y en algunos casos con pruebas diagnósticas, para conocer la evolución, averiguar si se ha cumplido bien el régimen terapéutico establecido y si ha habido alguna situación de riesgo de reinfección. Si todo esto está bien, en muchas ITS no es necesario pedir ninguna prueba de control posttratamiento ni continuar con las revisiones. En cada síndrome se aconseja un seguimiento. Además se pueden añadir recomendaciones según el microorganismo:

TABLA 17. CONTROLES EN RELACIÓN CON LOS AGENTES CAUSALES

Agente ITS	Controles recomendados
Chlamydia trachomatis D-K	Control clínico a las 2-4 semanas. Comprobación con pruebas diagnósticas en: mujeres embarazadas, tratamiento incorrecto o riesgo de infección. Si se emplea una TAAN, hay que esperar un mínimo de 5-6 semanas después de haber terminado el tratamiento.
Chlamydia trachomatis L1,L2,L3	Control clínico a las 3-5 semanas, a ser posible se hará comprobación con pruebas diagnósticas
Treponema pallidum	La monitorización del descenso de los títulos de los tests no treponémicos se debe hacer: <ul style="list-style-type: none"> • los 1, 3, 6 y 12 meses en caso de sífilis precoz; • los 1, 3, 6, 9, 12 y 24 meses en caso de sífilis precoz e infección por el VIH (estos casos deben ser valorados por especialista en enfermedades infecciosas) • los 3, 6, 12 y 24 meses si se trata de una sífilis tardía; • a los 6, 12 y 24 meses en caso de neurosífilis (LCR) (estos casos deben ser valorados por especialista en enfermedades infecciosas) Es muy importante que esta monitorización se haga en paralelo, con la misma técnica y en el mismo laboratorio
Trichomonas vaginalis	Control clínico y microbiológico sólo en el caso de que los síntomas persistan tras la finalización del tratamiento

Neisseria gonorrhoeae	Control clínico. Pruebas diagnósticas cuando persisten síntomas y siempre en caso de infección faríngea. Tras la finalización del tratamiento se deben esperar 72 horas para el cultivo y 2 semanas para las TAAN
-----------------------	---

En los casos que haya una adherencia fiable al tratamiento o se haya administrado un tratamiento directamente observado (TDO), ceda la sintomatología y no hay riesgo de reinfección, el control post-tratamiento puede ser innecesario. Por su naturaleza las infecciones virales no pueden considerarse para el control post-tratamiento de la erradicación.

¿Cuándo se ha de considerar el control post-tratamiento?

- Cuando el paciente permanece sintomático
- Si no ha recibido tratamiento adecuado
- Si se aísla un patógeno resistente en el cultivo
- Si existe posibilidad de reinfección
- Otras circunstancias: tratamiento de embarazadas o en localizaciones anatómicas más difíciles de erradicar (farínge)

En estos casos, como norma general, habría que revisar al paciente a las 2-4 semanas post-tratamiento.

6. ATENCIÓN A LAS PAREJAS SEXUALES DE PERSONAS CON UNA ITS.

Ante una persona recién diagnosticada de una ITS o que nos refiere una conducta habitual de riesgo hay que procurar conocer hasta qué punto su pareja o sus contactos sexuales están protegidos del riesgo o pueden haber recibido un contagio.

Según la guía de la OMS, en general, se deberá tratar a las parejas por la misma ITS del paciente índice, independientemente de si presentan síntomas o signos de infección. Sin embargo, no todas las ITS son de transmisión sexual, por lo que se debe tomar la precaución de no etiquetar de padecer una ITS si el diagnóstico no es claro. Las mujeres con flujo vaginal, por ejemplo, suelen padecer una infección vaginal endógena no relacionada con ninguna ITS. Todo intento por notificar y tratar a su pareja sexual sería innecesario (las parejas no necesitan tratamiento) y potencialmente perjudicial para la relación. Los prestadores de salud por lo tanto deben garantizar cabalmente

la presencia de una ITS antes de notificar y tratar a las parejas, y deberán reconocer que pueden existir otras explicaciones para la mayoría de los síntomas de una ITR.

La actuación sobre las parejas sexuales de la persona sobre la que intervenimos puede hacerse directamente, en caso de que sea posible que acudan a la consulta o indirectamente, a través de la persona. En caso de que una pareja acuda a consulta se inicia con ella la valoración de riesgos, se solicitan pruebas diagnósticas y se dispone la atención que se considere conveniente, sabiendo que, en principio, tiene indicadas las mismas pruebas diagnósticas y el mismo tratamiento que el caso índice.

El plazo temporal en el que deben evaluarse y tratarse las parejas sexuales difiere según cada microorganismo pero un plazo de 3 meses puede darse por bueno en general. En el caso del herpes genital la atención debe centrarse exclusivamente en las parejas actuales y en las posteriores. En el caso de la infección por HPV el periodo de incubación es muy difícil de determinar.

7. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA RELEVANTE

I. Pruebas diagnósticas: aclaraciones y recomendaciones para tomar las muestras de las pruebas diagnósticas seleccionadas.

Serología de sífilis ó lúes.

Lo más correcto es hablar de pruebas treponémicas (p.ej. Enzimo inmuno análisis (EIA), Hemaglutinación de treponema pallidum (TPHA) ó Anticuerpos treponema fluorescentes (FTA) y pruebas no treponémicas (p.ej. Reagina Plasmatica Rápida (RPR) ó Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)). Aunque a menudo la solicitud de las pruebas de laboratorio se lleva a cabo bajo la denominación general de “serología luética”, conviene saber qué procedimientos se siguen en el laboratorio. Para hacer un cribado de sífilis o lúes, tal como el que se hace a las mujeres embarazadas, debe emplearse una prueba treponémica (ya están prácticamente automatizadas en todos los laboratorios). Si es positiva habría que confirmarlo con otra prueba treponémica (que utilice otro antígeno diferente) y además realizar una prueba no treponémica (confirma o descarta una sífilis activa oculta). Importante: En el caso de las úlceras genitales hay

que solicitar conjuntamente ambas pruebas y no de forma seriada que es lo que habitualmente se hace cuando se solicita “serología de sífilis ó lúes”.

Sobre las pruebas de sífilis, conviene saber:

Pruebas inespecíficas o no treponémica: VDRL y RPR. Se hacen positivas a las 4-12 semanas del contagio. Su cuantificación permite controlar la eficacia del tratamiento. Tienen que ser confirmadas por las pruebas treponémicas.

Pruebas treponémica o específica: TPHA y FTA. La reacción FTA puede realizarse con conjugados monoespecíficos de IgG e IgM. Los IgG existen en todos los sueros positivos (permaneciendo positivo de por vida, como recuerdo inmunológico) y los IgM al principio de la infección y generalmente desaparecen con el transcurso del tiempo, alrededor del año, o con el tratamiento.

