

09

Guías técnicas do Plan de
Atención Integral á Saúde da Muller

GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE ATENCIÓN ÁS INFECCIÓN S DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Versión 1. Abril 2009

XUNTA DE GALICIA

09

Guías técnicas do Plan de
Atención Integral á Saúde da Muller

GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE ATENCIÓN ÁS INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Versión 1. Abril 2009



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE ATENCIÓN ÁS INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL

ÍNDICE

1. Introducción.
2. Definición do proceso asistencial.
3. Proceso de elaboración da guía técnica.
4. Metodoloxía utilizada na guía técnica.
5. Obxectivos da guía.
6. Características de calidade do proceso.
7. Proceso xeral, fluxograma.
8. Guía de actuación clínica (definición dos subprocesos).
9. Sistema de avaliación e mellora do servizo.
10. Bibliografía.
11. Anexos:
 1. Actuacións xerais ante sospeita de ITS.
 2. Diagnóstico etiolóxico e tratamento ulceración anoxenital.
 3. Prurito tras terapia escabicida.

1.- INTRODUCCIÓN

As infeccións de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de saúde. Con todo, non están sendo afrontadas coa atención necesaria e os esforzos para o seu control continúan fallando en todo o mundo, e Galicia non é a excepción.

As ITS experimentaron un incremento moi apreciable e tras a irrupción da epidemia da SIDA, a atención da poboación así como dos sistemas sanitarios xeraron a falsa sensación de que as estamos controlando, cando en realidade non deixan de aumentar. As clásicas ITS, sífilis e gonococia que criamos xa case desterradas son de novo moi incidentes, con xermes coma o gonococo multirresistente. As outras ITS de orixe vírica, coma o herpes xenital ou a infección polo virus de papiloma humano (VPH) fixéronse cada vez máis prevalentes na poboación xeral.

As ITS son basicamente infeccións de conduta, ligadas ás actitudes e comportamentos das persoas e ás colectividades. As tendencias sociais, demográficas e migratorias das últimas décadas, xunto coa percepción da SIDA como enfermidade crónica debido aos cambios terapéuticos dos últimos anos, favorecen o aumento espectacular das ITS.

2.- DEFINICIÓ DO PROCESO ASISTENCIAL

- Proceso asistencial:

Identificación, diagnóstico, tratamento e seguimento de infeccións de transmisión sexual.

- Alcance:

Todo o persoal do Servizo Galego de Saúde.

- Usuaría:

Persoas con algún dos seguintes síntomas ou signos:

- Ulceración anoxenital.
- Uretrite, cervicite ou proctite.
- Fluxo vaxinal/ vulvovaxinite.
- Verrugas xenitais.
- Sintomatoloxía de enfermidade inflamatoria pélvica:
 - Dor no baixo abdome.
 - Fluxo vaxinal ou endocervical.
 - Dispareunia.
 - Febrícula ou febre.
 - Hemorraxia vaxinal anormal.
- Sintomatoloxía de ectoparasitose xenital:
 - Prurito en zona xenital intenso.
 - Prurito xeneralizado de predominio nocturno.
 - Lesións dérmicas por hipersensibilidade.

- Propietario do proceso:

División de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde.

3.- PROCESO DE ELABORACIÓN DA GUÍA TÉCNICA

3.1 Participación social

Esta guía técnica forma parte do proxecto de mellora da atención ás infeccións de transmisión sexual do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Os requirimentos foron identificados nunha mesa de traballo na que participaron representantes da Casa de Acolida da Muller da Coruña, Casa da Muller do Concello de Lugo, Alecrín (Grupo de estudos sobre a condición da muller), Asociación Coruñesa de Esclerose Múltiple, especialistas do Servizo Galego de Saúde nas patoloxías con alta prevalencia de mulleres e xestores do Sistema Sanitario de Galicia. Posteriormente o proxecto foille asignado a un/unha profesional experto/a no tema que definiu as tarefas necesarias para acadar os obxectivos definidos no Plan. Estas tarefas e obxectivos foron aprobados no Comité do Plan formado pola conselleira de Sanidade, os dous secretarios xerais, o director xeral de Asistencia Sanitaria e o de Recursos Humanos, a asesora técnica e tres expertos na materia. A primeira tarefa identificada dentro do proxecto foi a elaboración dunha guía de actuación clínica dirixida aos/ás profesionais sanitarios/as para a atención ás infeccións de transmisión sexual.

3.2 Participación dos profesionais

Para a elaboración desta guía, e despois de definirse o fluxograma de procesos, creouse un grupo de traballo composto por profesionais sanitarios expertos no tema que, seguindo a metodoloxía descrita a continuación, definiron e identificaron os criterios e as accións sanitarias que facilitan as tomas de decisión dos/as profesionais sanitarios que atenden a estas mulleres.

O grupo de traballo tivo que identificar os subprocesos que forman parte do proceso global de atención ás infeccións de transmisión sexual. Para cada subproceso detalláronse as actuacións sanitarias (anamnese, probas complementarias, exploración...) que se incluían nel. Igualmente para cada unha destas actuacións sanitarias as persoas que compoñen o grupo tiveron que definir os seus requisitos ou características técnicas, cando non houberse unha práctica profesional homoxénea e, por último, a calidade necesaria para realizar ese subproceso asistencial. Tamén tiveron que definir a información que se lle debe dar á usuaria no subproceso.

3.3 Decisión da organización

O documento presentóuselle á División Xeral de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde para a súa revisión e aprobación. Tamén se lles enviou á Fundación Fisterrae para que realizasen unha revisión externa e ao grupo de coordinación do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. O documento final foi presentado ao Comité Técnico do Plan para a súa aprobación final e inicio da súa implantación nas áreas piloto definidas no propio Plan.

4.- METODOLOXÍA UTILIZADA NA GUÍA TÉCNICA

A presente guía técnica non é unha guía de práctica clínica, aínda que estas foron a base para a súa elaboración e inclúense na bibliografía. Esta guía quere servir de axuda á toma de decisións dos/as profesionais que atenden un determinado proceso asistencial, homoxeneizando as actuacións sanitarias en todo o Sistema Sanitario Público de Galicia.

A unidade básica dentro da guía son os chamados “subprocesos” e estes teñen definido un determinado obxectivo, cando e a quen debe aplicalo e as actuacións sanitarias incluídas nel. Tamén están incluídas nesta guía algunhas características de calidade en canto á cualificación

ou titulación do profesional e as instalacións e materiais necesarios. Esta guía acompañarase de información específica da área sanitaria, na que o/a profesional desenvolve o seu traballo especificando os fluxos de derivación e a forma de acceso aos especialistas consultores.

En cada subproceso asistencial veñen identificadas as actuacións sanitarias que hai que realizar, como poden ser unha anamnese, a solicitude de probas ou a prescrición farmacéutica. De cada unha destas actuacións sanitarias definíronse os seus criterios ou características a modo de guía de práctica clínica. Nos casos nos que o grupo considerou que na práctica profesional existe unha variabilidade grande determinouse con detalle o nivel de evidencia científica e apuntouse o grao de recomendación baseado na mellor evidencia científica dispoñible no documento. Nas actuacións que o grupo considerou que teñen unha práctica profesional común e que están baseadas na evidencia científica, non se explicitou o grao de recomendación.

O sistema de codificación utilizado para os subprocesos é un código composto polo número de orde de publicación da guía máis un número consecutivo dentro do propio proceso.

Ademais, con esta sistemática identificáronse as necesidades materiais e de formación que os xerentes das áreas sanitarias deberán dispoñer para aplicar un determinado proceso asistencial.

5.- OBXECTIVOS DA GUÍA

Os obxectivos que espera acadar esta guía, unha vez implantada, son:

- Axudar os profesionais na súa toma de decisións sanitarias para realizar o diagnóstico e tratamento da muller con sospeita ou infección de transmisión sexual.
- Diminuír a variabilidade na prestación do servizo e mellorar a súa calidade.
- Mellorar a accesibilidade a este servizo prestándoo a través de Atención Primaria.
- Aumentar o grao de satisfacción e de información das mulleres respecto ao trato recibido e potenciar a súa participación na toma de decisións.

6.- CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE DO PROCESO

Os seguintes puntos definen as características de calidade do proceso:

- Instalacións: Para a realización de todos os subprocesos incluídos necesítase unha consulta estándar que garanta a privacidade da usuaria.
- Recursos materiais:
 - Comúns:
 - Dotacións estándares de consultas de atencións Primaria ou Especializada.
 - Específicos. Determinados en cada subproceso.
- Profesionais:
 - Recomendable adestramento específico en historia clínica para paciente con sospeita de ITS.
 - Recomendable adestramento en exploración clínica para pacientes con ITS.
 - Adestramento e experiencia en técnicas de diagnóstico.
- Outros aspectos que hai que ter en conta:
 - Necesidade de garantir a confidencialidade á hora de emitir informes e notificar resultados destes pacientes.
 - Atención aos menores de idade, pois unha ITS pode ser indicativa dun abuso sexual.

