

Ordenación de las actividades de prevención y atención a las enfermedades de transmisión sexual

I. Barrabeig¹, D. Costa²,
G. Falguera³ y P. Lauroba⁴

¹ Epidemióloga. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalitat de Catalunya.

² Matrona. Programa de atención a la mujer. Subdivisión de Atención Primaria Centro y Lérida. Institut Català de la Salut y Región Sanitaria Centro. Servei Català de la Salut.

³ Matrona. Programa de atención a la mujer. Dirección de Atención Primaria Mollet. Institut Català de la Salut.

⁴ Ginecólogo. Programa de atención a la mujer. Dirección de Atención Primaria Granollers. Institut Català de la Salut.

RESUMEN

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen un problema importante de salud pública por su elevada incidencia y prevalencia, por las secuelas e invalideces que ocasionan y por las consecuencias económicas que se derivan.

Para ordenar y coordinar las actividades de prevención y tratamiento de las ETS en la Región Sanitaria Centro se realizó un programa específico de ETS, que se ha implantado en tres ámbitos territoriales de la Región Sanitaria Centro del Servei Català de la Salut de Cataluña. Los profesionales que intervinieron en la elaboración de las recomendaciones eran: epidemiólogos, matronas, ginecólogos, médicos de familia, microbiólogos clínicos, urólogos y dermatólogos*

Palabras clave: enfermedades de transmisión sexual, prevención, tratamiento, ordenar, coordinar, planificación sanitaria

SUMMARY

Sexually transmitted diseases (STD) constitute a major problem in public health due to its high incidence and prevalence, because of the sequelae and disability that they produce, and the economic consequences that derive from them.

In order to regulate and coordinate the activities for the prevention and care of STD in the Central Health Care Region, a specific program for STD was developed, and applied in three areas of the Central Health Care Region of the Public Health Care in Catalonia. The professionals that contributed to create these regulations were: epidemiologists, midwives, gynecologists, family doctors, clinical microbiologists, urologists and dermatologists.

Key words: sexually transmitted diseases, prevention, treatment, to regulate, to coordinate, health care planning

INTRODUCCIÓN

El concepto de enfermedades de transmisión sexual incluye las clásicas enfermedades venéreas (sífilis, gonococia, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal) y otras causadas por diversos microorganismos (bacterias, virus, hongos, protozoos y artrópodos) que pueden transmitirse mediante las relaciones sexuales, entre las que se encuentra la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Los datos de la incidencia en Cataluña, obtenidos a partir del sistema de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) y del registro de los pacientes atendidos en centros de prevención y control de las ETS, muestran una tendencia descendiente desde mediados de los ochenta de la gonococia, el chancro blando y la sífilis, aunque se observa una estabilización de esta última desde 1997. En cambio, las enfermedades víricas, especialmente condilomas acuminados, infección por VIH y, con menor incremento, herpes genital siguen experimentando un aumento.

Las enfermedades de transmisión sexual son uno de los problemas de salud prioritarios para el Plan de Salud de Cataluña y el de la Región Sanitaria Centro (RSC). Por este motivo, se consideró necesario ordenar y coordinar las actividades dirigidas a la prevención y el tratamiento de estas enfermedades. Asimismo, el Programa Sanitario de Atención a la Mujer (PSAM) incluye en su cartera de servicios la atención de las ETS en las mujeres y adolescentes.

*Grupo de trabajo: I. Barrabeig, R. Codina, D. Costa, G. Falguera, D. Guix, A. García, C. Guardiola, P. Lauroba, C. Martínez, A. Nadal, M.L. Puente, M.R. Sala, G. Trujillo

En el PSAM se realiza la asistencia a las ETS con síntomas clínicos, pero hasta la implantación del programa no se abordaba el cribado de las ETS y faltaba la coordinación con otros profesionales sanitarios para el control de los contactos sexuales. Por este motivo, fueron los propios profesionales los promotores en optimizar esta asistencia.

Por tanto, con el objetivo de ordenar y coordinar las actividades de prevención y tratamiento de las ETS y proporcionar elementos que pudieran ayudar a los profesionales implicados se elaboró un programa asistencial específico. Los profesionales que intervinieron eran epidemiólogos, matronas, ginecólogos obstetras, médicos de familia, microbiólogos clínicos, técnicos de salud pública, urólogos y dermatólogos de los ámbitos territoriales del Bages, Granollers y Mollet, del Institut Català de la Salut (ICS) y de la RSC y del Programa de prevención y control de las ETS de la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

Fruto del trabajo de esta comisión es el documento *Ordenación de las actividades de prevención y atención a las enfermedades de transmisión sexual*, que aborda los apartados siguientes:

- Introducción.
- Recursos. Describe los recursos humanos y materiales de los que se dispone.
- Protocolo de actuación y seguimiento de las ETS.
- Funciones y actividades en los diferentes niveles asistenciales.
- Recogida de muestras, transporte y circuito de las mismas.
- Sistemas de registro.
- Evaluación.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS ETS

Este protocolo se ha realizado siguiendo las directrices y recomendaciones del Programa de prevención y control de las ETS del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de Cataluña.

La prevención de las ETS debe basarse en estrategias de prevención primaria y secundaria dirigidas, fundamentalmente, a evitar la adquisición de ETS y a romper la cadena de infección.