Las pruebas no treponémicas pueden dar falsos positivos en enfermedades del colágeno, lepra, embarazo, adictos a heroína y algunas drogas antihipertensivas. Es necesario confirmarlas siempre con las pruebas específicas, que en estos casos serán negativas.

Recomendaciones para la recogida y transporte de muestras.

Las muestras de ITS mal recogidas, como es el caso de muestras poco representativas o con pocas células, obtenidas de lesiones cronicadas, después de iniciado el tratamiento antimicrobiano, en contacto con desinfectantes, de volumen escaso, en recipientes no adecuados o enviadas con demora o almacenadas a una temperatura inadecuada, solo conducen a errores diagnósticos. Si no se puede realizar una inoculación *in situ*, las muestras se deben recoger siempre utilizando medios de transporte.

Muestras de uretra: Para obtener un mejor rendimiento, el paciente no debe haber orinado en al menos 2 horas previas a la realización de la toma de la muestra, preferible desde la noche anterior. Se deben usar torundas finas con varilla de alambre, de alginato cálcico o dacrón y con medio de transporte tipo Stuart-Amies.

Muestras vaginales: Se precisa un espéculo que se introducirá sin la utilización de lubricante. Utilizando una torunda de alginato cálcico o dacrón, recoger exudado de la zona donde este sea más abundante, o en su caso, del fondo de saco vaginal posterior.

Muestras cérvix: limpiar previamente, secreciones de vagina y con torunda introducir en orificio cervical

De especial importancia es el envío inmediato de las muestras al laboratorio en su medio de transporte ante la sospecha de infección por *N. gonorrhoeae*. Idealmente la muestra para cultivo debe procesarse antes de 3 horas desde su recogida, y como máximo antes de 6-12 horas. La temperatura de transporte y almacenamiento debe ser de 35-37 °C o en su defecto a temperatura ambiente, por lo que no es en general aconsejable conservarlo en frigorífico que suele estar entre 4 y 8 grados.

Por estas razones, algunos centros de salud tienen organizado el sistema con su laboratorio de microbiología de referencia de forma que les remiten a las personas para que sea más seguro que se realice una adecuada toma y procesado de muestras.

Las muestras deben recibirse en el laboratorio de microbiología, debidamente etiquetadas, de lo contrario deberán rechazarse.

II. Situaciones a tener en cuenta en la solicitud de pruebas y en la lectura de resultados.

Periodo ventana

El intervalo de tiempo mínimo entre la exposición a una infección de transmisión sexual y su detección positiva variará dependiendo de varios factores, entre ellos: el organismo, el tamaño del inóculo y el tipo de prueba utilizado. La base de evidencia para hacer recomendaciones específicas sobre cuánto tiempo debe esperarse antes de obtener las pruebas para las diferentes enfermedades de transmisión sexual es limitada. En general, para las pruebas serológicas (por ejemplo, VIH, hepatitis), se requiere un intervalo variable según el agente y el tipo de prueba, de hasta 3-6 meses que refleje el momento de la exposición potencial a la infección. El periodo ventana típico de la sífilis es de 6 semanas, por ello en el caso de una úlcera sifilítica se recomienda la FTA, que es la prueba que antes se positiviza o ELISA para lúes (IgM). Para las ITS bacterianas, se recomienda esperar de 3 a 7 días antes de la prueba.

Uso reciente de antibióticos

Los pacientes que ya toman antibióticos a los que el organismo sospechoso es probable que sea sensible, deben diferir la realización de la prueba.

En general, los exámenes deben plantearse a los 3-7 días después de completar el curso de antibióticos.

III. Pruebas diagnósticas: Repetición de pruebas

Pruebas de confirmación o pruebas adicionales para el diagnóstico definitivo

Sífilis

Cualquier prueba de detección o cribado de sífilis positiva se debe confirmar con otra prueba treponémica que utilice un antígeno diferente y además realizar una prueba no treponémica para descartar una sífilis activa oculta.

Para confirmar una prueba de EIA positiva se recomienda emplear una prueba cuantitativa TPPA / TPHA.

VIH

Nunca se debe dar un diagnóstico de positivo de VIH, sin confirmarlo con la técnica Western- Blot, que además se suele recomendar repetir con nueva muestra de sangre para comprobar resultados.

Repetición de pruebas para valorar la evolución:

ver el apartado 5.5

Repetición de las pruebas por persistencia de riesgos

El intervalo recomendado entre las determinaciones en pacientes asintomáticos dependerá de la historia sexual, incluyendo: la frecuencia del contacto sexual, el número y la concurrencia de parejas sexuales, el uso de métodos de barrera, la existencia de infecciones de transmisión sexual anteriores y la prevalencia de la infección específica en la comunidad.

Para las *C. trachomatis* se aconseja repetir las pruebas cada 12 meses aún sin síntomas si las situaciones de riesgo se mantienen o vuelven a ocurrir. En otros casos el periodo no está bien definido. La OMS propone realizar un cribado cada 6 meses a las mujeres prostituidas(1). Esta puede ser la recomendación para la persona con riesgos elevados y continuados y cuando se toma la revisión como una oportunidad para motivar el cambio de conductas y habilidades. A las personas con conductas de riesgo persistentes no continuados podría bastar con realizar pruebas cada 12 meses.

Entre las personas que consultan reiteradamente por conductas de riesgo, que quieren y pueden evitar, habrá quienes necesiten un

apoyo especial para analizar los factores que anclan la conducta y encontrar conductas alternativas. Un ejemplo puede ser el empoderamiento de algunas mujeres para el uso del condón (por ejemplo jóvenes o dependientes de una pareja).

IV. Tratamiento etiológico de ITS.

TABLA 18. TRATAMIENTO ETIOLÓGICO DE ITS

Agente ITS	Tratamiento recomendado
Herpes	<p>Primoinfección: aciclovir oral 400mg /8 horas 7 días (alargar la duración del tratamiento si persisten las lesiones o aparecen nuevas) o valaciclovir oral 1000 mg /12 horas 7 días o famciclovir oral 250mg/8 horas 7 días</p> <p>Recurrencias aciclovir oral 400mg /12 horas 5 días o valaciclovir oral 500 mg /12 horas 3-5 días o famciclovir oral 125 mg / 8 horas 5 días oral</p> <p>Tratamiento supresor (6 o más episodios al año) aciclovir oral 400mg / 12 - 24 horas o valaciclovir oral 500 mg / 24 horas o famciclovir oral 250mg 12 horas</p>
Candidiasis	<p>Vulvovaginitis y balanitis: fluconazol 150mg en una dosis única (no dar en caso de embarazo) y/o preparado tópico vaginal (aplicación de gel vaginal 5 noches) crema tópica anticandidiásica</p>
Chlamydia trachomatis L1-L3	<p>Doxiciclina 100 mg/12 horas vía oral durante 21 días O bien (alergias a tetraciclinas)</p> <p>Eritromicina 500 mg /6 horas vía oral 21 días (No dar estolato de eritromicina) O bien Azitromicina 1 gr vía oral semanal, 2 - 3 semanas</p>
Chancroide (Hemophilus Ducreyii)	<p>Ceftriaxone 500mg intramuscular en dosis única</p>