7.- PROCESO XERAL

Fluxograma:



Subprocesos:

- 09-01- Valoración diagnóstica ante unha ulceración anoxenital.
- 09-02- Diagnóstico, tratamento e seguimento de ulceración anoxenital.
- 09-03- Valoración diagnóstica ante unha uretrite, cervicite ou proctite.
- 09-04- Diagnóstico, tratamento e seguimento da uretrite, cervicite ou proctite.
- 09-05- Valoración diagnóstica ante fluxo vaxinal / vulvovaxinite.
- 09-06- Diagnóstico, tratamento e seguimento de fluxo vaxinal / vulvovaxinite.
- 09-07- Valoración diagnóstica ante verrugas xenitais.
- 09-08- Diagnóstico, tratamento e seguimento de verrugas xenitais.
- 09-09- Valoración diagnóstica ante sintomatoloxía de enfermidade inflamatoria pélvica.
- 09-10- Diagnóstico, tratamento e seguimento da enfermidade inflamatoria pélvica.
- 09-11- Valoración diagnóstica ante sintomatoloxía de ectoparasitose.
- 09-12- Diagnóstico, tratamento e seguimento de ectoparasitose.

8.- GUÍA DE ACTUACIÓN CLÍNICA: DESCRIPCIÓN DOS SUBPROCESOS ASISTENCIAIS

SUBPROCESO 09-01: VALORACIÓN DIAGNÓSTICA ANTE UNHA ULCERACIÓN ANOXENITAL.

Obxectivo do subproceso:

Valorar a sintomatoloxía e solicitar as probas para facer o diagnóstico.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Persoa que presenta unha ulceración anoxenital.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no subproceso:

- Actuacións xerais ante sospeita de ITS. (ver anexo 1)

- Realizar a anamnese:

- Anamnese xeral e sobre os hábitos sexuais. (ver anexo 1.2)
- Anamnese específica, segundo tipo de infección de transmisión sexual que se sospeite:
 - Inicio dos síntomas.
 - Localización e número de lesións.
 - Evolución.
 - Recorrenza.

- Exploración física:

- Exploración básica xeral, con especial atención á existencia de adenopatías.
- Exploración completa de pel e mucosas.
- Exploración física específica en función desta ITS.

- Valorar posibles diagnósticos etiolóxicos (ver anexo 2):

- Herpes xenital: O axente produtor é o virus do herpes simple tipos I e II (VHS I/II). Na primoinfección aos 4-8 días do contacto sexual aparecen os primeiros síntomas. Clinicamente as lesións da primoinfección son vesículas múltiples que tenden a coalescer en amplas áreas e/ou ampolas ou úlceras, de tamaño e profundidade variable. De localización en rexión xenitoanal, e en mucosas como o cérvix e o glande. Pode acompañarse dunha síndrome febril, dor, prurito, queimazón, disuria e secreción vaxinal. Nas recidivas as manifestacións son menos intensas. Adoita acompañarse de adenopatías rexionais. A aparición de síntomas neurolóxicos, febre persistente ou outros signos ou síntomas de enfermidade grave debe facer sospeitar unha infección diseminada ou complicación.
- Sífilis: O axente produtor é o *Treponema pallidum*. A lesión primaria (chancro sifilítico) aparece entre as 2 e as 6 semanas despois do contaxio, é unha úlcera firme, indolora, regular, ben demarcada, de bordos indurados e base limpa. Acompáñase de adenopatías normalmente unilaterais. As localizacións máis frecuentes son nos labios menores, horquilla vulvar, paredes vaxinais e cérvix. No home localízase no suco balanoprepucial e no glande. Non obstante, moitas veces o chancro pasa desapercibido e unha porcentaxe importante dos diagnósticos de sífilis fanse por seroloxía pedida por outro motivo, sobre todo en mulleres.

- Chancro brando ou chancroide: O axente produtor é o *Haemophilus ducreyi*. O período de incubación é de 3 a 8 días. A lesión primaria é unha pústula eritematosa e posteriormente unha úlcera redondeada de base necrótica, bordos ben delimitados e branda e dolorosa á palpación. De localización nos labios maiores, menores, horquilla vulvar e cérvix. No home localízase no suco balanoprepucial e no glande. As lesións adoitan ser múltiples e pódense acompañar de adenopatías que con frecuencia se fan fístulas.
- Linfogranuloma venéreo (LGV): O axente etiolóxico son as serovariantes L1, L2, L3 da *C. Trachomatis*. O período de incubación é de 3 días a 3 semanas cunha media de 12 días. A fase primaria pode iniciarse de catro formas: coa presenza dunha pápula non indurada localizada nos xenitais externos ou en forma dunha vesícula herpetiforme pequena e pouco dolorosa, ou manifestarse como unha úlcera cutánea, de aproximadamente 4 a 6 mm de diámetro, de base indurada. Nas mulleres, o sitio de localización máis frecuente son os xenitais externos, a parte posterior da vaxina, o cérvix e a vulva. No home o suco coronal, frenillo, prepucio, pene e escroto ou recto.
- Granuloma inguinal ou Donovanosis: O axente produtor é o *Calymmatobacterium granulomatis*. O período de incubación varía dunha semana a 3 meses cunha media de 3 semanas. As lesións son pápulas ou nódulos subcutáneos que crecen ata formar úlceras ovaladas ou arciformes indoloras, de aspecto carnoso, friables con bordos regulares e elevados. Teñen un curso crónico e linfadenopatía rexional. Localízanse en prepucio, glande, labios maiores, menores e recto.

- Exame de campo escuro. Débese realizar en todos/as os/as pacientes con ulceración xenital de menos de 2 meses de evolución. (É necesario material para toma de mostras de exudado. Microscopio de campo escuro, só se pode realizar INMEDIATAMENTE).

- Realizar a toma de mostra para (gram, cultivo....) solicitar probas diagnósticas:

- Tinguidura de Gram e cultivo de exudado: Débese realizar en todo paciente con ulceración anoxenital de etioloxía non filiada. Non é necesario en pacientes con lesións herpéticas recorrentes.
- Seroloxía para sífilis: Debe realizarse en todos os casos de ulceración xenital, aínda que exista outra etioloxía recoñecida. Se a evolución é menor de 2 meses e a seroloxía é negativa debe repetirse pasado ese tempo.
- Seroloxía para HIV e hepatitis B:
 - Seroloxía para clamidias: débese realizar en pacientes que polos antecedentes epidemiolóxicos (procedencia xeográfica, contacto con orixinarios e viaxes a zonas endémicas -leste e oeste de África, Caribe/Sudamérica, India e sueste asiático-) a presenza dun proceso granulomatoso-lymfadenopático e a cronicidade do proceso suxira un linfogranuloma venéreo.
 - Técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (TAAN) de VHS 1 e 2: pode realizarse como alternativa ao cultivo de virus.
 - Técnicas de amplificación de ácidos nucleicos de clamidia: débese realizar en pacientes que polos antecedentes epidemiolóxicos, a presenza dun proceso granulomatoso-lymfadenopático e a cronicidade do proceso suxira un linfogranuloma venéreo. Permite o diagnóstico e a xenotipificación de especies de clamidia.

- Valorar a solicitude de realización de biopsia que debe realizarse en todas as úlceras xenitais de etioloxía non filiada tras a realización das probas anteriores. Proporciona información diagnóstica para todos os procesos que cursan con úlceras anoxenitais, tanto ITS como doutra etioloxía. Permite a confirmación diagnóstica de sífilis con inmunohistoquímica.

- Rexistrar en historia clínica.

- Declaración no Sistema de Vixilancia de Saúde Pública de Galicia. (ver anexo 1, punto. 11)

- Valorar a derivación prioritaria no caso de:

- Mulleres xestantes.
- Pacientes con infección por VIH ou outras inmunodeficiencias.
- Sintomatoloxía neurolóxica, oftalmolóxica ou ótica acompañante.
- Contraindicación de tratamento estándar.
- Lesións ou secuelas que requiran tratamento cirúrxico non accesible en centros de Atención Primaria.
- Sífilis en alérxicos á penicilina.

- Informar o/a paciente:

- Unha ulceración anoxenital pode revelar, entre outras moitas posibilidades, unha ITS e é necesaria unha anamnese ao respecto, así como exploración e probas.
- Consellos sobre condutas. A paciente debería evitar os contactos sexuais ata a resolución do cadro clínico.
- Realización de probas solicitadas. Véxase anexo 2.
- Xestión de cita para valoración diagnóstica.

SUBPROCESO 09-02: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEGUIMENTO DA ULCERACIÓN ANOXENITAL.

09-02

Obxectivos do subproceso:

Confirmar o diagnóstico e iniciar o tratamento da ulceración anoxenital.

Motivo de aplicación deste proceso:

Paciente que realizou a primeira consulta por ulceración anoxenital.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no subproceso:

- Realizar o diagnóstico etiolóxico. Aplicar os seguintes criterios sobre táboa anexo 2a e 2b.

- Sífilis: demostración de treponemas en microscopía de campo escuro ou biopsia (inmunohistoquímica ou técnicas de prata) ou seroloxía de sífilis significativa (probas treponémicas e non treponémicas).
- Virus herpes simple (VHS) tipo I e II: cultivo ou técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (TAAN). O tratamento débese iniciar ante sospeita clínica.
- Chancro brando: cultivo de *H. ducreyi* ou úlceras múltiples dolorosas, excluindo sífilis e herpes simple.
- Linfogranuloma venéreo (LGV): cultivo ou técnicas de amplificación de ácidos nucleicos de *C. trachomatis* con xenotipado de serovariedades de LGV (L1, L2 e L3) ou sospeita clínica e seroloxía positiva ou sospeita clínica se non se dispón de test de confirmación.
- Granuloma inguinal: cultivo ou visualización de corpos de Donovan.
- Biopsia: débese realizar en todas as úlceras xenitais de etioloxía non filiada tras a realización das probas anteriores. Proporciona información diagnóstica para todos os procesos que cursan con úlceras anoxenitais, tanto ITS como doutra etioloxía. Permite a confirmación diagnóstica de sífilis con inmunohistoquímica.