El consejo sobre la prevención de ETS debe realizarse especialmente a jóvenes, adolescentes y a las personas con comportamiento de riesgo

Prevención primaria

Educación y consejo sanitario

La información y educación tienen como objetivo que las personas adopten conductas sexuales seguras o bien que efectúen cambios de comportamiento que reduzcan el riesgo de contraer ETS. Las recomendaciones van dirigidas a proporcionar información sobre los mecanismos de transmisión de estas enfermedades, primeros síntomas, utilización de métodos de barrera, vacunas, etc. El consejo sobre la prevención de ETS debe realizarse a la población, especialmente a los jóvenes y adolescentes y a las personas con comportamiento de riesgo (individuos hetero u homosexuales con diversas parejas sexuales, personas que ejercen la prostitución, consumidores de drogas por vía parenteral).

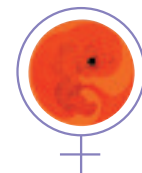
Las principales recomendaciones son:

- Evitar las relaciones sexuales con una pareja infectada. Es la medida más eficaz.
 - Recomendar la abstinencia sexual en personas que estén siguiendo tratamiento de ETS o a los compañeros sexuales de las personas que están en tratamiento.
 - Usar siempre y correctamente el preservativo con personas de quienes se desconoce su estado de infección. El preservativo tiene que ser de látex y homologado. Si no se dispone de preservativo, practicar sexo seguro, que consiste en la expresión sexual mediante caricias, besos, masturbación mutua, etc., sin llegar a una relación coital.
 - Evitar las prácticas rectales, puesto que pueden producir lesiones en la mucosa rectal y, por tanto, son un factor de riesgo para el VIH y virus de la hepatitis B (VHB).
 - Reducir el número de parejas sexuales, puesto que si se aumenta, es más difícil conocer si la pareja mantiene conductas de riesgo.
 - Evitar tomar alcohol o drogas, porque bajo su efecto es posible que no se tomen las precauciones necesarias para prevenir estas enfermedades.
- El consejo asistido en las ETS posibilita que las personas que acuden a la consulta tengan un espacio confidencial para poder formular preguntas, manifestar dudas y recibir información del profesional para planificar conjuntamente estrategias preventivas respecto a estas enfermedades.

Vacunación

La vacunación preexposición es eficaz para la prevención de ciertas ETS: hepatitis A y B.

- La vacunación antihepatitis A se debe proponer a las personas que realizan prácticas orales o digitoanales y a las personas usuarias de drogas por vía parenteral.
- La vacunación antihepatitis B se debe proponer a las personas con prácticas de riesgo para las ETS y a las parejas sexuales de los portadores de HBsAg. Es conveniente investigar los marcadores prevacunales (anti-HB_e) cuando una persona pertenece a un colectivo en el que la prevalencia de la infección es elevada.



Prevención secundaria

La valoración de la sospecha de ETS debe basarse en la anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias.

Es necesario realizar una detallada historia sexual, que permita diferenciar si la persona mantiene comportamiento de riesgo para sufrir estas enfermedades.

Cribados

La detección precoz es necesaria debido a la frecuente naturaleza asintomática de las ETS, especialmente en las mujeres.

Los cribados que se recomiendan hoy en día son:

- Hombres heterosexuales con pareja abierta:
 - Cribado serológico de sífilis, hepatitis B e infección por VIH.
- Hombres homosexuales o bisexuales:
 - Cribado serológico de sífilis, hepatitis B, hepatitis A y de la infección por VIH, y
 - cribado microbiológico de gonococia e infección genital por *Chlamydia trachomatis* de las localizaciones rectal y/o faríngea teniendo en cuenta las prácticas sexuales.
- Mujeres con comportamiento de riesgo:
 - Cribado serológico de sífilis, infección por VIH y hepatitis B.
 - Cribado microbiológico de gonococia e infección genital por *Chlamydia trachomatis* de las localizaciones cervical y/o rectal y/o faríngea, según el tipo de prácticas sexuales.
- Mujeres embarazadas:
 - Cribado serológico de sífilis e infección por VIH durante el primer trimestre de gestación y de hepatitis B durante el tercero. Para la detección de la infección por VIH, se debe ofrecer la prueba a la mujer.
 - También se recomienda el cribado de infección por *Streptococcus* del grupo B (*Streptococcus agalactiae*) durante el tercer trimestre.
 - Es conveniente efectuar citología cervicovaginal en la primera visita si la anterior se realizó hace más de tres años o si existen antecedentes de neoplasia cervical intraepitelial.

Control de pacientes

Para el control de pacientes es esencial el diagnóstico y tratamiento efectivo de las personas que padecen ETS y la información y educación sanitarias sobre el riesgo que comportan estas enfermedades, tanto para el infectado como para sus compañeros sexuales. Cuando una persona sufre una ETS es el momento adecuado para iniciar educación sanitaria y consejo, ya que es cuando está más receptiva.

La anamnesis, exploración física correcta, así como las pruebas complementarias de laboratorio, facilitarán el diagnóstico etiológico de ETS y permitirán la intervención terapéutica adecuada (tabla 1, al final del artículo). Una vez finalizado el tratamiento, se citará de

nuevo a la usuaria para realizar pruebas complementarias de control y así conocer si se ha curado.

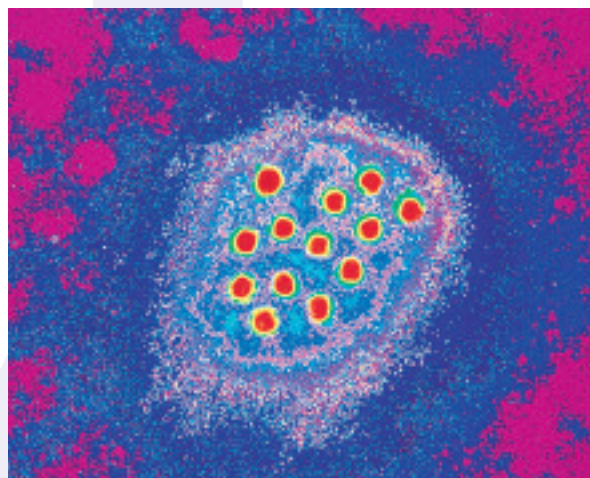
Control de contactos

En la mayoría de ETS se debe dar consejo a las parejas sexuales de las personas infectadas y derivarlas si se considera que deben seguir tratamiento una vez conocido el diagnóstico etiológico.