Agente ITS	Tratamiento recomendado
Donovanosis (Klebsiella)	Azitromicina 1 gr vía oral en dosis única
Neisseria gonorrhoeae	Ceftriaxona 500 mg vía I.M. en dosis única válida en el embarazo) O bien Cefixima 400 mg vía oral en dosis única
Sífilis primaria, secundaria y latente precoz (menos de 1 año de evolución)	Penicilina benzatina 2,4 millones de U.I. vía I.M. en dosis única O bien Doxiciclina 100 mg/12 horas o 200 mg/24 horas vía oral durante 14 días en alérgicos a penicilina (contraindicada en embarazo) En embarazo o lactancia: Penicilina benzatina 2,4 millones de U.I. vía I.M. en dosis única. ERITROMICINA 500 mg./6 horas en alérgicas a penicilina
Sífilis Tardía (más de 1 año de evolución)	Penicilina benzatina 2,4 millones de U.I. vía I.M. / semanal 3 semanas Doxiciclina 100 mg/12 horas o 200 mg/24 horas vía oral durante 21 días en alérgicos a penicilina (contraindicada en embarazo)
Trichomonas vaginalis	Tinidazol 2 gr vía oral en dosis única (no se recomienda en el primer trimestre del embarazo) O bien Metronidazol 500 mg /12 horas por vía oral 5 – 7 días
Vaginosis Bacteriana	Metronidazol 250 mg./8 horas/ 7 días o metronidazol gel vaginal 5 días
Pthirus pubis (ladilla)	Permetrina loción al 1,5% en todas las áreas pilosas afectadas
Sarcoptes scabiei (sarna)	Permetrina, crema al 5% aplicada al cuerpo completo salvo la cabeza en el momento de acostarse. Lavado a la mañana siguiente

V. Derivaciones

Cuando se presentan dudas en los procesos diagnósticos o terapéuticos o limitaciones para llevarlos a cabo, en la Atención Primaria de Salud lo procedente es derivar a la persona a la que se atiende a las especialidades de los siguientes niveles de atención. En el caso de las ITS las especialidades implicadas pueden ser muy diversas: dermatología, enfermedades infecciosas, ginecología y obstetricia, urología, digestivo y otras. En tanto se establecen formalmente las fórmulas idóneas de derivación para el Sistema Sanitario Público de Andalucía, en cada circunstancia, la localización de los síntomas, el nivel de sospecha, la gravedad del caso y los acuerdos interniveles o protocolos existentes aconsejarán la derivación hacia una u otra especialidad. Cuando en el área existe un centro dedicado al estudio y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, la derivación al mismo puede resolver la situación.

Provisionalmente, pueden servir de orientación las respuestas de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas y de la Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia a una consulta sobre las derivaciones que consideran apropiadas.

La Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI) asume que el manejo clínico y asistencial de las ITS corresponde a las Unidades de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas. En términos de la práctica clínica, sería correcto derivar a estas unidades a todas las personas con una ITS confirmada, en las que su médico de familia requiere apoyo en el manejo clínico y a todas las personas en las que su médico de familia encuentra alta sospecha de ITS, cuando el apoyo es necesario para confirmar el diagnóstico. En el caso de las personas en las que únicamente se aprecian síntomas compatibles con ITS, la derivación se considera admisible cuando se presentan con criterios de infección complicada. También en todos los casos en pacientes coinfectados por el VIH. Los casos de enfermedad pélvica inflamatoria serían derivados por la especialidad de Ginecología y Obstetricia, en caso de infección complicada. En las nuevas detecciones de hepatitis C aisladas la derivación apropiada sería la dirigida a la especialidad de Aparato Digestivo.

Adicionalmente, la SAEI propone una coordinación directa con Ginecología y Cirugía Digestiva ano-rectal para la detección del virus del papiloma humano en mujeres y HSH, en consultas realizadas en

los Hospitales de día de Enfermedades Infecciosas. En ausencia de estas consultas, para esta sociedad científica, los casos de asistencia ginecológica o ano-rectales deben ser asistidos en Ginecología y Cirugía Digestiva ano-rectal, respectivamente.

La Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia (SAGO) considera correctas las derivaciones a especialistas de ese área de las mujeres con sospecha de ITS en casos de síntomas de enfermedad pélvica inflamatoria o de lesiones elevadas ano-genitales (verrugas, molusco contagioso) y de las mujeres con diagnóstico confirmado de ITS en los casos de enfermedad pélvica inflamatoria, úlceras ano-genitales, lesiones elevadas ano-genitales (verrugas, molusco contagioso) y adenopatías o bultos en región inguinal.

La SAGO, también considera que la derivación puede ser apropiada en otras situaciones, como la mera existencia de síntomas, cuando hay un protocolo de actuación-derivación entre Atención Primaria y Hospitalaria. En los casos de secreción uretral purulenta cuando existe posibilidad de realizar cultivo de secreciones uretrales puede hacerse un primer abordaje en Atención Primaria y si existen dudas o imposibilidad de toma de cultivos, debe remitirse a la especialidad. Cuando la consulta es por leucorrea, en Atención Primaria debe hacerse la primera evaluación y en dependencia de los hallazgos se instaurará tratamiento (por ejemplo, si se trata de leucorrea sugestiva de infección micótica) o se derivará a atención especializada. Cuando en la consulta por leucorrea hay sospecha de ITS sería adecuada la derivación a la especialidad si no se tiene un protocolo de derivación consensuado.

IV. BUENAS PRÁCTICAS EN ITS: ASPECTOS RELACIONALES Y CONSEJO SANITARIO

IV.I. CONCEPTOS BÁSICOS

Para entender la susceptibilidad de las personas y de los grupos de la población ante una ITS se han de tener en cuenta los siguientes conceptos:

VULNERABILIDAD

La probabilidad de exposición a una ITS puede verse afectada por diversos factores tanto individuales como del grupo o sociedad de pertenencia. La idea de vulnerabilidad hace referencia a todos esos factores que contribuyen a generar situaciones, circunstancias, procesos en los que la facilidad con la que la infección se transmite puede verse aumentada o disminuida.

- **Factores sociales de vulnerabilidad**
La probabilidad de exposición a la infección por ITS está condicionada por factores que están en el medio exterior y fuera del control de una persona o de un grupo social en particular. Estos factores pueden tener, a simple vista, poco que ver con el concepto biomédico más clásico de enfermedad. Factores como las desigualdades económicas, desigualdades de género, valores culturales, movimientos de población o políticas de gobierno formarían parte del amplio espectro que compone la vulnerabilidad social.
- **Factores individuales de vulnerabilidad**
Se refiere a la situación específica que una persona tiene en un contexto cultural y social determinado y que condiciona su probabilidad de exposición a ITS. Se construye mediante la interacción de factores socioeconómicos, culturales, como pueden ser el nivel de educación, los ingresos económicos, el poder dentro del grupo de pertenencia, etc.