- Avaliar outro posible diagnóstico diferencial.

- Prescribir tratamento. (ver anexo 2)

- Sífilis primaria:
 - 2.400.000 UI de penicilina benzatina IM dose única. Non en pacientes VIH + ou con manifestacións neurolóxicas, oftalmolóxicas e/ou óticas.
- Herpes simple. Tratamento da primoinfección:
 - Aciclovir 400 mg VO, 3 v/día, 7-10 días.
 - Aciclovir 200 mg VO, 5 v/día, 7-10 días.
 - Famciclovir 250 mg VO, 3 v/día, 7-10 días.
 - Valaciclovir 1 g VO, 2 v/día, 7-10 días.
 Prolongar se non curación en 10 días.
- Tratamento do herpes simple xenital recorrente.

(A indicación de tratamento antivírico supresor (medicación continuada para evitar novos abrochos), episódico (para diminuír a intensidade dos abrochos) ou ningún debe adaptarse á situación clínica).

- Tratamento supresor: (En persoas con 6 ou máis episodios ao ano. Durante 6 meses 1 ano e volver avaliar recorrencias):
 - Aciclovir 400 mg VO, 2 v/día.
 - Famciclovir 250 mg VO, 2 v/día.
 - Valaciclovir 500 mg VO, 1 v/día.
 - Valaciclovir 1 g VO, 1 v/día.
- Tratamento episódico:
 - Aciclovir 400 mg VO, 3 v/día, 5 días.
 - Aciclovir 800 mg VO, 2 v/día, 5 días.
 - Aciclovir 800 mg VO, 3 v/día, 2 días.
 - Famciclovir 125 mg VO, 2 v/día, 5 días.
 - Famciclovir 1 g VO, 2 v/día, 1 día.
 - Valaciclovir 500 mg VO, 2 v/día, 3 días.
 - Valaciclovir 1 g VO, 1 v/día, 5 días.
- Tratamento do chancro brando:
 - Azitromicina 1g. VO monodose.
 - Ceftriaxona 250 mg. IM monodose (antibiótico de uso hospitalario. Precisa visado).
 - Ciprofloxacino 500 mg/12 h. 3 días VO.
 - Eritromicina base 500 mg/8 h. 7 días VO.
- Tratamento do linfogranuloma venéreo:
 - Doxiciclina 100 mg VO, 2 veces ao día, 21 días.
 - Eritromicina base 500 mg VO, 4 veces ao día, 21 días (alternativo).
- Tratamento do granuloma inguinal:
 - Doxiciclina 100 mg VO, 2 veces ao día, ata curación (mínimo 3 semanas).
- Valorar a realización de punción-aspiración ou drenaxe de adenopatías abscesificadas en pacientes con chancro brando ou linfogranuloma venéreo e adenopatías abscesificadas. (Necesario material de cirurxía menor). En caso de non realizarse poden persistir ou/e facerse fístulas.

- Xestión de contactos en pacientes con:

- Sífilis:
 - Contactos que mantiveron relacións sexuais co/a paciente os últimos 90 días antes do diagnóstico de sífilis (primaria, secundaria ou latente de menos de 1 ano):
 - Tratamento estándar para sífilis precoz.
 - Contactos anteriores aos 90 días antes do diagnóstico de sífilis precoz (primaria, secundaria ou latente de menos de 1 ano):
 - Exame e estudo serolóxico. Se o estudo non é posible ou o seguimento é incerto deben ser tratados.
 - Os períodos son orientadores: os/as pacientes con sífilis latente e test non treponémicos a título $\geq 1/32$ presúmese que a evolución é inferior a un ano.
 - Información ao/á paciente: a contaxiosidade e potencial gravidade do proceso fai necesario un estudo e, se é o caso, tratamento preventivo con penicilina.

- Chancro brando:
 - Persoas que mantiveron contactos sexuais co/a paciente diagnosticado de chancroide dende os 10 días anteriores ao inicio dos síntomas:
 - Exame e tratamento se resultado positivo. Se existisen síntomas procederíase ao estudo como caso.
 - O/a paciente debería evitar contactos sexuais ata a resolución completa do cadro.
 - Información ao/á paciente: O tratamento aos contactos sexuais está xustificado debido á alta contaxiosidade do proceso.
- Linfogranuloma venéreo:
 - Persoas que mantiveran contactos sexuais co/a paciente diagnosticado/a 60 días anteriores ao inicio dos síntomas:
 - Exame, investigación de clamidias en uretra e cérvix e tratamento se resultado positivo: Se existiran síntomas procederíase ao estudo como caso.
 - Pauta curativa da infección. Poden persistir secuelas.
 - O/a paciente debería evitar contactos sexuais ata a resolución completa do cadro.
 - Información ao/á paciente: O tratamento está xustificado nos contactos sexuais debido á alta contaxiosidade do proceso.
- Granuloma inguinal:
 - Persoas que mantiveran contactos sexuais co/a paciente diagnosticado/a 60 días anteriores ao inicio dos síntomas. O período de incubación pode ser maior de 60 días. Algúns autores recomendan un período maior para investigación de contactos:
 - Exame e tratamento se resultado positivo. Se existiran síntomas procederíase ao estudo como caso.
 - O/a paciente debería evitar contactos sexuais ata a resolución completa do cadro.
 - Información ao/á paciente: O tratamento está xustificado nos contactos sexuais debido á alta contaxiosidade do proceso.
- Herpes simple xenital:
 - Persoas que mantiveran contactos sexuais co/a paciente diagnosticado/a:
 - Contactos sintomáticos: Estudo e tratamento como caso.
 - Resto (sen síntomas): Vixilancia/advertencia por se aparece sintomatoloxía.
 - O/a paciente debería evitar contactos sexuais nas fases prodrómicas e activas da enfermidade e recibir información sobre o risco de transmisión en fases asintomáticas.
 - Información ao/á paciente: As persoas infectadas por virus herpes simple xenital poden transmitir a infección a persoas susceptibles tanto en fases sintomáticas como asintomáticas. O uso de preservativo pode diminuír este risco.
- Valorar derivación no caso de:
 - Mulleres xestantes.
 - Pacientes con infección por VIH ou outras inmunodeficiencias.
 - Sintomatoloxía neurolóxica, oftalmolóxica ou ótica acompañante.
 - Ulceracións xenitais de etioloxía descoñecida ou dúbida diagnóstica.
 - Contraindicación de tratamento estándar.
 - Lesións ou secuelas que requiran tratamento cirúrxico non accesible en centros de Atención Primaria.
 - Sífilis en alérxicos á penicilina.

- Rexistrar en historia clínica.
- Declaración no Sistema de Vixilancia de Saúde Pública de Galicia. (ver anexo 1, punto 11)
- Xestión de cita para seguimento do tratamento no que se valorará a resolución das lesións:
 - No caso da sífilis deberase efectuar un control serolóxico aos 6 e 12 meses. Se as probas non treponémicas non descenden a 1/4 do valor máximo que acadaron antes do tratamento deberase remitir ao/á paciente para valoración por un/unha especialista.
 - No caso do granuloma inguinal ou donovanose, débese facer unha revisión para comprobar a curación ao cabo das tres semanas de tratamento.
 - No caso da primoinfección no herpes xenital, débese facer unha revisión para comprobar a curación ao cabo dos dez días de tratamento.

SUBPROCESO 09-03: VALORACIÓN DIAGNÓSTICA ANTE URETRITE, CERVICITE OU PROCTITE.

Obxectivo do subproceso:

Valorar a sintomatoloxía e solicitar as probas para facer o diagnóstico.

09-03

Motivo de aplicación deste proceso:

Persoa que presenta unha uretrite, cervicite ou proctite.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Actuacións xerais ante sospeita de ITS. (ver anexo 1)

- Realizar a anamnese:

- Anamnese xeral e sobre os hábitos sexuais. (ver anexo 1.2)
- Anamnese específica, segundo tipo de infección de transmisión sexual que se sospeite:
 - Tempo de evolución.
 - Síndrome miccional.
 - Sangrado intermenstrual ou sangrado co coito .
 - Exudado vaxinal (cantidade, cor, viscosidade,...).
 - Exudado uretral (cantidade, cor, viscosidade,...).
 - Exudado rectal (cantidade, cor, viscosidade,...).
 - Síndrome proctolóxica.

- Exploración física:

- Exploración básica xeral. Exploración completa de pel e mucosas.
- Exploración física específica en función desta ITS.
- Se posible uretrite: explorar meato urinario. Exudado mucopurulento abundante ou escaso. Na muller facer exploración cervico-vaxinal.
- Se posible cervicite: exploración do cérvix e do exudado endocervical e vaxinal (necesidade de padiola xinecolóxica, espéculos e lampa) facendo a proba do hisopo (introducilo no canal cervical; é positiva se sae amarelo. Friabilidade do colo con fácil sangrado ao toque co hisopo -diagnóstico diferencial coa ectopía cervical).
- Se posible proctite: exploración anal con especial atención a erosións e inflamacións.