El control de los contactos es imprescindible para interrumpir la transmisión de la infección.

FUNCIONES Y ACTIVIDADES EN LOS DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES

En las Áreas Básicas de Salud (ABS), se desarrollan, básicamente, actividades de prevención primaria, en especial la promoción de cambios de comportamiento



Virus de la hepatitis A

sexual en personas con conductas de riesgo. Si en las ABS se desempeñan actividades de prevención secundaria, se hará en coordinación con el PSAM o con el dermatólogo/urólogo de referencia.

En las consultas del PSAM, de dermatología y de urología deben realizarse las actividades de prevención primaria y secundaria de las ETS.

Por otro lado, los ginecólogos y las matronas son quienes llevan a cabo la toma de las muestras.

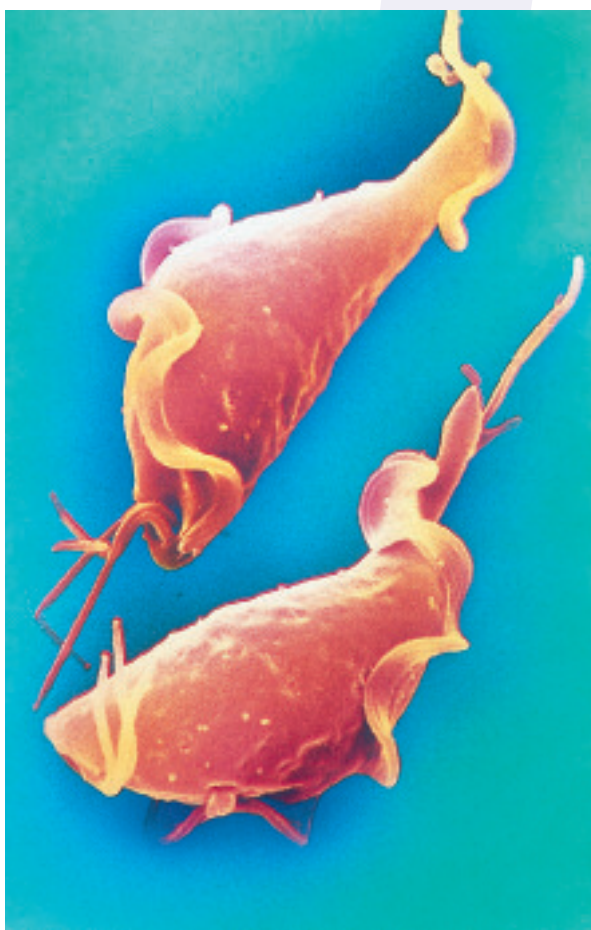
Previamente, mediante la anamnesis, deben distinguirse aquellas mujeres con comportamiento de riesgo para ETS de las mujeres sin riesgo.

A las mujeres con comportamiento de riesgo, debe practicárseles como mínimo un cribado anual; se valorará su periodicidad (3-6 meses) en función de la edad y del comportamiento de riesgo (uso sistemático o no del preservativo, pareja sexual abierta, número de compañeros sexuales, etc.). A las mujeres que no tienen comportamiento de riesgo para las ETS no debe

realizárseles cribado. Es conveniente tomar muestras para el diagnóstico etiológico de ETS, cuando en una citología se informe de un diagnóstico de presunción de ETS, tanto si la mujer presenta síntomas como si es asintomática.

La pareja/las parejas de las mujeres con ETS visitadas en el PSAM que requieren tratamiento, en la mayoría de los casos son derivadas a las consultas de dermatología/urología mediante una hoja de interconsulta, en la que constan las siglas ETS para que se atiendan de forma preferente.

Los hombres afectados por ETS son atendidos por médicos especialistas en dermatología y/o urología del



Trichomonas vaginalis

centro de atención primaria o del hospital de referencia. Diariamente, se reservan tres o cuatro visitas de urgencias, para que puedan ser atendidas las derivaciones de los médicos de familia, el PSAM u otros especialistas. La toma de las muestras la realiza el especialista de urología/dermatología.

El profesional que coordina este programa es el microbiólogo del laboratorio de atención primaria, que es el eje del programa y que actúa como referente de los profesionales asistenciales y del laboratorio

central, puesto que recibe el flujo de las muestras derivadas y tramita la información.

RECOGIDA DE LAS MUESTRAS, TRANSPORTE Y CIRCUITOS DE ÉSTAS

En este protocolo se ha descrito ampliamente la toma de muestras, puesto que la obtención de una muestra recogida de forma correcta y en el lugar adecuado es esencial. Una recogida incorrecta o bien la búsqueda en un lugar donde el microorganismo sospechoso no puede desarrollarse impide el diagnóstico etiológico.

Toma de muestras en las mujeres

Normas generales

- Es aconsejable que no se aplique medicación tópica en las 24 horas anteriores a la toma de la muestra.
- No haber realizado tratamiento antibiótico por ninguna vía de administración durante las 72 horas anteriores.
- Cada una de las muestras derivadas al laboratorio debe identificarse correctamente especificando la fuente de cada muestra y el diagnóstico de presunción.
- El tiempo máximo entre la toma de la muestra y su llegada al laboratorio no puede superar las 48 horas.
- La muestra debe recogerse después de colocar el espéculo sin lubricar (siempre que sea posible).
- En las gestantes se pueden efectuar frotis vaginales.
- En las gestantes está contraindicada la realización de frotis intracervicales durante el primer trimestre.
- En las gestantes con conductas de riesgo de ETS puede realizarse frotis intracervicales en el segundo y tercer trimestre.