RIESGO INDIVIDUAL

Se considera riesgo individual a la probabilidad de exposición a una ITS que tiene una persona en relación a sus comportamientos,

los cuales a su vez están modelados por los conocimientos y las actitudes. Por ejemplo, comportamientos como relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas se consideran asociados a un mayor riesgo individual.

El riesgo individual debería entenderse también como resultado del efecto de los determinantes individuales y sociales de vulnerabilidad.

CONOCIMIENTOS

Son el conjunto de conocimientos y creencias acerca de las vías de transmisión de las distintas ITS y la probabilidad de transmisión de cada una de ellas, los mecanismos o dispositivos de prevención disponibles, la recursos asistenciales existentes, dónde poder ser atendido o diagnosticado, el pronóstico y los tratamientos de las ITS.

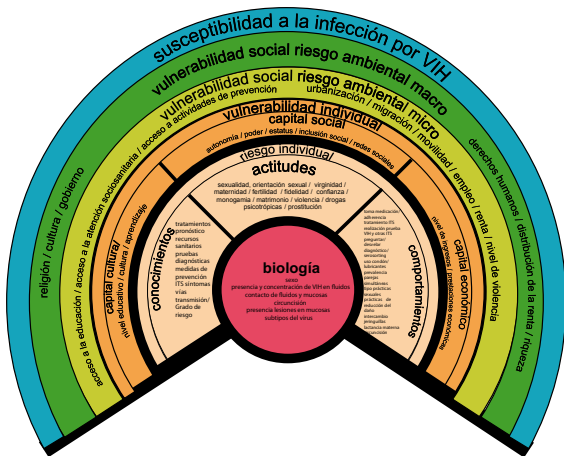
ACTITUDES

Junto a los conocimientos, las actitudes son otro de los elementos que condicionan el comportamiento de hombres y mujeres. Están relacionadas, entre otros, con los siguientes aspectos: los sentimientos, las actitudes acerca de los infectados, prejuicios incluidos, los puntos de vista sobre la culpabilidad de distintos grupos sociales en relación a la infección, la sexualidad, la situación de poder en las relaciones sexuales, el valor de virginidad, la maternidad o la fertilidad, de la monogamia, la fidelidad, el matrimonio y la familia

COMPETENCIAS

Podrían definirse como el conjunto de actitudes, prácticas, conductas y habilidades que están relacionadas con el riesgo de infección y con la reducción de dicho riesgo. Comprende, entre otras, las prácticas sexuales, las habilidades para emplear medios de prevención y negociar su uso, las conductas para seleccionar a las parejas sexuales o la toma de medicación adecuada. El gráfico 1 resume los factores relacionados con la susceptibilidad a la infección por ITS.

GRÁFICO 1. SUSCEPTIBILIDAD A LA INFECCIÓN POR ITS



Para promover las competencias entre jóvenes se llevan a cabo iniciativas de educación afectivo-sexual como son “Forma Joven”⁹ o “La Hora Joven” que se desarrollan ya en buena parte de los centros de salud de Andalucía. También se dispone de diversos teléfonos de consulta.

Información sexual para jóvenes: 901 406 969 desde teléfonos fijos y en el 955 035 052 /053 desde móviles. De lunes a jueves de 11 a 14 y de 17 a 20 horas y de viernes a domingos de 17 a 23, incluidos los días festivos.

Teléfono de Información Sexual y Reproductiva (Consejería Salud): 900 850 100. De 00.00 a 24.00 horas, de lunes a domingo.

Información del SIDA (Consejería Salud): 900 850 100 / 900 600 100. De 10 a 14 horas, de lunes a viernes.

9 <http://www.formajoven.org/>

IV.II. CONSEJO ASISTIDO O COUNSELLING

Según las “Orientaciones sobre pruebas del VIH y consejo practicados en los centros de salud a instancias del profesional” de OMS/ONUSIDA(10), el counselling es el “Diálogo confidencial entre el cliente y la persona encargada de su asistencia, cuyo objeto es capacitar a aquél para hacer frente a las tensiones relacionadas con VIH/Sida y para adoptar una decisión personal al respecto”.

Esta técnica se basa en una relación continuada, permanente y empática entre el paciente y la persona que aconseja, preguntando, escuchando, respetando y sin imponer ni juzgar. Se ha mostrado eficaz en la evaluación del riesgo personal de transmisión del VIH, así como las indicaciones para facilitar el comportamiento preventivo.

En el Consejo asistido o counselling, la relación interpersonal entre profesional y paciente es entendida como un proceso de comunicación bidireccional para facilitar la toma de decisiones del paciente en el cuidado de su salud y la adhesión terapéutica.

En la actualidad, son cada vez más las personas que al recibir atención sanitaria tienen expectativas de ser participantes activos en el proceso de toma de decisiones y esperan no sólo la competencia profesional del sanitario sino también cordialidad, comprensión y honestidad. Estas expectativas pueden suponer un estrés añadido para el personal sanitario.

A fin de reducir dicho estrés y de facilitar el proceso de la comunicación, viene bien considerar dos aspectos fundamentales a la hora de introducir cambios en la práctica: uno, de naturaleza actitudinal -donde en la actuación profesional se considera a la persona enferma como colaboradora y aliada cuyas aportaciones y sugerencias son valoradas y apreciadas-, y el otro aspecto, relacionado con las capacidades, que implica la necesidad de entrenamiento en habilidades de comunicación específicas. Cambios que deben ir consiguiendo los objetivos de:

- Optimizar las relaciones interpersonales del tal forma que el profesional de la salud se convierta en una persona significativa y de confianza para el paciente.
- Identificar las principales preocupaciones de las personas que son atendidas, sus creencias y expectativas.
- Informar, motivar y facilitar cambios en los comportamientos de riesgo de la población.

- Potenciar el autocontrol de cada persona sobre su salud, describiendo pautas y normas de actuación claras.
- Amortiguar el estrés y el impacto emocional de las informaciones sanitarias y de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos
- Acompañar y alentar al paciente y a sus allegados a lo largo del proceso de la enfermedad.
- Plantear y describir estrategias de solución de problemas

Hay evidencia científica de la efectividad del consejo asistido. Según la Guía Práctica sobre infección por el VIH de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas(11): *“Los CDC desde 1993 recomiendan un modelo de counselling interactivo, con un sistema centrado en el paciente con sesiones personalizadas dadas por una persona entrenada. El método centrado en el paciente son sesiones dadas a un paciente con circunstancias de riesgo o necesidades de prevención”*. También según esta Guía: *“Todos los pacientes a los que se solicite el test diagnóstico de VIH deben recibir la siguiente información:*

Información acerca de los beneficios y consecuencias de la prueba:

- Riesgos de transmisión y cómo prevenirlos
- Importancia de obtener el resultado del test y cómo hacerlo
- Significado de los resultados en lenguaje entendible
- Dónde obtener información y counselling posteriormente
- Dónde obtener otros servicios

En algunas circunstancias también se puede ofrecer:

- Descripción y demostración de cómo utilizar correctamente el preservativo
- Información de opciones de sexo seguro
- Información de otras ITS
- Efectividad de los programas de reducción de riesgos como son el uso de material estéril de inyección
- Información de tratamiento de drogodependencias

Para más eficiencia puede ir acompañado de información escrita o medios audiovisuales. La información debe tener en cuenta la cultura, idioma, sexo, edad, orientación sexual y nivel cultural del in-

formado. Se pueden realizar algunas intervenciones grupales acerca del uso del preservativo o de los programas de reducción de riesgos.