- Valorar posible diagnóstico:

- Síndrome uretral: período de incubación variable, segundo a etioloxía gonocócica (UG) (2-5 días) ou non gonocócica (UNG) (7 días a 3 semanas). Este cadro clínico é moito máis característico dos homes. Na muller a síndrome uretral é moi pouco habitual, pódese acompañar de fluxo vaxinal. Ante unha muller cunha clínica de disuria persistente con urocultivo negativo, pode inducir a sospeita de infección por Clamidia, *Ureaplasma urealyticum*, Trichomona, fungos ou incluso *Mycobacterium tuberculosis*:
 - Uretrite gonocócica (UG): Está producida por *Neisseria gonorrhoeae*. O período de incubación é variable de 2 a 5 días. A secreción é purulenta e abundante. A sintomatoloxía de disuria, poliaquiuria e tenesmo é frecuente e importante.

- Uretrite non gonocócica (UNG): Os axentes implicados son varios: Clamidia trachomatis (35%-50%), Ureaplasma urealyticum (10%-20%, con frecuencia sen síntomas en varóns), Mycoplasma genitalium (10%-20% dos homes). Tamén pode estar implicado Trichomonas vaginalis, VHS I /II. O período de incubación é de 7 a 21 días. A secreción é mucosa ou mucopurulenta e escasa. A sintomatoloxía de disuria, poliaquiuria, tenesmo é discreta. Debe pensarse en diagnóstico diferencial con disuria de etiología non infecciosa (vulvite atrófica, por exposición a produtos químicos (cosméticos, papel celulosa, lubricantes, espermicidas, tampóns..) Avaliar outro posible diagnóstico diferencial.
- Cervicite:
 - En máis do 50% son sen síntomas, xa que o fluxo é un síntoma común dentro das ITS temos que facer varias preguntas para descartala. Nalgunhas mulleres pódese observar ademais do fluxo mucopurulento endocervical e/ou vaxinal sangrado intermenstrual ou co coito.
 - Período de incubación variable, segundo a etiología (2 días a 4 semanas). Os axentes etiolóxicos máis frecuentes son a clamidia, ou gonococo, aínda que tamén se describen casos por trichomonas e *M genitalium*. Non obstante na maioría das cervicites non se illa ningún microorganismo.
- Proctite:
 - Dor rectal, tenesmo e febre: abscesos perirrectais e fisuras anais. Mucosa vermella e recuberta de abundante supuración, con múltiples erosións e inflamacións circunscritas.
 - Período de incubación variable, segundo a etiología (2 días a 3 meses).
 - É máis común nos pacientes homes que teñen sexo con homes (HSH).

- Realizar a toma de mostra. Identificar a mostra como sospeita de ITS:

- Do exudado uretral: con introdución do escobillón de alginato cálcico (preferiblemente) embebido en soro salino 1-2 cm na uretra do varón. Na muller pode recollese da uretra tras premela suavemente contra a sínfise pubiana; se se observa secreción facer coma no caso dos varóns.
- De mostra da urina: dunha micción (primeiro chorro) que fose posterior a 2 horas da anterior.
- Do exudado vaxinal e endocervical: nestas mostras de fluxo vaxinal e de exudado endocervical, débense limpar as secrecións vaxinais e moco e o espéculo non debe estar lubricado. (Pódese usar soro fisiolóxico para lubricar o espéculo). A toma vaxinal facela do fondo de saco posterior. Na endocervical introducir o hisopo 2-3 cm. no canal cervical, rotalo 180°.
- As mulleres con cervicite:
 - Deben ser valoradas tamén por medio da microscopia en fresco na propia consulta, para descartar ou poñer en evidencia unha posible vaxinite bacteriana ou unha tricomoníase, debido a posibilidade de co-infeccións. (Dado que a sensibilidade da microscopia en fresco é relativamente baixa en mulleres con cervicite, aproximadamente o 50% deben ser testadas ademais por medio de cultivo (trichomonas e gonococo), TAAN de clamidia, mycoplasma genitalium e gonococo).
 - Nos casos de recorrencias débese descartar infección por VHS I/II. (Ver Subprocesos 09 - 01 e 09 - 02 úlceras anoxenitais).
- Do exudado rectal: Esta toma é importante facela sempre en pacientes con sexo anal e HSH, sexa cal sexa a forma de presentación destas infeccións.

- Solicitar probas diagnósticas:

- Tintura de Gram e visualización ao microscopio: en exudado uretral a positividade virá marcada pola existencia de >10 leucocitos polimorfonucleares (PMNs) por campo. En urina pola existencia de > 4-5 leucocitos PMNs por campo. O gonococo aparece como cocos gramnegativos ovais-gran de café.
- Cultivo: é unha proba preferida para o uso de rutina. De elección en caso de abuso sexual. No caso do gonococo debe utilizarse un medio de cultivo selectivo e outro non selectivo e transporte áxil.
- Seroloxía para sífilis, HIV e hepatite B.
- TAAN de gonococo: son técnicas de diagnóstico de baixa especificidade.
- TAAN de clamidia: son as técnicas de elección para mostras de uretra e urina e as endocervicais. Permite a xenotipificación de especies. Nas mostras rectais só aplicar en caso de imposibilidade de cultivo.
- Inmunoensaio encimático (EIA) para clamidias (É unha técnica rápida pero de baixa especificidade). Só útil en pacientes sintomáticos. Non solicitar EIA nas mostras rectais.
- Inmofluorescencia directa (IFD) para clamidias (É unha técnica rápida e específica). Só útil en pacientes sintomáticos.
- Técnicas de detección de *U. urealyticum* (Cultivo e reconto e PCR en mostras de exudado uretral ou cervical).
- TAAN de *M. genitalium* en mostras de urina, exudado uretral e vaxinal e cervical: nas mostras rectais só aplicar en caso de imposibilidade de cultivo. É unha técnica que debe realizarse para descartar infección por este microorganismo nos casos de uretrite/cervicite.

- Rexistrar en historia clínica.

- Valorar a derivación prioritaria antes de 5 días no caso de:

- Dúbida ou non confirmación diagnóstica.
- Embarazo.
- Uretrites recorrentes ou persistentes.
- Cervicites recorrentes ou persistentes.
- Cervicites con solapamento de síndromes que imposibiliten utilizar a clínica como preditora de diagnóstico.
- Bartolinite.
- Anexite.
- Complicacións extraxenitais.
- Infección por VIH ou outras inmunodeficiencias.
- Proctites con sintomatoloxía clínica severa.

- Declaración no Sistema de Vixilancia de Saúde Pública de Galicia. (ver anexo 1, punto 11)

- Información ao/a paciente:

- Consellos sobre condutas sexuais. O/a paciente debería evitar os contactos sexuais ata a resolución do cadro clínico.
- Realización de probas solicitadas.
- Xestión de cita para valoración diagnóstica.

SUBPROCESO 09-04: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEGUIMENTO DE URETRITE, CERVICITE OU PROCTITE.

Obxectivo do subproceso:

Realizar o diagnóstico e iniciar o tratamento da uretrite, cervicite ou proctite.

Motivo de aplicación deste proceso:

Persoa que realizou a primeira consulta por uretrite, cervicite ou proctite.

09-04

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar o diagnóstico etiolóxico tendo en conta os resultados das probas analíticas e as características sintomatolóxicas expostas no subproceso anterior.

- Prescrición de tratamento:

- Uretrite/cervicite: Debe terse en conta que as infeccións gonocócicas e non gonocócicas é frecuente que coexistan, de aí a importancia dun bo diagnóstico. No caso de dúbidas, debe darse tratamento para ambos os dous procesos.
 - Non gonocócica:
 - Azitromicina 1 g oral nunha dose única.
 - Doxiciclina 100 mg oral 2 veces / día / 7 días (non en xestantes).
 - Réxime alternativo:
 - Eritromicina base 500 mg / oral 4 veces / día / 7 días.
 - Eritromicina etilsuccinato 800 mg / oral / 4 veces / día / 7 días.
 - Ofloxacino 300 mg / oral / 2 veces / día / 7 días.
 - Levofloxacino 500 mg / oral / 24 h / 7 días.
 - Non gonocócica persistente ou recorrente:
 - Metronidazol 2g / oral unidose ou Tinidazol 2g / oral unidose MÁIS Azitromicina 1g / oral unidose.
 - Gonocócica (N. gonorrhoeae):
 - Ceftriaxona 125 mg im unidose (Antibiótico de diagnóstico hospitalario) .
 - Cefixima 400 mg oral unidose.
 - Quinolonas (non utilizar en caso de existencia de cepas resistentes).
 - Ciprofloxacino 500 oral unidose.
 - Ofloxacino 400 mg oral unidose.
 - Levofloxacino 250 mg oral unidose.
 - Proctite:
 - Ceftriaxona 125 mg IM (antibiótico de diagnóstico hospitalario. Precisa visado) máis Doxiciclina 100 mg / oral / 2 veces día / 7 días.
 - No caso de Linfogramuloma Venéreo, debe administrarse doxiciclina oral 100 mg / 2 veces día / 3 semanas.
 - No caso de infección por VHS I/II, T. pallidum, véxase capítulo sobre úlceras anoxenitais.

- Valorar a realización de biopsia en proctites por punción-aspiración ou drenaxe de adenopatía.

- Xestión de contactos en pacientes con:

- Uretrite/cervicite ou proctite: recomendar o estudo de contactos anteriores a 60 días para diagnosticar e tratar.