Toma de muestra vaginal

- Examen en fresco
Tras visualizarse perfectamente la zona, se recoge la muestra vaginal con un escobillón y se deposita sobre un portaobjetos. Si se sospecha que el microorganismo puede ser *Candida* spp. y/o *Gardnerella vaginalis*, la muestra tiene que extraerse de las paredes vaginales; y para las *Trichomonas vaginalis*, del fondo saco posterior de la vagina o del cuello uterino.

- Cultivo

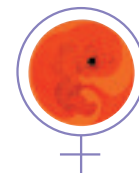
Se debe recoger una muestra mediante un escobillón, se introduce en medio de transporte y se deriva al laboratorio para el estudio etiológico.

Toma de muestra intracervical

Una vez visualizada perfectamente la zona, se debe introducir el escobillón en el canal cervical para impregnarlo de la secreción cervical. Al retirar el escobillón no se tienen que tocar las paredes vaginales y se debe introducir en su medio de transporte.

- Determinación de *Chlamydia trachomatis*

– Se debe visualizar perfectamente la zona y limpiar el cuello uterino mediante una torunda, que se tira. Para la detección de este microorganismo se necesita un escobillón especial.



– Introducir el escobillón en el canal cervical hasta que la punta de la torunda no sea visible. Efectuar una rotación durante 5-10 segundos, con la presión suficiente para arrastrar las células epiteliales.

– Retirar el escobillón sin tocar las paredes vaginales e introducirlo en el medio de transporte.

• Determinación de *Neisseria gonorrhoeae*.

– Limpiar con torunda todos los restos que puedan encontrarse en el cérvix.

– Introducir dentro del conducto intracervical el escobillón para que se impregne de material purulento.

– Y a continuación, introducir el escobillón en el medio de transporte.

Las muestras para la determinación del gonococo no pueden conservarse en la nevera porque es un microorganismo muy lábil. Desde la toma de la muestra hasta su análisis pueden transcurrir, como máximo, 24 horas.

Toma de muestra para citología

La citología permite indicar, mediante unos signos, la posible existencia de inflamación, infección, células anormales o cáncer. Es el método de elección para el cribado de cáncer cervical.

Para la confirmación de una ETS (cuando la citología sea diagnóstico de presunción) deberá procederse a cultivo, pruebas inmunológicas o biopsia de la lesión.

• Recogida y extensión de la muestra. La toma citológica de Papanicolau debe realizarse mediante la triple toma:

– La recogida de la muestra del ectocérvix debe efectuarse con una espátula de madera de Ayre, raspando alrededor del orificio externo del cuello del útero y la muestra del endocérvix a través de un escobillón de algodón.

– La extensión debe efectuarse inmediatamente después de la toma de la muestra, deslizando con suavidad la espátula sobre el portaobjetos una sola vez y en un solo sentido, evitando los movimientos de vaivén, ya que pueden alterar los elementos celulares.

– La extensión se efectúa en VCE (figura 1), que consiste en dividir el portaobjetos en tres partes: *E* para la muestra del endocérvix, obtenida con el escobillón; *V* para la muestra de la pared de la vagina, obtenida con la parte más pequeña de la espátula, y *C* para la muestra del ectocérvix, que se ha obtenido con la parte más grande de la espátula.

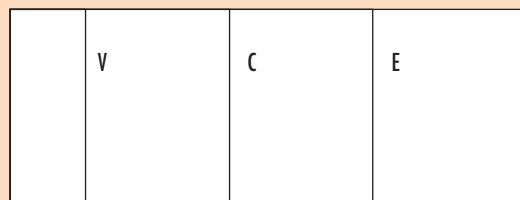


Figura 1. Extensión para la citología

Algunas ETS se declaran en el sistema de notificación de las enfermedades de declaración obligatoria, y otras se declaran de manera individual

• Fijación de la muestra.

Para obtener una buena fijación, se debe colocar el nebulizador a una distancia de 15-20 cm del portaobjetos y efectuar un recorrido de izquierda a derecha y al revés, sobre toda la superficie de material, y se deja 7 minutos al aire para que se seque.

Toma de muestra de secreciones rectales y faríngeas

• Secreciones rectales:

– Introducir el escobillón en el recto, retirar y ponerlo en su medio de transporte.

• Secreciones faríngeas:

– Se recoge la muestra mediante un escobillón tocando la faringe y las dos amígdalas y se introduce en su medio de transporte.

Para la determinación de infección por clamidias, debe utilizarse la técnica de inmunofluorescencia directa, y para gonococia, el cultivo.

Toma de muestras de lesiones ulcerativas

Para recoger la muestra debe tenerse en cuenta el estado de las úlceras:

• Úlcera limpia sin haber sido tratada:

– Limpiar la úlcera a fondo con una gasa seca.

– Recoger la serosidad que fluye de la úlcera con un escobillón.

– Introducir el escobillón en su medio de transporte.

• Úlcera tratada:

– Limpiar la lesión con suero fisiológico.

– La toma de muestra se debe realizar al día siguiente, siguiendo el mismo procedimiento que en el caso anterior.

• Úlcera recubierta de una capa purulenta:

– Limpiar la lesión a fondo con suero fisiológico.

– Se recoge una muestra inmediatamente siguiendo el procedimiento anterior. Si es negativa, se repite la toma al día siguiente, después de haber limpiado la zona con suero fisiológico. En el caso que sea necesario se mantendrá el apósito en la úlcera.