La técnica del consejo asistido debe seguir una metodología precisa basada en la Terapia Centrada en el cliente de Carl Rogers que requiere de un entrenamiento sencillo pero que se escapa al objeto de este manual.

IV.III.-DETECCIÓN PRECOZ

Los programas de diagnóstico precoz de las ITS son fundamentales para quienes enferman y para la salud pública, pues las personas enfermas, sean o no sintomáticos, pueden contagiar a otras y, en ocasiones, el estigma que las ITS llevan aparejado hace que no busquen la asistencia adecuada. Además, muchas personas con conductas de riesgo no tienen una clara percepción del mismo.

Un ejemplo claro de la efectividad que puede tener la detección precoz son los programas prenatales de prevención de ITS, incluyendo el VIH. Además de permitir el diagnóstico precoz de las embarazadas infectadas, estos programas son una medida de prevención primaria de primer orden al reducir la transmisión vertical de las ITS. La prevención de la transmisión de las ITS de la madre infectada al hijo se basa en el cribado protocolizado en todas las mujeres embarazadas para el VIH, marcadores del virus de la hepatitis B y sífilis. Además, si existe sospecha de riesgo se descartará la infección por virus de la hepatitis C, clamidias y por gonococo.

Existen múltiples barreras para la detección precoz de las ITS, unas relacionadas con barreras de acceso al sistema sanitario público y otras más cercanas a la deficiencia de recursos disponibles y carencias formativas. En el siguiente diagrama se representan las barreras más frecuentes desde las perspectivas de las personas como pacientes y profesionales.

La atención a la persona que consulta se puede realizar a demanda (por existencia de síntomas y/o signos), por ser contacto de un caso de ITS o en individuos asintomáticos cuando en el contexto de la anamnesis se sospeche un contacto de riesgo. En esta última situación la sospecha clínica es el primer paso para la detección precoz. Es fundamental que el personal sanitario tenga presente la posibilidad de que una persona que consulta por un problema relacionado con su sexualidad pueda tener una ITS. Es necesario en este sentido, que los profesionales dispongan de habilidades de comunicación y tiempo suficiente para llevar a cabo la entrevista clínica que ayuden al diagnóstico. Para facilitar el desarrollo de la anamnesis es un requisito fundamental, que se dé un clima de confianza desde la accesibilidad y la confidencialidad.

De forma orientativa, presentamos un guión básico para el promover el diagnóstico de ITS de las personas que acuden al sistema sanitario público y acceden a realizarse pruebas diagnósticas:

1. A la llegada de la persona:

- Reforzar al paciente en la decisión de hacerse las pruebas si lo está considerando ya que ello refleja el deseo de conocer su estado de salud, de evitar contraer una infección o de transmitirla.
- Aclarar la confidencialidad del servicio
- Confirmar sospechas razonables sobre el motivo por el que ha decidido realizarse la prueba ya que puede ocurrir:
 - que existan prácticas reales de riesgo
 - que tenga obsesión por tener una enfermedad. En este caso, habrá que informar al paciente de que sus sospechas de estar infectado son infundadas. Si el paciente persiste en su obsesión por hacerse la prueba, valorar la derivación a 2ª línea (Servicios de Salud Mental) y/o a otros recursos (Trabajo social, ONGs, ...)
- Verificar los conocimientos que posee el paciente sobre el tema. Analizar:
 - Si presenta Ideas erróneas
 - Qué significaría para él/ella un resultado

positivo o negativo y qué implicaciones conlleva

- Qué sabe sobre los medios de transmisión y conductas de riesgo
- Informar acerca de medidas preventivas
- Reflexionar acerca de los modos de transmisión
- Explicar el «sexo seguro» o «protegido» (Usar condones de látex más espermicidas hidrosolubles, potenciar las caricias sexuales y masturbación, evitar el coito anal...)
- Reducir el riesgo de infección a otros y de reinfección.
- Explorar las resistencias para cambiar las conductas de riesgo (ej: uso del preservativo)

2. Al solicitar pruebas complementarias:

- Solicitar verbalmente el consentimiento informado¹⁰
- Informar acerca del tipo y significado de la pruebas a realizar, así como del tiempo de espera de los resultados. Ejemplo en VIH:
 - “Entre las pruebas que le vamos a solicitar, sería oportuno realizar un test de VHI” «Ha de saber que un resultado positivo significa la existencia de anticuerpos anti-VIH, es decir, la presencia del virus, pero no dice si alguien padece o desarrollará el SIDA»
 - Aunque la prueba sea negativa, deberá cambiarse la conducta de riesgo para que siga siendo negativa y, si es positiva, para proteger a los demás o para no reinfectarse.
 - Un resultado negativo no excluye la infección. Habrá que repetir la prueba y explicar que existe un período de tiempo llamado ‘periodo ventana’ en el cual se puede estar infectado pero no detectarse en la prueba.

¹⁰ La Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en su artículo 8.2 dice: El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

- ba.
 - El «sexo seguro» o «protegido» debe ser el modo de vida tanto del seropositivo como del seronegativo.
- Explicar qué puede ocurrir durante el tiempo de espera de los resultados:
 - Avisar que es frecuente la aparición de estados de ansiedad provocados por la duda sobre los resultados.
 - Explicar que los estados de ansiedad pueden provocar alteraciones del organismo (cefaleas, insomnio, diarreas, sudoración, agitación, pérdida de peso,..) y que todo ello no son síntomas de enfermedad sino trastornos psicossomáticos provocados por la propia ansiedad de la espera.
- Indagar si existen o no personas cercanas al paciente (familia, amigos, pareja,...) que supongan una fuente de apoyo durante la evolución del proceso.
- Comprobar que el paciente ha comprendido los mensajes clave que le hemos transmitido, preguntándole abiertamente al respecto.
- Aclarar que la información de los resultados no se realizará por teléfono ni a otras personas ajenas si no es con su propia autorización.

3. Comunicación de resultados:

3.1. En caso de resultado negativo:

- Motivar a las personas que han dado negativo para que mantengan una conducta preventiva y segura.
- Establecer controles médicos, si se estima oportuno, para reforzar el mantenimiento de las conductas saludables.