- Valorar derivación no caso de:

- Falta de remisión da sintomatoloxía.
- En mulleres xestantes.
- Aparición de complicacións:
 - Uretrite/cervicite: febre e dor abdominal baixo, síntomas extraxenitais.
 - Proctite: aparición de úlceras crónicas, estenoses e cicatrizacións anormais.

- Rexistrar en historia clínica.

- Información á paciente:

- Evolución positiva do tratamento e posibles complicacións.
- Recomendar abstención sexual durante 7 días.

- Declaración no Sistema de Vixilancia de Saúde Pública de Galicia (ver anexo 1, punto 11)

- Xestión de cita para seguimento do tratamento no que se valorará a resolución dos síntomas.

09-04

SUBPROCESO 09-05: VALORACIÓN DIAGNÓSTICA ANTE FLUXO VAXINAL/ VULVOVAXINITE.

Obxectivo do subproceso:

Valorar a sintomatoloxía e solicitar as probas para facer o diagnóstico.

Motivo de aplicación deste proceso:

Muller que consulta por fluxo vaxinal ou sintomatoloxía de vulvovaxinite.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

09-05

- Actuacións xerais ante sospeita de ITS. (ver anexo 1)

- Realizar a anamnese:

- Anamnese xeral e sobre os hábitos sexuais (ver anexo 1.2)
- Anamnese específica:
 - Aspecto, cor e olor do fluxo.
 - Fluxo fisiolóxico durante o ciclo menstrual.
 - Utilización de preservativos, diafragmas, tampóns, mini-compresas (salvaslips).
 - Aplicación de cremas, desodorizantes ou xabóns perfumados.
 - Duchas ou irrigacións intravaxinais, baños quentes, piscinas.
 - Prurito, proído vaxinal.
 - Tratamentos antibióticos previos.

- Exploración física:

- Exploración vulvovaxinal (necesidade de padiola xinecolóxica, espéculos e lampa).
- Palpación bimanual de útero e anexos.

- Valorar posible diagnóstico:

- Vulvovaxinite de orixe non infecciosa:
 - Fisiolóxica: fluxo claro e sen olor.
 - Ectopía cervical: fluxo vaxinal con aspecto mucoide claro e sen olor e a nivel periorifical ampla ectopía glandular.
 - Dermatite vulvar de contacto, a vulva está inflamada e eritematosa.
 - Por corpo extraño: podre, o olor é nauseabundo (Esta vulvovaxinite é común en idades pediátricas).
 - Vulvovaxinite atrófica.
 - Pólipos endocervicais.
 - Asociada a DIU.
 - Traumatismo físico.

- Vulvovaxinites infecciosas non sexualmente transmitidas:
 - Vaxinose bacteriana: é a causa máis frecuente de aumento do fluxo ou mal olor xenital. Asintomática nun 50%. Aumento de fluxo espeso abrancazado ou agrisado, adheridos ás paredes vaxinais ou mal olor xenital (a peixe). Prurito escaso, proído vaxinal e ocasionalmente dispareunia. Causada por proliferación bacteriana (polimicrobiana e anaerobios) que despraza os lactobacilos. A máis común está provocada por un coco gram negativo, *Gardnerella vaginalis*. Non é necesariamente de transmisión sexual. É excepcional en mulleres virxes. As recorrencias son comúns. Existen grupos de mulleres con incremento de frecuencia desta vulvovaxinite, como as mulleres negras africanas, as MSM (mulleres que teñen sexo con mulleres) e as fumadoras.
 - Vulvovaxinite candidiósica: actualmente non se considera unha ITS. Representa unha terceira parte de todas as vulvovaxinites. O 75% das mulleres padecerana nalgún momento da súa vida reprodutiva e delas o 40%-50% terán dous ou máis episodios. Causada xeralmente por *Candida albicans*, pero pode selo por outro tipo de candidas e levaduras. Prurito, xeralmente intenso (un 38% das mulleres non o refiren), fluxo abrancazado espeso (como requeixo), dor vulvar, dispareunia. Na exploración pódese ver un eritema vulvar variable, de moderado en labios menores a edema, fisuras e excoriacións na vulva na vulvovaxinite candidiósica severa.
 - Tipos:
 - Vulvovaxinite candidiósica non complicada: esporádica ou infrecuente. Cunha clínica leve ou moderada. Probablemente provocada por *C. Albicans*. En mulleres sas.
 - Vulvovaxinite candidiósica complicada: un 10%-20% de mulleres preséntana. Iso supón implicacións específicas de diagnóstico e tratamento.
 - Vulvovaxinite candidiósica recorrente: con catro episodios sintomáticos nun ano. Afecta a unha pequena porcentaxe de mulleres < do 5%. Patoxenia pouco coñecida. É conveniente confirmar o diagnóstico de cada episodio con cultivo vaxinal para identificar especies de candidas non usuais, especialmente *c. Glabrata*.
 - Vulvovaxinite candidiósica severa: cadro clínico con intenso eritema vulvar, edema, excoriacións e fisuras.
 - Vulvovaxinite candidiósica non albicans: provocada por outras candidas ou levaduras: *candida glabrata*, *c. tropicalis*, *c. stellatoidea*.
 - Vulvovaxinite candidiósica en mulleres xestantes (ocorre con bastante frecuencia sobre todo na segunda metade do embarazo).
 - Vulvovaxinite candidiósica en mulleres inmunocomprometidas (con infección por VIH, corticoterapia, quimioterapia, diabéticas con mal control).
- Vulvovaxinite infecciosa sexualmente transmitida:
 - Tricomoniase: é a menos frecuente das vulvovaxinites infecciosas, aínda que é a ITS non vírica máis prevalente no mundo. A súa incidencia pode estar infravalorada por ser asintomática nun 50% en mulleres e nun 90% en homes. Está causada por un protozoo. É unha infección de transmisión sexual cun período de incubación de 5 a 28 días. Pódese asociar con outra ITS especialmente gonococcia. Con frecuencia orixina cervicite. Clinicamente de presentación moi variable: molestias vulvares (dende intensa dor e prurito a sintomatoloxía moi leve), dispareunia, pódese asociar con polaquiuria ou síntomas de cistite. Fluxo moi variable: escaso fluxo ou ausente, fluxo abundante de cor amarela verdosa con ou sen burbullas ou doutra cor e aspecto, vulva e paredes vaxinais de cor vermella intensa, “cérvix en amorodo” ou de aspecto normal.

- Clamidiásica: xa que o fluxo é un síntoma común dentro das ITS, temos que facer varias preguntas para descartala, fundamentalmente con prácticas de risco e grupo de idade <25 anos. Fluxo mucopurulento (fluxo endocervical amarelento opaco). Friabilidade (fácil sangrado) cando se toca o colo uterino cun hisopo e/ou eritema e edema da ectopía cervical. (Diagnóstico diferencial con ectopía cervical). Nunha porcentaxe moi alta de mulleres (85-90%) é asintomática ou preséntase coma unha cervicite. A clamidiase é moi prevalente nas mulleres, e aproximadamente o 5-10% das mulleres sexualmente activas por debaixo dos 25 anos están infectadas, segundo datos dos países do noso contorno. Relaciónase coa enfermidade pélvica inflamatoria (EPI). Se se detecta no embarazo débese valorar a derivación a Dermatoloxía/Tocoloxía e facer o seguimento e o “test de cura”.
- Gonocócica: xa que o fluxo é un síntoma común dentro das ITS, temos que facer varias preguntas para descartala, fundamentalmente de prácticas de risco. Pódese presentar coma cervicite (asintomática en máis do 50%) ou raramente como fluxo purulento ou uretrite. Relaciónase coa EPI. É máis frecuente en mulleres < de 30 anos, con múltiples parellas e sexo sen protección e con sexo comercial. Se se detecta no embarazo débese valorar a derivación a Dermatoloxía/Tocoloxía.

- Probas diagnósticas. Realizar a toma de mostra:

Nas mostras de fluxo vaxinal débense limpar as secrecións vaxinais e moco e o espéculo non debe estar lubrificado (Pódese usar soro fisiolóxico para lubricar o espéculo).

- Vulvovaxinite de orixe non infecciosa:

(O diagnóstico é fundamentalmente clínico pola anamnese e exploración.)

- Microscopia en fresco. Se existen dúbidas razoables de que pode tratarse dunha vulvovaxinite de orixe infecciosa faranse probas específicas de mostras endocervicais, vaxinais ou urinarias para cultivo, detección de antíxenos, TAAN,...

- Vulvovaxinites infecciosas non sexualmente transmitidas:

- Vaxinose bacteriana:

- Microscopia en fresco. “Clue cells” ou células diana. Abundantes leucocitos.
- Tira de pH: elevado (> 4.5)
- Proba das aminas: aplicación de KOH ao 10% ao fluxo: detección do olor a peixe.
- Non son útiles nin o cultivo nin a citoloxía.

- Vulvovaxinite candidiósica:

- Microscopia en fresco: observación das pseudohifas. A ausencia de pseudohifas non exclúe o diagnóstico e é sospeita de vulvovaxinite candidiósica. Non Albicans. Non abundantes leucocitos.
- Proba do hidróxido potásico (consiste en aplicar hidróxido potásico a unha mostra de fluxo vaxinal e cando se desprende un olor a aminas ou peixe podre entón é suxestiva de vaxinose bacteriana. Neste caso inténtase eliminar os detritus celulares para identificar mellor as candidas); facilita a visualización das pseudohifas. Ausencia de olor a peixe.
- Cultivo: Se son clinicamente asintomáticas non procede facer o cultivo. É moi útil ante a ausencia de pseudohifas cun cadro clínico compatible (probable vulvovaxinite candidiósica. Non Albicans) e débese recoller sempre no caso das vulvovaxinites candidiósicas recorrentes ante cada novo episodio.
- Citoloxía non recomendada como método diagnóstico: se se detecta candidas nunha citoloxía, debe ser comprobado con frotis en fresco ou cadro clínico compatible antes de iniciar terapia.