• Úlcera cicatrizada y seca:

– Se realizan escarificaciones en los bordes con un estilete.

– Se recoge la serosidad después de la limpieza de la sangre provocada por el traumatismo.

– Se introduce el escobillón en su medio de transporte.

Recogida de muestras sanguíneas

Se realiza extracción sanguínea para, posteriormente, centrifugarla y obtener el suero.

Recogida de muestras para biopsia

Exéresis de la lesión. Está indicada en los casos de infección por papilomavirus y molusco contagioso.

SISTEMAS DE REGISTRO

Algunas ETS se declaran en el sistema de notificación de las enfermedades de declaración obligatoria, de manera numérica por sospecha clínica; es el caso de gonococia, sífilis, infección genital por clamidias, *Oftalmia neonatorum* y de la entidad otras ETS.

Otras —hepatitis A y B, sífilis congénita y SIDA— se declaran de manera individualizada.

En este programa se ha incorporado la vigilancia epidemiológica mediante una encuesta epidemiológica a los pacientes que padecen ETS con confirmación diagnóstica. Se recogen de manera anónima los datos descriptivos y conductuales de las personas (comportamiento sexual, hábitos tóxicos, métodos anticonceptivos, etc.) y sobre las enfermedades de transmisión sexual diagnosticadas. Este registro permitirá conocer el estado de salud de las personas con estas enfermedades y facilitar el establecimiento de intervenciones más adecuadas.

EVALUACIÓN

El proceso de ordenación ha abierto un nuevo periodo que está pendiente de evaluación. La coordinación entre los profesionales que intervienen en la atención de las ETS y el seguimiento de las directrices que marcan los expertos pueden facilitar que otras regiones sanitarias de Cataluña pueden ordenar las actividades de prevención de estas enfermedades, adaptándose a las particularidades de cada territorio.

Este artículo pretende motivar a los profesionales de la salud en el abordaje de la prevención de las ETS, a través de la experiencia adquirida, enfatizando en que la prevención individual es la prevención de la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrabeig I, Falguera G. Enfermería de la mujer. Enfermedades de transmisión sexual. Cap. 22. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma), enero 2001; 467-499.
- Center for Disease Control and Prevention. 1998 guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMRW* 1998; 47 (rr-1): 1-116.
- Decret 283/1990, de 21 de novembre, pel qual es crea el Programa sanitari d'atenció a la dona i s'estableixen normes per a la vinculació a aquest Programa dels professionals sanitaris implicats. DOGC núm. 1374-30.11.1990.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. Definició de cas de les Malalties de Declaració Obligatòria. Barcelona, 1a edició 1993; 1a. reimpressió, abril 1994.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Butlletí Epidemiològic de Catalunya. Ordenació de les activitats de prevenció i atenció a les malalties de transmissió sexual a la Regió Sanitària Centre. Volum XII. Gener 2001, núm. 1.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Pla de Salut de la Regió Sanitària Centre 1999-2001. Barcelona, desembre 1999.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut 1999-2001. Barcelona, desembre 1999.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Guia per a la prevenció i el control de les malalties de transmissió sexual, 2ª ed. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999 (Quaderns de Salut Pública, 1).

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1998.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut: Malalties de transmissió sexual. En: Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut (II). Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre blanc: Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Actualització de les normes de notificació de les Malalties de Declaració Obligatòria per a l'any 1995. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1a edició 1994.

Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut, Regió Sanitària Centre i Institut Català de la Salut, Divisió d'Atenció Primària. Ordenació de les activitats de prevenció i atenció a les malalties de transmissió sexual. Àmbits territorials: Bages, Granollers i Mollet. 1999.

Holmes KK, Sparling PF, Mardh P-A, Lemon SM, Stamm WE, Piot P et al, eds. Sexually transmitted diseases, 3ª ed. Nova York: Mc Graw-Hill Information Services Company, 1999; 833-845.

Ordre de 4 de juliol de 1991, de creació del Programa de prevenció i control de malalties de transmissió sexual. DOGC núm. 1467-5.7.1991.

Correspondencia

Irene Barrabeig
Unidad de Vigilancia Epidemiológica
Regió Sanitària Costa de Ponent
ibarrabeig@rscp.scs.es

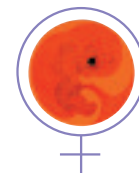


Tabla 1. Diagnóstico, tratamiento y derivación de las mujeres con ETS

Candidiasis genital

Agente etiológico: *Candida albicans* y otros hongos

Sintomatología	Vulvovaginitis con flujo abundante. Prurito vulvar y vaginal. Aspecto del flujo: blanco de aspecto grumoso, moderada cantidad y huele a levadura de pan
Toma de la muestra	Pared vaginal
Medio de transporte	Escobillón con medio de transporte estándar
Conservación de la muestra	Temperatura ambiente 24-48 horas
Diagnóstico	Examen directo (examen en fresco o tinción de Gram). Cultivo (medio agar de Sabouraud)
Tratamiento	Fluconazol, 150 mg/oral/dosis única, en ayunas, o Miconazol crema al 2%, 5 mg/intravaginal/24 h/7 noches, o Clotrimazol comprimido vaginal, 500 mg/24 h/dosis única (noche) En el embarazo: Clotrimazol y Miconazol por vía tópica
Contactos sexuales	No recomendado. Tratamiento tópico en caso de dermatitis en genitales