3.2. En caso de resultado positivo:

- Respetar una posible reacción de bloqueo.
- No dar consejos, si la persona no los solicita.

- No moralizar
- No utilizar palabras tranquilizadoras injustificadas, sino en base a los miedos expresados por la persona afectada, si es pertinente.
- Avisar que, en unos días, puede aparecer un shock emocional intenso y describir en qué consiste (llanto, autoexploraciones, insomnio, miedos, sentimientos de culpa,...) y que ello son reacciones normales debidas al resultado positivo.
- Estar presente durante toda la entrevista, lo que supone no atender llamadas telefónicas, interrupciones, etc....
- Añadir alternativas que aumenten su sensación de auto-control y disminuyan su indefensión («No obstante, hay muchas cosas que se pueden hacer...”).
- Darle tiempo al paciente, lo que también nos permite controlar: sus reacciones verbales y no verbales.
- Utilizar el contacto físico.
- Empatizar («Lo lamento. Comprendo cómo te debes sentir”).
- Dar mensajes cortos y repetir sobre alternativas de actuación («En estos momentos estás angustiado, lo entiendo, pero vamos a ver qué se puede hacer en tu situación,...”).
- Evitar dar mucha información. Es más útil y ético preguntarle que quiere saber y que dudas quiere que le aclaremos.
- No ser paternalistas. Evitar la «palmoterapia» («Cálmate , vamos a hablar. Tranquilízate...»).
- Aguantar los silencios o los llantos del paciente. No llenarlos con información o consejos.
- Dar información sobre aspectos reales de su estado de salud: Si es asintomático, para que se tranquilice. Si hay alteración orgánica grave: «En este caso hay una serie de alteraciones. Vamos a ver qué podemos hacer con ellas y cómo se pueden tratar».
- Describirle los siguientes pasos a seguir para profundizar en su estudio y tratamiento y propiciarle una sensación de seguridad de que va a estar atendido por la unidad de infecciosos que tiene un alto nivel de calidad humana y científica.

- Repetir explicaciones sobre la seguridad en el sexo, transmisión del VIH, mantenimiento de la salud, y cofactores que pueden acelerar el proceso (otras enfermedades, tensiones, embarazo,...)
- Recaltar que son totalmente capaces de mantener una vida productiva y social normales mientras no aparezcan síntomas de enfermedad.
- Explicarle que debe proteger a su cónyuge o pareja y que es necesario que su pareja se realice también la prueba.
- Ofrecerle asesoramiento de cómo comunicárselo a su familia, pareja o amigos. Es recomendable elegir, en primer lugar, a una persona, de su total confianza y pactar con ella a quien que le va a comunicar. No tiene obligación de hacerlo público pero sí de proteger a sus seres mas cercanos.
- Después de esta información:
 - Preguntarle cómo se siente y qué le preocupa
 - Abordar sus preocupaciones
 - No presuponer lo que al paciente le angustia
 - No intentar dar soluciones inmediatas
 - Asegurarle que estaremos disponibles si necesita volver a aclarar dudas.
- Si no conseguimos reducir el shock emocional, entonces será necesario:
 - a.- Derivar a Salud Mental: a profesionales de la Psicología o de la Psiquiatría, dependiendo de los recursos disponibles («Si su angustia, que es lógica en estos momentos, no sabe cómo mejorarla no se preocupe porque, si quiere, podemos consultarlo con el psicólogo o psiquiatra...»)
 - b.- Contactar con entidades, Organizaciones no Gubernamentales y/o asociaciones de ayuda mutua expertas en la materia, donde van a encontrar a otras personas en su misma situación que pueden aportarles información y experiencia para la convivencia . (Ejemplo : Comité Antisida en caso de VIH)

IV.IV TRANSMISIÓN Y REINFECCIONES

El cribado de ITS se ha de basar en la historia sexual de cada paciente (orientación sexual, prácticas sexuales de riesgo). A partir de ella se puede orientar hacia la necesidad de hacer revisiones periódicas.

El abordaje correcto de las ITS implica el tratamiento simultáneo del caso y de su pareja para evitar tanto la transmisión a la pareja susceptible como las reinfecciones de la persona infectada. La investigación de contactos incluye informar a los contactos sexuales del caso índice de su exposición, diagnosticar y tratar si es necesario y aconsejar sobre la prevención de infecciones futuras. Sin embargo, no resulta una actividad fácil, por razones de índole práctica o a causa de las connotaciones éticas y emocionales que la rodean.

Entre las alternativas que se aplican para alcanzar este objetivo están:

- El paciente es el encargado de informar a sus contactos. Otras veces puede ser el personal sanitario quien contacte y cite a los contactos.
- No existe acuerdo sobre cuál es la estrategia a emplear en la investigación de contactos. Según una revisión sistemática realizada en 2001, la búsqueda realizada por un profesional sanitario se ha mostrado más efectiva que la llevada a cabo por el paciente en algunas ITS como la gonococia o sífilis, aunque otros autores destacan que este tipo de abordaje es más costoso en recursos y menos aceptada por los pacientes. La OMS recomienda que sea el paciente el que notifique a sus contactos [World Health, 2001] y los CDC no se decantan por un sistema u otro.
- Se debe ofertar la posibilidad de realización de exploración y diagnóstico a los contactos, bien en el mismo centro que el caso o bien en algún centro de referencia.
- Cuando existe elevada sospecha de que la/s pareja/s del caso no acudirán a un centro sanitario, y sólo en el caso de infección por clamidia o gonococo se les puede recomendar el mismo tratamiento que para el caso, más abstención de relaciones sexuales o utilización de métodos de barrera durante el tiempo que dure el mismo.

IV. V. PROMOCIÓN DE SEXO SEGURO

A largo plazo, la mejor estrategia de prevención de las ITS es la educación para la salud y la promoción del sexo seguro. En estas actividades el personal sanitario tiene un papel central, sobre todo las personas que trabajan en atención primaria, ya que en este ámbito se presentan muchas oportunidades para intervenir y el paciente confía en su médico. En Consultas más específicas como Atención al embarazo o Planificación familiar, Hora Joven o Forma Joven a veces podemos abordar el tema, incluso antes del inicio de las prácticas sexuales,

V. ANEXOS

ANEXO I. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA. NIVELES DE RECOMENDACIÓN Y GRADACIÓN DE LAS EVIDENCIAS.