- Vulvovaxinite infecciosa sexualmente transmitida:

- Tricomoniase:

- Microscopia en fresco de forma inmediata: Na propia consulta, engadindo unha gota de soro salino a mostra de secreción vaxinal e/ou endocervical.
- Cultivo vaxinal para tricomonas e gonococo, ureaplasma, etc: debe facerse ante sospeita clínica sen evidencia na microscopia en fresco, é moi sensible. Necesítanse medios de cultivo selectivos e outro non selectivo para gonococo.
- Citoloxía non recomendada como método diagnóstico: Se se detecta tricomonas nunha citoloxía, debe ser comprobado con frotis en fresco e/ou cultivo antes de iniciar terapia, xa que a tinguidura con Papanicolau pode dar falsos positivos.
- Toma mostra en cervix, vaxina e urina para outros estudos (TAAN, test de hibridación) de gonococo, clamidia, m. genitalium ou cultivo para gonococo e ureaplasma.

- Clamidiásica:

Xa que o fluxo é un síntoma común dentro das ITS, temos que facer varias preguntas para descartala.

- A infección clamidiásica nas mulleres adoita presentarse de forma asintomática nun 80-90%.

(Ao tratarse dunha ITS é obrigatorio descartar a concomitancia con outra ITS.)

- Toma mostra en endocervix, vaxinal e urina para outros estudos (TAAN, test de hibridación de ácidos nucleicos...) de clamidia, m. genitalium, gonococo e ureaplasma.
- Cultivo vaxinal e endocervical para gonococo, tricomonas, ureaplasma, etc. Debe facerse ante sospeita clínica sen evidencia na microscopia en fresco, é moi sensible. Necesítanse medios de cultivo selectivos e outro non selectivo para gonococo.
- Gonocócica:
 - Xa que o fluxo é un síntoma común dentro das ITS, temos que facer varias preguntas para descartala. Ao tratarse dunha ITS é obrigatorio descartar a concomitancia con outra ITS, asóciase especialmente con clamidias e trichomonas).
 - Cultivo endocervical ou vaxinal para gonococo (é de elección), tricomonas ureaplasma, etc. Debe facerse ante sospeita clínica sen evidencia na microscopia en fresco, é moi sensible. Necesítanse medios de cultivo selectivos e outro non selectivo para gonococo.
 - Toma mostra endocervix, vaxina e urina para outros estudos (TAAN, test de hibridación de ácidos nucleicos...) de clamidia, m. genitalium, gonococo e ureaplasma.

- Outras probas:

- No caso de que se trate ou sospeite dunha ITS. (ver anexo 1)

- Rexistrar en historia clínica.

- Realizar a declaración a Saúde Pública: (ver anexo 1, punto 11)

- Valorar derivación no caso de:

- Persistencia de síntomas ou sospeita doutra patoloxía vulvar diferente.
- Recorrecias múltiples.
- Sospeita de enfermidade pélvica inflamatoria.
- Dúvidas diagnóstico.

- Informar á paciente:

- Consellos condutas sexuais:
 - Nas vulvovaxinite infecciosas sexualmente transmitidas (tricomoníase, clamidiase ou gonocócicas):
 - Abstinencia sexual ata finalizar o tratamento e polo menos por 7 días.
 - Recomendar o estudo de contactos anteriores a 60 días para diagnosticar e tratar.
- Realización de probas solicitadas.
- Xestión de cita para valoración diagnóstica.

09-05

SUBPROCESO 09-06: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEGUIMENTO DE FLUXO VAXINAL/ VULVOVAXINITE.

Obxectivo do subproceso:

Realizar o diagnóstico e iniciar o tratamento do fluxo vaxinal/vulvovaxinite.

Motivo de aplicación deste proceso:

Muller que realizou a primeira consulta por fluxo vaxinal/ vulvovaxinite.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar o diagnóstico etiolóxico tendo en conta os resultados das probas analíticas e as seguintes características sintomatolóxicas expostas no subproceso anterior.

- Prescrición de tratamento:

- Non infecciosa:
 - Na dermatite de contacto: suspender o produto utilizado. Pódese aliviar a sintomatoloxía coa aplicación breve de crema de esteroides.
 - No caso de ectopía cervical, non hai que facer nada, soamente informar a muller de que non ten nada e que non se debe preocupar.
 - Recomendar a non utilización de duchas vaxinais.
- Infecciosa non ITS:
 - Vaxinose bacteriana:
 - Nas asintomáticas (non é necesario aplicar tratamento, excepto en portadora de DIU, antes de cirurxía do aparato xenital, e en xestante con risco de parto prematuro).
 - Sintomáticas:
 - Pauta normal:
 - Metronidazol intravaxinal en xel ao 0.75%, 5 g cada noite durante 5 días ou metronidazol oral 500 mg cada 12 horas durante 7 días.
 - Clindamicina crema ao 2%, 5 g cada noite intravaxinal durante 7 días.
 - Pauta alternativa:
 - Clindamicina 300 mg vía oral cada 12 horas durante 7 días.
 - Clindamicina óvulos 100 mg cada noite durante 3 días.
 - En xestantes: tratar sempre a todas as xestantes sintomáticas polo risco de rotura prematura de membranas, corioamnionite, parto prematuro, endometrite posparto e infección da cicatriz da cesárea.
 - Metronidazol oral 500 mg cada 12 horas.
 - Metronidazol 250 mg cada 8 horas.
 - Clindamicina oral 300 mg cada 12 horas durante 7 días.
 - Non se debe tratar a parella-home.
 - En pacientes con VIH: igual tratamento que as non infectadas polo virus. (Adoita haber máis recorrencias).

- VV Candidiásica non complicada:
 - Tratamento tópico:
 - Clotrimazol intravaxinal 500 mg unha noite ou crema ao 10% nun aplicador pre-recheo en dose única (é unha presentación nova, financiada polo sistema público de saúde).
 - Clotrimazol 200 mg / 24 h 3 noites.
 - Miconazol óvulos 1200 mg monodose nocturna ou 400 mg durante 3 noites.
 - Tioconazol 6.5% unguento intravaxinal 5 g monodose.

(A base oleosa dalgún preparado pode alterar o látex dos preservativos e diafragmas con risco de rotura).
 - Tratamento oral:
 - Fluconazol 150 monodose en xaxún.
 - Itraconazol 200 mg en dúas tomas un día.

(Interferencia con outros fármacos: Terfernadina. Ciclosporina A. Inhibidores da proteasa no tto. antiretrovial VIH. Antagonistas do Calcio. Tracrolimus. Rifampicina. Teofilina.) Non tratamento oral en xestantes.
 - Ante sospeita de resistencia:
 - Sertaconazol.
 - Eberconazol (só se comercializa en España como crema de uso externo ao 1%. Non se debe usar nas mucosas).
- VV Candidiásica complicada:
 - Severa:
 - Azois tópicos intravaxinais durante 7-15 días + crema de azois en vulva.
 - Fluconazol 150 mg en dúas doses: primeira e ás 72 h.
 - Non albicans:
 - Eberconazol (só se comercializa en España como crema de uso externo ao 1%. Non se debe usar nas mucosas).
 - Miconazol tópico durante 7-14 días.
 - Ante recorrencia: 600 mg de ácido bórico en cápsula de xelatina intravaxinal nocturna durante 2 semanas.
 - En mulleres inmunocomprometidas: modificar a situación de base se é posible + azois intravaxinais 7-14 días.
 - En mulleres xestantes: unicamente tto. tópico con azois 7 días.
 - Recorrente: a pesar do tratamento recorren nun 30-40% dos casos.
 - Pauta de azois intravaxinais 7-14 días en cada episodio + crema de azois en vulva durante 7-10 días.
 - Fluconazol oral 100-150-200 mg cada 3 días, cun total de 3 doses (día 1, 4 e 7)
 - Tratamento de mantemento (VV recorrentes):
 - Fluconazol oral 100-150-200 mg monodose semanal durante 6 meses ou se isto non é posible por interferencias farmacolóxicas:
 - Azois intravaxinais 1 ou 2 veces por semana durante 6 meses.
 - En mulleres con VIH:
 - Igual tratamento que nas seronegativas.
 - A maior deterioración inmunolóxica maior frecuencia de VVC, se isto ocorre e se presenta unha VVC recorrente manter Fluconazol oral 200 mg semanais.

- En mulleres con hipersensibilidade aos azois:
 - Nistatina (deixouse de comercializar en España en forma de pímulas vaxinais. A crema tópica pódese usar nas mucosas, pero non se presenta con aplicador), ciclopiroxolamina ou ácido bórico.
- Infecciosas ITS:
 - Tricomoníase:
 - De elección:
 - Tinidazol oral 2 g monodose.
 - Metronidazol oral 2 g monodose.
 - Tratamento alternativo sería:
 - Metronidazol 500 mg /12 horas 7 días.
 - Tratamento en mulleres xestantes:
 - Metronidazol 2 g monodose (categoría B).
 - Tratamento en mulleres que dan lactación materna, deben evitar a lactación do bebé durante e ata pasadas 12-24 horas da última dose de Metronidazol e 72 horas de Tinidazol.
 - En caso de alerxia a estes fármacos (nitroimidazois) débese derivar a especialista de alergoloxía para desensibilización, ao non existir alternativa terapéutica.
 - Clamidiásica e gonocócica:
 - Pautas: ver tratamento cervicite.