Chancro blando

Agente: *Haemophilus ducreyi*

Sintomatología	Varias úlceras muy dolorosas, profundas y blandas Adenopatía unilateral, dolorosa y fluctuante. Puede producir abscesos
Toma de la muestra	Raspado intenso de la lesión
Medio de transporte	Escobillón con medio de transporte estándar
Conservación de la muestra	Temperatura ambiente 24-48 horas
Diagnóstico	Examen directo (tinción de Gram) Cultivo (medios selectivos con vancomicina)
Tratamiento	Azitromicina, 1 g/oral/dosis única, o Ceftriaxona, 250 mg/i.m./dosis única, o Eritromicina 500 mg/oral/6 h/7 días, o Ciprofloxacino, 500 mg/oral/12 h/3 días
Contactos sexuales	Derivación de las parejas para estudio y tratamiento, especialmente las que han mantenido relaciones sexuales durante los 10 días previos al inicio de los síntomas

Gonococia

Agente etiológico: *Neisseria gonorrhoeae*

Sintomatología	Infecciones asintomáticas (70%). Cervicitis mucopurulenta. Rectitis. Faringoamigdalitis Complicaciones: Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)
Toma de la muestra	Intracervical. Rectal. Faríngea
Medio de transporte	Escobillón con medio de transporte estándar
Conservación de la muestra	Temperatura ambiente 24 horas
Diagnóstico	Tinción de Gram (no recomendado en mujeres por su baja sensibilidad) Cultivo en medios selectivos (medio de Thayer-Martin) Sondas ADN Detección por métodos de amplificación de ácidos nucleicos (PCR, LCR)
Tratamiento	Gonococia uretral, endocervical y/o rectal: Ceftriaxona, 125 mg/i.m./dosis única, o Ciprofloxacino, 500 mg/oral/dosis única, o Orfloxacino, 400 mg/oral/dosis única Gonococia faríngea: Ceftriaxona, 125 mg/i.m./dosis única En el embarazo: Ceftriaxona, 125 mg /i.m./dosis única
Contactos sexuales	Derivación de las parejas sexuales para estudio y tratamiento, especialmente las que han mantenido relaciones sexuales durante los 15 días previos al inicio de los síntomas

Hepatitis A

Agente: *Virus de la hepatitis A*

Sintomatología	Generalmente asintomática. Náuseas, vómitos, malestar general e ictericia
Toma de la muestra	Suero
Diagnóstico	Pruebas serológicas. Detección anticuerpos por EIA
Tratamiento	No existe tratamiento específico
Contactos sexuales	<p>Vacunación de la/s pareja/s susceptible/s</p> <p>- Profilaxis preexposición: Esta recomendada a personas con comportamiento de riesgo, especialmente relaciones ororales y drogadicción por viarenteral. Vacunación antihepatitis A con vacuna inactivada. La pauta de administración es de dos dosis (0, 6-12 meses) por vía intramuscular y la zona de aplicación es el músculo deltoides en adultos y niños</p> <p>- Profilaxis postexposición: Personas que han tenido un contacto sexual con una persona que tiene hepatitis A y que previamente no se ha vacunado Administración de una dosis de inmunoglobulina inespecífica (0,02mL/kg) antes de que hayan transcurrido catorce días de la exposición</p>

Hepatitis B

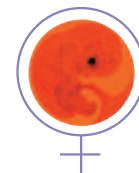
Agente: *Virus de la hepatitis B*

Sintomatología	Generalmente asintomática (75%). Náuseas, vómitos, malestar general, astenia, fiebre e ictericia
Toma de la muestra	Suero
Diagnóstico	Pruebas serológicas. Detección anticuerpos por EIA
Tratamiento	No existe tratamiento específico
Contactos sexuales	<p>Vacunación de la pareja/ parejas y del recién nacido de madre portadora del virus (HBs Ag +).</p> <p>- Profilaxis preexposición: Vacuna sistemática en el calendario vacunal Vacunación antihepatitis B con vacuna por recombinación genética. La pauta de administración es de tres dosis (0, 1 y 6 meses) por vía intramuscular y la zona de aplicación, el músculo deltoides en adultos y niños</p> <p>- Profilaxis postexposición: Individuos que han tenido un contacto sexual con una persona que tiene hepatitis B y que no ha recibido la vacuna. Administración de una dosis de inmunoglobulina específica antihepatitis B (0,06mL/Kg) antes de que hayan transcurrido catorce días de la exposición. Iniciar a la vez la pauta de vacunación. La inmunoglobulina y la vacuna se deben aplicar con jeringas y en zonas distintas</p>

Herpes genital

Agente: *Virus del herpes simple (VHS-1 y VHS-2)*

Sintomatología	<p>Infecciones asintomáticas. Primoinfección: Múltiples vesículas y/o úlceras en racimo, superficiales, dolorosas. Dolor intenso en la zona genital. Adenopatías bilaterales dolorosas e induradas</p> <p>Recidivas: Lesiones más leves y de corta duración</p>
Toma de la muestra	Raspado discreto de la lesión
Medio de transporte	Específico para herpes (IFD) o escobillón con medio de transporte estándar
Conservación de la muestra	Temperatura ambiente
Diagnóstico	Examen en fresco (Test de Tzanck, IFD). Cultivo celular. Detección Ac anti-VHS tipos específicos (1 y 2) por EIA Serología (IgM en primoinfecciones)
Tratamiento	<p>Primoinfección: Aciclovir, 400 mg/oral/3 veces al día/7-10 días, o Aciclovir, 200 mg/oral/5 veces al día/7-10 días, o Famciclovir, 250 mg/oral/3 veces al día/7-10 días</p> <p>Recidivas: Aciclovir, 400 mg/oral/3 veces al día/5, o Aciclovir, 200 mg/oral/5 veces al día/5, o Famciclovir, 250 mg/oral/3 veces al día/5 días</p>
Contactos sexuales	Derivación de las parejas sexuales para estudio. En las parejas con síntomas, realizar tratamiento. En caso de parejas asintomáticas, evaluar la presencia de lesiones atípicas.