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

- a) Búsqueda en organismos de control de enfermedades infecciosas de reconocido prestigio internacional: OMS, ECDC, CDC y IUSTI. Se ha realizado a través de las webs de tales organizaciones mediante navegación y, en el caso de que la web tuviese buscador introduciendo en este el término “sexually” o “sexual”.
- b) Búsqueda en repositorios más destacados de informes, revisiones y guías: HTA database, National Guideline Clearinghouse y Cochrane Library
- c) MEDLINE, con la siguiente estrategia:
 - 1 exp *Sexually Transmitted Diseases/
 - 2 Sexual*.mp. and (Diseas* or infection*).ti.
 - 3 guid*.ti.
 - 4 1 or 2
 - 5 3 and 4
 - 6 limit 4 to (guideline or practice guideline)
 - 7 limit 4 to (consensus development conference or government publications or meta analysis or patient education handout or technical report)
 - 8 6 or 7
 - 9 limit 8 to systematic reviews
 - 10 5 or 9
 - 11 limit 9 to yr=»2008 -Current»

NIVELES DE RECOMENDACIÓN Y GRADACIÓN DE LAS EVIDENCIAS

El documento de trabajo incluye los niveles de recomendación que recogen las guías procedentes de Australia, Canadá, Cataluña, Estados Unidos y Reino Unido.

Estos niveles de recomendación no son exactamente los mismos y a su vez se sustentan en grados de evidencias ligeramente diferentes. En el anexo de la versión electrónica se adjuntan las tablas que

reúnen los niveles y los grados, intentando distribuirlos de forma que sea más fácil apreciar sus semejanzas.

ANEXO 2. RECOMENDACIONES PARA PREVENIR LA CANDIDIASIS VULVOVAGINAL Y LA BALANITIS. HIGIENE ÍNTIMA FEMENINA

Las 3 ideas fundamentales para prevenir la candidiasis vulvovaginal y la balanitis son:

- Evitar jabones irritantes y productos que alteren el pH vaginal en la mujer
- Usar ropa interior de algodón que facilite la transpiración. La ropa sintética y el empleo habitual de compresas facilitan la humedad.
- Buen control de la diabetes en aquellas personas que la padezcan.

Entrando en más detalles sobre la higiene íntima femenina conviene saber que la vagina tiene una función autodepuradora (se limpia por sí misma), pues diariamente libera cierta cantidad de flujo de color blanco amarillento o transparente que limpia las paredes de dicha estructura. El nivel de acidez de este fluido mantiene el equilibrio de la flora vaginal y combate a las bacterias dañinas, lo que ayuda a prevenir las infecciones.

Debido a que la zona genital se encuentra en contacto frecuente con flujo, orina, menstruación y sudor, y al ser una zona poco ventilada, la humedad generada por estas secreciones no se evapora por completo y ello la hace susceptible al ataque de microorganismos.

La zona genital se debe mantener perfectamente limpia, para ello se aconseja:

1. La limpieza genital debe ser de adelante hacia atrás. Para evitar contaminación de gérmenes procedentes del ano.
2. La limpieza debe ser externa, pasando los dedos por los pliegues de los labios mayores, menores y alrededor del clítoris, ya que aquí se acumulan residuos. Utilizando para ello agua y jabón neutro.
3. La vagina tiene sus propios mecanismos de autolimpieza.

pieza y protección, por lo que la ducha vaginal no se recomienda como medida rutinaria de higiene, a menos que forme parte de un tratamiento médico.

4. Lavar los genitales antes y después de mantener relaciones sexuales, especialmente si se ha utilizado lubricante o algún otro facilitador del tacto.
5. Para la limpieza íntima se evitara el uso de esponjas o manoplas, ya que éstos acaban siendo elementos con una elevada carga microbiana que puede actuar como vector de infección.

Pero además, se aconseja una serie de cuidados de higiene íntima. Estos son:

1. Ropa interior de algodón; para evitar la humedad en la zona de genitales.
2. Lavar la ropa íntima con jabones poco agresivos y garantizar su correcto aclarado.
3. No vestir prendas interiores muy ajustadas, que provoquen roces y humedades en los genitales.
4. El empleo de jabones con fragancia para lavar la zona genital, puede ocasionar irritación y alergia
5. Evitar desodorantes íntimos porque pueden causar irritación, inflamación o reacción alérgica; además impiden percibir por su olor alteraciones que pudieran requerir tratamiento medico específico.
6. La frecuencia de cambio de los tampones o compresas durante la menstruación variará mucho en función de la cantidad del flujo de cada mujer y del día del ciclo en que se encuentre. No obstante, en ningún caso debe exceder las 4- 6 horas.
7. No utilizar salvaslip.
8. La utilización de antisépticos, óvulos y pomadas vaginales, deben estar indicadas por su medico. Ya que el uso inadecuado de estos medicamentos, puede hacer que los gérmenes se hagan más fuertes, siendo más difícil su eliminación.
9. Ante molestias internas, además de picor y escozor, después de mantener relaciones sexuales. En tanto

se evalúa la causa y se comprueba la persistencia se pueden recomendar baños templados con manzanilla.

10. En cuanto a las mujeres que mantiene relaciones sexuales con la menstruación y que utilizan esponjas vaginales, es necesario que estas se compren en la farmacia y llevarla puesta entre 4 a 6 horas como máximo. Si esto no se cumple, podría provocar una infección vaginal.
11. Para hidratar la piel se aconseja aceite de rosa de mosqueta.

ANEXO 3. MÉTODOS DE BARRERA Y USO CORRECTO DEL PRESERVATIVO.

El uso de los métodos de barrera (preservativos masculinos, preservativos femeninos) son los medios más eficaces para reducir el contagio de ITS, hasta el punto de que su empleo diferencia las prácticas seguras de las de riesgo. Sin embargo debe tenerse en cuenta que:

- Una reducción del riesgo se consigue sólo con un uso correcto y sistemático del preservativo
- Una úlcera herpes o *T. pallidum* debe estar cubierta por el preservativo para que éste proteja
- Una protección del 100% no está asegurada para algunas infecciones, como las ocasionadas por papilomavirus, aunque el uso sea adecuado y no haya habido roturas.

El preservativo de látex es muy efectivo para prevenir la transmisión de las ITS. La tasa de rotura o deslizamiento del condón durante el coito está en torno al 2%, por lo que los fallos en la prevención son consecuencia, habitualmente, del uso inadecuado. Por tanto, para que sean efectivos los preservativos deben usarse sistemáticamente, siguiendo algunas normas básicas:

1. Usar siempre condones homologados, y utilizar uno para cada acto sexual, vaginal, oral o anal
2. Evitar daños con las uñas, los dientes o cualquier objeto afilado al manejar el condón
3. Colocar el condón con el pene en erección, antes del

- acto sexual y de cualquier contacto genital, oral, vaginal o anal con la pareja
4. Conseguir una lubricación adecuada durante el acto sexual, sea vaginal o anal, utilizando si es preciso lubricantes de base acuosa y no oleosa, que puede dañarlos,
 5. Para evitar que el condón se deslice al retirarlo después del coito, realizar esta maniobra mientras el pene está todavía erecto, sujetando firmemente el condón sobre la base del pene

El condón femenino es una membrana de poliuretano o de nitrilo, lubricada y con un anillo en cada extremo, que se inserta en la vagina. Es una barrera efectiva contra el semen y las ITS cuando se utiliza consistentemente de forma adecuada. Entre las ventajas de su uso destaca que admite cualquier tipo de lubricante, tiene menor riesgo de rotura, es difícil que se puede deslizar ya que el anillo externo lo impide, no se han descrito casos de alergia, cubre los genitales externos incluso labios mayores, la mujer puede decidir usarlo antes de que el hombre tenga la erección y también sirve para el sexo anal. Son más caros que los condones masculinos, pero pueden ser útiles en las relaciones heterosexuales cuando no pueda utilizarse el condón masculino o como alternativa a éste.