- Xestión de contactos de pacientes con:

- Vaxinose bacteriana: non está indicado tratamento aos contactos sexuais.
- Candidiásica. non está indicado o tratamento da parella, excepto ante unha balanite e talvez na vulvovaxinite candidiásica recorrente.
- Tricomoníase. tratamento á/ás parella/s. Tratamento obrigado da parella, con igual pauta terapéutica. Tratamento e estudo de contactos anteriores aos 60 días.
- Gonocócica, clamidiásica: tratamento e estudo de contactos anteriores aos 60 días.

- Valorar derivación no caso de:

- Falta de remisión da sintomatoloxía.
- Vaxinose bacteriana:
 - Sen resposta a un 2º tratamento.
 - Múltiples recorrencias.
- Tricomoníase:
 - En caso de alerxia a estes fármacos (nitroimidazois).
- VVC Non Albicans sen resposta ante ciclo de tratamento con azois (non utilizar fluconazol) de 7-14 días e/ou de recorrencia sen resposta ante ciclo de tratamento con ácido bórico.
- VVC recorrente sen resposta.

- Rexistrar en historia clínica.

- Realizar a declaración a saúde pública. (ver anexo 1, punto. 11)

- Informar o/a paciente:

- Evolución positiva do tratamento e posibles complicacións.
- Vaxinose bacteriana:
 - O metronidazol pode provocar efecto “antabus” con inxesta de alcohol.
 - A crema de clindamicina pode alterar o látex dos preservativos ou do diafragma e provocar roturas.
 - Diferentes estudos estableceron a seguridade do metronidazol oral nas xestantes.
 - Desaconsellar sexo con penetración durante o tratamento.
 - Desaconsellar as duchas vaxinais.

- Xestión de cita para seguimento do tratamento no que se valorará a resolución dos síntomas:

- Vaxinose bacteriana: non é necesaria de rutina se os síntomas desaparecen, pero si deben ser revisadas as xestantes.
- Candidiásica: non son necesarias se a muller queda asintomática.
- Tricomoniase: non necesaria se a muller queda asintomática. Pode darse o caso de resistencia ao metronidazol, (se se pode asegurar que non houbo reexposición) neste caso respondería ao tinidazol a doses de 2 g. cada 24 horas de 3-5 días ou metronidazol a doses de 500/12 h durante 7 días.

09-06

SUBPROCESO 09-07: VALORACIÓN DIAGNÓSTICA ANTE VERRUGAS XENITAIS.

Obxectivo do subproceso:

Valorar a sintomatoloxía e solicitar as probas para facer o diagnóstico.

Motivo de aplicación deste proceso:

Persoa que presenta verrugas xenitais.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Actuacións xerais ante sospeita de ITS. (ver anexo 1)

- Realizar a anamnese:

- Anamnese xeral e sobre os hábitos sexuais. (ver anexo 1.2)
- Anamnese específica, segundo tipo de infección de transmisión sexual que se sospeite:
 - Inicio dos síntomas.
 - Localización e número.
 - Evolución.
 - Recorrecia.

- Exploración física:

- Exploración básica xeral: exploración completa de pel e mucosas.
- Exploración vulvovaxinal (con ou sen colcoscopio).
- Especial atención ás lesións secas e hiperqueratósicas, solitarias ou confluentes.

- Valorar posible diagnóstico:

- Lesións hiperqueratósicas solitarias ou confluentes, que poden formar placas infiltradas que borran as características anatómicas. Tamén poden ter aspecto papuloso. Afectan habitualmente os xenitais externos e rexión perianal, pero poden afectar o ano, á uretra, e na muller á vaxina e o colo do útero.
- Período de incubación variable, segundo a etioloxía (6 semanas a 1 ano).
- Están causadas polos virus do papiloma humano (VPH) de baixo risco oncoxénico, habitualmente serotipos 6 e 11. Os serotipos de alto risco oncoxénico, responsables do cancro de cervix uterino e outros cancros xenitais (de pene, vulva ou vaxina) e extraxenitais (orofarínxeos, cutáneos), raramente forman condilomas acuminados e cando provocan lesións verrugosas estas son de morfoloxía atípica e non responden ben aos tratamentos habituais.
- Na infección por VPH con verrugas xenitais pode existir coinfección de serotipos de alto risco oncoxénico. No caso das mulleres débese asegurar a súa adherencia ao programa de detección precoz do cancro de cervix. (Ver Guía Técnica de Proceso de detección precoz do cancro de cervix).

- Realizar ou solicitar probas diagnósticas:

- Pincelación con ácido acético ao 3-5% (moi pouco específica e difícil de valorar). Soamente en dúbida diagnóstica e para dirixir biopsia.
- Biopsia: é importante cando as lesións son atípicas ou cando non responden ao tratamento médico.
- Seroloxía para sífilis, HIV e hepatite B.

- Rexistrar en historia clínica.**- Valorar derivación no caso de:**

- Dúbida ou confirmación diagnóstica.
- Infección por VIH ou por outras inmunodeficiencias.
- Verrugas xenitais internas (que afectan a ano, vaxina ou colo uterino).
- Embarazo.

- Informar o/a paciente:

- Consellos sobre condutas sexuais: uso do condón nas relacións sexuais.
- Consellos sobre vacinas.
- Realización de probas solicitadas.
- Xestión de cita para valoración diagnóstica.

09-07

SUBPROCESO 09-08: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEGUIMENTO DE VERRUGAS XENITAIS.

Obxectivo do subproceso:

Realizar o diagnóstico, iniciar o tratamento e definir o seguimento das verrugas xenitais.

Motivo de aplicación deste proceso:

Persoa que realizou a primeira consulta por verrugas xenitais.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar o diagnóstico etiolóxico tendo en conta os resultados das probas analíticas e as seguintes características sintomatolóxicas expostas no subproceso anterior.

- Prescripción de tratamento:

- Verrugas xenitais externas (que non afectan a superficies mucosas):
 - Autoaplicación:
 - Podofilotoxina ao 0,15% (crema) 2 veces / día, 3 días seguidos por semana ata un máximo de catro semanas.
 - Imiquimod crema ao 5% 3 veces á semana ata un máximo de 16 semanas.
 - Aplicación por persoal sanitario:
 - Resina de podofilino ao 10-25%, semanalmente.
 - Ácido tricloroacético ou bicloroacético ao 80-90%.
 - Crioterapia repetida cada 1-2 semanas.
 - Ablación con láser.
 - Extirpación cirúrxica (sobre todo en caso de lesións atípicas ou moi grandes).
 - Interferón intralesional.
 - O tratamento pode ser único ou combinado.
 - Información ao/á paciente: Indicacións completas para a autoaplicación. No caso de aplicación polo/a médico/a, indicar periodicidade.

- Valorar derivación no caso de:

- Embarazo.
- Verrugas xenitais internas (que afectan a ano, vaxina ou colo uterino).
- Infección por VIH ou por outras inmunodeficiencias.
- Fracaso do tratamento médico ambulatorio. A falta de resposta a pautas de tratamento correctas debe facer reconsiderar o diagnóstico e avaliar outros procesos asociados.
- Complicacións importantes do tratamento médico.
- Deben manterse en Atención Especializada os/as pacientes con lesións atípicas con cambios premalignos/malignos e pacientes inmunodeprimidos.

- Rexistrar en historia clínica.

- Informar á paciente:

- Evolución positiva do tratamento e posibles complicacións.
- Persistencia ou reaparición das lesións.
- Medidas de prevención de ITS. Educación Sanitaria.

- Xestión de cita para seguimento do tratamento no que se valorará a resolución dos síntomas.**09-08**

SUBPROCESO 09-09: VALORACIÓN DIAGNÓSTICA ANTE SINTOMATOLOXÍA DE ENFERMIDADE INFLAMATORIA PÉLVICA (EIP).

Obxectivo do subproceso:

Valorar a sintomatoloxía e solicitar as probas para facer o diagnóstico.

Motivo de aplicación deste proceso:

Muller que presenta os seguintes síntomas:

- Dor no baixo abdome.
- Fluxo vaxinal ou endocervical.
- Dispareunia.
- Febrícula ou febre.
- Sangrado vaxinal anormal.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

09-09

- Actuacións xerais ante sospeita de ITS. (ver anexo 1)

- Anamnese xeral e sobre os hábitos sexuais. (ver anexo 1.2)

- Exploración física:

- Exploración básica xeral.
- Exploración abdominal.
- Exploración xinecolóxica (necesidade de padiola xinecolóxica, espéculos e lampa).