Infección genital por clamidias

Agente etiológico: *Chlamydia trachomatis* serotipos D a K

Sintomatología	Cervicitis asintomática (70%). Rectitis. Faringoamigdalitis. Complicaciones: Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)
Toma de la muestra	Intracervical. Rectal. Faringea. Orina (Sondas ADN, PCR)
Medio de transporte	Específico para cada tipo de prueba diagnóstica
Conservación de la muestra	Temperatura ambiente 24-48 horas
Diagnóstico	Detección de antígenos (EIA o IFD). La técnica por EIA es útil para las localizaciones genitales, mientras que la técnica con fluoresceína (IFD) es útil para todas las localizaciones (genital, rectal y faríngea) Cultivo celular Sondas ADN Detección por métodos de amplificación de ácidos nucleicos (PCR, LCR)
Tratamiento	Azitromicina, 1 g/oral/dosis única, o Doxicilina, 100 mg/oral/12 h/7 días En el embarazo: Eritromicina, 500 mg/oral/6 h/7 días
Contactos sexuales	Derivación de las parejas sexuales para cribado y tratamiento de los contactos sexuales durante los 60 días previos al inicio de los síntomas

Infección por papiloma virus humano

Agente: *Papillomavirus* humano

Sintomatología	Inespecíficos. Prurito. Condilomas acuminados (verrugas en los genitales). Condilomas aplanados
Toma de la muestra	Raspado de la lesión (citología). Punción o resección cuneiforme (biopsia)
Diagnóstico	Clínico (pincelado de la lesión con ácido acético al 5% y colposcopia) Tinción de Papanicolau (citología) Detección por PCR (estudio de genotipos: diferenciación entre papilomas de alto o bajo riesgo) Biopsia (histopatología)
Tratamiento	Resina de podofilino 10-25%. Contraindicado en el embarazo Crioterapia con nitrógeno líquido Ácido tricloracético al 80-90% Excisión quirúrgica, electrocoagulación o láser Administración de interferón-alfa por vía intralesional o i.m. Crema de Imiquimodo al 5%, 3 veces a la semana/16 semanas
Contactos sexuales	Derivación de las parejas sexuales para estudio

Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana/SIDA

Agente: Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1 y VIH-2)

Sintomatología	La infección puede progresar desde un estadio asintomático a una profunda afectación del sistema inmunitario. SIDA: Aparición de diversas enfermedades indicativas: infecciones oportunistas (infección por <i>M. tuberculosis</i> , neumonía por <i>P. carinii</i> , etc.); cánceres (linfomas no Hodgkin, sarcoma de Kaposi, cáncer invasivo de cérvix, etc.), trastornos neurológicos (toxoplasmosis cerebral, meningitis criptocócica, etc.)
Diagnóstico	Serológico: Detección de anticuerpos por ELISA: si la prueba es positiva se debe confirmar por detección de anticuerpos por Western blot. Durante el periodo de ventana (<6 meses): <ul style="list-style-type: none">• Detección de antígeno p24 (EIA)• Cultivo de virus• Cuantificación de la carga viral• Análisis de ácidos nucleicos (PCR)
Tratamiento	Profilaxis y tratamiento de las enfermedades oportunistas Tratamiento específico para cada paciente mediante antirretrovirales. Se debe iniciar el tratamiento a todo paciente con menos de 500 CD4 por (µL ³ de sangre o más de 10.000 copias de carga viral En el embarazo: La mujer debe ser informada de las diferentes opciones: Puede acogerse a la interrupción voluntaria del embarazo o continuar la gestación con tratamiento con zidovudina para prevenir transmisión vertical El tratamiento debe realizarse con zidovudina oral en las 14-34 semanas de la gestación, zidovudina i.v. en el momento del parto y zidovudina en jarabe al recién nacido durante las 6 primeras semanas de vida. La mujer embarazada no debe dar lactancia materna

Contactos sexuales Derivación de las parejas sexuales y parenterales para cribado de la infección por VIH. Estudiar la posible transmisión vertical en caso de embarazo. Los recién nacidos precisan de controles: postratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas

Molusco contagioso

Agente: *Molluscum contagiosum*

Sintomatología Pequeñas pápulas perladas de color rosado o amarillo de 3-5 mm de diámetro

Diagnóstico Clínico (visualización). Biopsia

Tratamiento Raspado. Electrocoagulación. Crioterapia

Contactos sexuales Derivar a las parejas sexuales sintomáticas para estudio y tratamiento

Pediculosis púbica

Agente: *Phthirus pubis*

Sintomatología Presencia de piojos o de los sus huevos en los genitales y las axilas. Puede ocasionar desde molestias ligeras a picores muy intensos. Eritema, irritación local. Lesiones de rascado

Diagnóstico Clínico: visualización de los piojos o sus huevos

Tratamiento Piretrinas al 1% o petrinas asociadas a butóxido de piperonilo, con lavado a los 10 minutos, o Lindane champú al 1% con lavado a los 4 minutos. No utilizar en niños ni en embarazadas. Tratamiento de la ropa: lavar con agua caliente o en seco

Contactos sexuales Tratamiento de los contactos sexuales del mes anterior

Sarna

Agente: *Sarcoptes scabiei*

Sintomatología Lesiones lineales en la piel (surcos acarianos). Vesículas perladas. Prurito intenso nocturno. Localizaciones interdigitales y en los pliegues articulares

Toma de la muestra *Shaving* de extremo del surco sospechoso. Biopsia epidérmica

Diagnóstico Pintar con tinta china la zona sospechosa. Examen en fresco de las lesiones