El lubricante es un material complementario del preservativo. Es imprescindible su utilización en población de riesgo, como medida complementaria más eficaz para conseguir los objetivos planteados y evitar la propagación de las I.T.S. Está indicado para facilitar las relaciones sexuales. Es un gel hidrosoluble que no contiene aceites ni mancha y que suaviza lubrica la mucosa vaginal o anal.

Se recomienda aplicar el gel antes de la penetración sobre el preservativo masculino o femenino y sobre el año o la mucosa vaginal.

El Dental Dam es un método de barrera eficaz que evita el contacto directo de la mucosa bucal con fluidos que son potencialmente infecciosos para las ITS. Está especialmente indicado para determinadas prácticas sexuales bucoanales y bucogenitales

ANEXO 4. ÚLCERAS GENITALES NO VENEREAS

EXANTEMA FIJO MEDICAMENTOSO (EFM)

Es una reacción cutánea adversa frente a un fármaco ingerido. La lesión inicial es una mácula, de color rojo mate o violácea, solitaria o múltiple, dolorosa, pudiendo evolucionar a ampolla y posteriormente erosionarse. La localización más frecuente es en genitales, sobre todo glánde y escroto. Los fármacos más implicados son:

- Antimicrobianos: sulfamidas, penicilinas, tetraciclinas y derivados.
- Análgesicos y Antiinflamatorios.
- Psicofármacos: barbitúricos.
- Colorantes en alimentos o medicamentos.

El EFM desaparece a las pocas semanas de suspender el fármaco.

DERMATITIS POR CONTACTO

Muchas sustancias pueden producir irritación local o bien ocasionar un mecanismo alérgico en la mucosa genital, desencadenando vesículas, erosiones o incluso úlceras necróticas. Entre las más frecuentes se encuentran algunos antisépticos, como los derivados del amonio cuaternario, antibióticos, antifúngicos, antihistamínicos, perfumes, látex, espermicidas, lubricantes y tintes.

ENFERMEDAD DE BEHÇET

Es una enfermedad crónica, multisistémica caracterizada por aftas bucales y genitales, lesiones cutáneas y manifestaciones oculares, gastrointestinales y neurológicas

Comienzan como una pequeña placa eritematosa que evoluciona con rapidez a úlcera de fondo blanquecino, dolorosas, que suelen localizarse en escroto o vulva. Pueden acompañarse de adenopatías, fiebre y alteración del estado general. Evoluciona espontáneamente a la curación en 1 o 2 semanas.

El complejo aftosis se caracteriza por úlceras orales y genitales recurrentes, representando una forma frustrada de Enfermedad de Behçet.

LIQUEN ESCLEROSO Y ATROFICO

De origen desconocido, aunque en muchos casos existe un componente psicosomático. Aparece sobre todo en adultos, más frecuentemente a mujeres peri y postmenopáusicas que en hombres en una relación de 10/1. Afecta fundamentalmente la región anogenital.

Comienza con prurito intenso y progresivamente aparecen pápulas induradas, blanquecinas, brillantes que confluyen formando placas de contornos irregulares, atróficas, en las que pueden aparecer erosiones. En la mujer ocasiona retracción del clítoris y labios menores con reducción del introito vaginal. En hombres no circuncidados, el prepucio se esclerosa, siendo imposible retraerlo. Es necesario un seguimiento a largo plazo de estos pacientes por la posible evolución hacia carcinoma.

CARCINOMA

Hay factores relacionados en su etiología como son: la inflamación crónica recidivante, el liquen escleroso y atrófico o las infecciones por el virus del papiloma humano. Generalmente aparece a partir de los 50 años de edad.

Se puede localizar en cualquier lugar de la piel y mucosa de los genitales externos.

El comienzo puede ser una proliferación exofítica o bien una inducción de color rojizo que evoluciona a una lesión nodular ulcerada y sangrante.

ENFERMEDAD DE CROHN

Es una inflamación crónica del tubo digestivo que evoluciona de forma recurrente con brotes y remisiones, pudiendo presentar complicaciones y manifestaciones extradigestivas. En el 36% de los casos aparecen complicaciones anorectales, siendo las fístulas las más características. Estas suelen ser profundas, múltiples y con varios orificios de salida en la zona perineal, aunque a veces el trayecto puede ser distante de esta zona y aparecer en la vulva, vagina, escroto e incluso la uretra.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica. (2005).
2. Screening Guideline Steering Group. Sexually Transmitted Infections: UK National Screening and Testing Guidelines (2006).
3. U.S. Preventive Services Task Force. USPSTF Recommendations for STI Screening (2008).
4. Australasian Society for HIV Medicine. HIV, viral hepatitis and STIs: a guide for primary care (2008).
5. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Guia de pràctica clínica sobre infeccions de transmissió sexual (2009).
6. Expert Working Group for the Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. Revised version of the Canadian STI Guidelines – 2006 edition (2010) Public Health Agency of Canada-Centre for Communicable Diseases and Infection Control.
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Chlamydia control in Europe (http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0906_GUI_Chlamydia_Control_in_Europe.pdf) (2009).
8. Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/AEP/ CEEISCAT/SEMP sobre la profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños. (http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PPE_14-01-08.pdf) (2008)
9. Workowski K, Berman S. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Division of STD Prevention. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention.(2006).
10. OMS/ONUSIDA. Orientaciones sobre pruebas del VIH y consejo practicados en los centros de salud a instancias del profesional. Proyecto para información y comentarios. (www.who.int/hiv/topics/vct/PITCdraft_sp.pdf) (2006).
11. Pachón,J;Pujol,E;Rivero,A (eds). La infección por el VIH: Guía Práctica. 2ª Edición. Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI). (<http://saei.org/hemero/libros/guia2003.asp>) (2003).
12. Vázquez, Fernando; Antonio Lepe, José; Otero, Luis; Antonia Blanco, María; Aznar, Javier. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual (2007). EIMC. 2008. 26(1):32-37.

13. Otero Guerra, Luis; Lepe Jiménez, José Antonio; Blanco Galán, María Antonia; Aznar Martín, Javier; Vázquez Valdés, Fernando. Utilidad de las técnicas de biología molecular en el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales. EIMC.2008.26 (S9):42-49.
14. Lepe Jiménez, José Antonio; Otero Guerra, Luis; Blanco Galán, María Antonia; Aznar Martín, Javier; Vázquez Valdés, Fernando. Panorama actual de la epidemiología, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. EIMC.2008.26 (S13):25-31.



JUNTA DE ANDALUCIA