Tratamiento Piretrina activada al 5% en crema, una sola aplicación por todo el cuerpo y dejarlo 12 horas, o Lindane al 1% en crema o loción, una sola aplicación por todo el cuerpo y dejarlo 8-12 h. Lavar a continuación. No utilizar en niños ni en embarazadas, o Crotamiton al 10% en crema, dos noches. Tratamiento de la ropa: lavar con agua caliente o en seco

Contactos sexuales Tratar los contactos sexuales y los domiciliarios del mes anterior

Sífilis

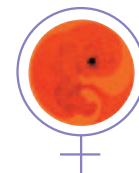
Agente etiológico: *Treponema pallidum*

Sintomatología **Sífilis precoz:**
 • Sífilis primaria: chancro sífilítico (pápula única, superficial, indolora e indurada) y poliadenopatía no dolorosa e indurada
 • Sífilis secundaria: exantemas generalizados no pruriginosos y recidivantes (roseola sífilítica), lesiones cutaneomucosas, adenopatías generalizadas, etc.
 Sífilis latente temprana (dos primeros años de la enfermedad). Asintomática

Sífilis tardía: De 10-30 años.
 • Sífilis latente tardía (después de dos años de inicio de la enfermedad). Asintomática
 • Sífilis terciaria: lesiones gomosas y manifestaciones viscerales: cardiovasculares, nerviosas (neurosífilis), osteoarticulares, oculares, etc.

Toma de la muestra Raspado discreto de la úlcera (chancro sífilítico). Suero

Diagnóstico Examen directo con microscopía de campo oscuro (chancro sífilítico). Pruebas serológicas: Estudio conjunto de una prueba reaginica y otra treponémica cuantificadas
 • Pruebas reaginicas (anticuerpos reactivos con la cardiopina): VDRL o RPR
 • Pruebas treponémicas (anticuerpos contra *T. pallidum*): MHA-TP o FTA-ABS



Tratamiento	<p>Sífilis precoz: Penicilina G benzatina, 2.400.000 U/i.m./dosis única, o Doxicilina, 100 mg/oral/12 h/15 días, o Eritromicina, 500 mg/oral/6 h/ 15 días (tratamiento de elección en caso de alergia a la penicilina)</p> <p>Sífilis tardía: Penicilina G benzatina, 2.400.000 U/i.m./semana/3 semanas, o Doxicilina, 100 mg/oral/12 h/30 días, o Eritromicina, 500 mg/oral/6 h/ 30 días (tratamiento de elección en caso de alergia a la penicilina)</p> <p>Neurosífilis: Penicilina G cristalina acuosa, 12-14 mU/ i.v./ día/10-14 días</p> <p>En el embarazo: Penicilina dependiendo del estadio de la sífilis. Las tetraciclinas y la doxiciclina están contraindicadas</p> <p>Sífilis congénita: Penicilina procaína 50.000 U/kg de peso/ 24 h/10 días</p>
Contactos sexuales	<p>La transmisión sexual ocurre cuando hay lesiones mucocutáneas Derivación de las parejas sexuales para estudio y tratamiento de los contactos sexuales en los 90 días previos al inicio de los síntomas en el caso de sífilis primaria, secundaria o sífilis latente temprana En caso de sífilis tardía debe estudiarse a la pareja sexual que ha convivido muchos años</p>

Tricomoniasis

Agente etiológico: *Trichomonas vaginalis*

Sintomatología	<p>Prurito vaginal y vulvar. Sensación de ardor en la micción, disuria y dispareunia Aspecto del flujo: secreción amarilla-verdosa, homogéneo, abundante cantidad y maloliente</p>
Toma de la muestra	Fondo de saco posterior de la vagina
Medio de transporte	Escobillón con medio de transporte estándar
Conservación de la muestra	Temperatura ambiente 24-48 h
Diagnóstico	<p>Directo (examen en fresco, tinción naranja acridina) Cultivo en medios selectivos (medio Diamond, Roiron)</p>
Tratamiento	<p>Metronidazol, 2 g/oral/dosis única Alternativa: Metronidazol, 500 mg /12 horas /7 días En el embarazo: Metronidazol, 2 g/oral/dosis única (a partir del segundo trimestre de gestación)</p>
Contactos sexuales	Tratamiento de la/s pareja/s sexuales

Vaginosis bacteriana

Agente etiológico: asociado con *Gardnerella vaginalis*, bacterias anaerobias y micoplasmas

Sintomatología	<p>Aumento del flujo vaginal Aspecto del flujo: blanco-grisáceo, homogéneo, moderada cantidad y maloliente (olor a pescado) A veces son asintomáticas</p>
Toma de la muestra	Pared vaginal
Medio de transporte	Escobillón con medio de transporte estándar
Conservación de la muestra	Temperatura ambiente 24-48 h
Diagnóstico	Examen en fresco: tinción de Gram, pH vaginal
Tratamiento	<p>Metronidazol, 500 mg/oral/12 h/7 días, o Metronidazol, 500 mg/comprimido vaginal/24 h/10 días, o Clindamicina crema al 2%, 5 g/ intravaginal/ 1 aplicación/ 7 noches En el embarazo: Metronidazol, 250 mg/oral/3 veces día/7 días (a partir del segundo trimestre de gestación)</p>
Contactos sexuales	No recomendado

EIA: Inmunoensayo enzimático; IFD: Inmunofluorescencia directa; ELISA: *Enzyme linked immunosorbent assay*; PCR: Reacción en cadena de la polimerasa; LCR: Reacción en cadena de la ligasa; VDRL: *Veneral disease research laboratory*; RPR: *Rapid Plasma Reagin*; MHA-TP: Microhemaglutinación; FTA-Abs: *Fluorescent treponemal antibody-absorption*.