- Valorar diagnóstico de enfermidade inflamatoria da pelve (EIP). É unha infección ascendente dende o endocérvix que causa salpinxite, endometrite, parametrite, ooforite, abscesos tubáricos e peritonite pelviana:

- Pode ser asintomática ou cursar con:
 - Dor no baixo abdome.
 - Fluxo vaxinal ou endocervical.
 - Dispareunia.
 - Febrícula ou febre.
 - Hemorraxia vaxinal anormal.
- Relaciónase con:
 - Mulleres novas.
 - Parellas múltiples.
 - ITS pasada na propia paciente ou na/s súa/s parella/s.
 - Parella nova recente.
 - Colocación de DIU nas últimas semanas.
 - Antecedente de vaxinose bacteriana.
 - Histerosalpingografía e fertilización “in vitro” (É moi raro porque está moi ben protocolizado e fanse controis exhaustivos).
 - Final do embarazo.

- Na exploración xinecolóxica atoparíase:
 - Dor anexial no exame bimanual.
 - Dor ao movemento do colo do útero.
 - Secreción purulenta no colo do útero.
- Diagnóstico diferencial se dor abdominal baixa:
 - Embarazo ectópico.
 - Apendicite aguda.
 - Endometriose.
 - Complicacións dun quiste ovárico.

- Realizar ou solicitar probas diagnósticas:

- Análise de sangue: hemograma con fórmula e reconto, VSG, proteína C reactiva.
- Cultivos:
 - Endocervicais para *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*.
 - Exudados purulentos obtidos durante laparoscopia ou laparotomía.
- Seroloxía para sífilis, HIV e hepatite B. (anexo 1)
- Ecografía xinecolóxica para valorar a presenza de abscesos.
- Laparoscopia ou laparotomía: proporciona o diagnóstico de confirmación, pero só se practica se non hai melloría clínica tras o tratamento antibiótico IV.

09-09

- Rexistrar en historia clínica.

- Realizar a declaración a saúde pública. (ver anexo 1, punto 11)

- Realizará derivación do caso:

- É unha patoloxía de tratamento hospitalario/especializado dende o primeiro momento.
- Ingreso no caso de:
 - Presenza de abscesos tubo-ováricos.
 - Dúbdas sobre a existencia de abdome agudo: apendicite, embarazo extrauterino, etc.
 - Embarazo.
 - Fracaso de tratamento previo.
 - Intolerancia oral que requira tratamento parenteral.
 - Paciente VIH positivo.

- Informar á paciente:

- Enfermidade potencialmente grave con posibilidade de secuelas tales como esterilidade e embarazos ectópicos e dor de pelve crónica.
- Realización de probas solicitadas.
- Xestión de cita para valoración diagnóstica.

SUBPROCESO 09-10: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEGUIMENTO DA ENFERMIDADE PÉLVICA INFLAMATORIA.

Obxectivo do subproceso:

Realizar o diagnóstico, iniciar o tratamento e definir o seguimento da enfermidade pélvica inflamatoria.

Motivo de aplicación deste proceso:

Muller que realizou valoración diagnóstica por posible enfermidade pélvica inflamatoria.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar o diagnóstico tendo en conta os resultados e as características sintomatolóxicas expostas no subproceso anterior e os resultados das probas solicitadas:

- Análise de sangue:
 - Leucocitose con desviación esquerda.
 - Proteína C reactiva aumentada.
 - Aumento da velocidade de sedimentación.
- Cultivos: se son positivos en presenza do cadro clínico indicado con anterioridade e indicativo de EPI.
- Ecografía xinecolóxica: presenza de abscesos.

- Prescrición de tratamento:

- Analxesia.
- Tratamento antibiótico precoz para previr as secuelas a longo prazo. Inicialmente o tratamento será por vía parenteral e pasarase a vía oral en función da melloría clínica.
- Paciente ingresada (parenteral ata a melloría clínica):
 - Levofloxacino 500 mg/24 h IV con ou sen Metronidazol 500 mg/8 h IV.
 - Cefoxitina 2 g / 6 h IV + Doxiciclina 100 mg /12 h VO ou IV.
 - Ampicilina / Sulbactam 3g / 6 h IV + Doxiciclina 100 mg / 12 h VO ou IV.
- Tratamento cirúrxico se hai complicacións.
- Paciente non hospitalizada: (polo xeral aconséllase ingreso ata o comezo da melloría clínica):
 - Levofloxacino 500 mg / día / 14 días VO + Metronidazol 500 mg / 12 h / 14 días VO
 - Ceftriaxona 250 mg / dose única IM + Doxiciclina 100 mg / 12 h / 14 días VO + Metronidazol 500 mg / 8 h / 14 días.

- Valorar derivación en caso de:

- Persistencia ou aumento da febre e da dor abdominal.
- Dúvidas sobre a existencia de abdome agudo: apendicite, embarazo ectópico.
- Aparición de dor no cuadrante superior dereito do abdome: sospeita de Perihepatite (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis).
- Presenza de abscesos tubo-ováricos.
- Embarazo.
- Paciente con VIH.
- Intolerancia oral que requira tratamento parenteral.
- Fracaso do tratamento previo.

- Rexistrar en historia clínica.

- Informar o/a paciente:

- Evolución positiva do tratamento e posibles complicacións.
- Medidas de prevención de ITS. Educación Sanitaria.

- Xestión de cita para seguimento do tratamento no que se valorará a resolución dos síntomas.

09-10

SUBPROCESO 09-11: VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DE POSIBLE ECTOPARASITOSE.

Obxectivo do subproceso:

Valorar a sintomatoloxía e solicitar as probas para facer o diagnóstico.

Motivo de aplicación deste proceso:

Persoa que presenta os seguintes síntomas:

- Prurito en zona xenital intenso, predominantemente nocturno.
- Lesións dérmicas por hipersensibilidade.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Actuación xerais ante sospeita de ITS. (ver anexo 1)

- Realizar a anamnese:

- Anamnese xeral e sobre os hábitos sexuais. (ver anexo 1.2)
- Anamnese específica:
 - Tempo de evolución.
 - Características do prurito.
 - Síntomas asociados.
 - Antecedentes de cadro similar, tratamento previo.
 - Cadro similar en conviventes ou contactos sexuais.

- Exploración física:

- Exploración básica xeral. Especial para pel e mucosas, con maior atención ás localizacións típicas das lesións (ver máis adiante). Se hai sospeita de pediculose, exame de pel, pelo do pube, pestanas, cellas e ganglios.

- Valorar diagnóstico:

- Escabiose ou sarna. Etioloxía: Ácaro *Sarcoptes scabiei*:
 - Contaxio directo pel-pel ou transmisión indirecta, por roupa contaminada (pode sobrevivir 4 días fóra do hóspede).
 - En adultos é frecuentemente ITS, en nenos non.
 - Síntomas: Prurito intenso, de predominio nocturno, xeneralizado. Adoita respectar cabeza e cara. Ás 4-6 semanas, por hipersensibilidade (se é reinfestación, aos 1-3 días).
 - Localización das lesións: Espazos interdixitais, pulsos, cóbados, pregamentos (axilar, inguinal e mamario), periumbilical, auréola (muller), pene (home).
- Pediculose pública. Etioloxía: *Phthirus pubis*
 - Contaxio vía sexual.
 - Síntomas: Prurito na área do pube (por hipersensibilidade, tras varias semanas), predominio nocturno. Pode ser sen síntomas (aínda que é raro).
 - Localización das lesións: Rexión xenital, abdome baixo, coxas, axila. Raramente en pestanas ou cellas.

- Realizar ou solicitar probas diagnósticas:

- Seroloxía para sífilis, HIV e hepatite B.
- Escabiose-sarna (non sempre necesario).
 - Exame ao microscopio de luz (10X) do ácaro, ovos ou deposicións.
 - Tinta chinesa en suco.
- Exame con lupa/dermatoscopio.

- Rexistrar en historia clínica.

- Realizar a declaración a saúde pública. (ver anexo 1, punto 11)

- Informar o/a paciente:

- Realización de probas solicitadas.
- Xestión de cita para valoración diagnóstica (non necesaria se os síntomas desaparecen): ás 1-2 semanas.

SUBPROCESO 09-12: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEGUIMENTO DUNHA ECTOPARASITOSE.

Obxectivo do subproceso:

Realizar o diagnóstico, iniciar o tratamento e definir o seguimento dunha ectoparasitose.

Motivo de aplicación deste proceso:

Paciente en valoración diagnóstica por posible ectoparasitose xenital.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no proceso:

- Realizar o diagnóstico tendo en conta os resultados das características sintomatolóxicas expostas no subproceso anterior e os resultados das probas solicitadas:

- Escabiose-sarna:
 - Exploración física. Pel, pode haber:
 - Sucos nacarados, lineais.
 - Pápulas eritematosas.
 - Nódulos (sobre todo en área xenital).
 - Erosións polo rascado.
 - Eczematización ou impetiginización.
 - Forma especial: “Sarna norueguesa” (inmunodeprimidos).
 - Probas:
 - Non necesarias para confirmación se existe prurito e lesións típicas de escabiose en, polo menos, dúas localizacións.
 - É frecuente non encontrar o ácaro: non exclúe o diagnóstico.
- Pediculose do pube:
 - Exploración física. Pode haber:
 - Máculas azuladas (fase aguda).
 - Pápulas excoriadas.
 - Lesións de rascado.
 - Impetignización.
 - Linfadenopatías inguinais.
 - Visualización do piollo ou lendias adheridos ao pelo (pode mellorarse con lupa).

- Prescrición de tratamento:

- Escabiose-sarna:
 - Tratamento do caso índice:
 - Recomendado:
 - Permetrina crema ao 5% (aplicar dende o pescozo en todo o corpo, prestando especial atención á rexión ungueal, e lavar 8-14 horas despois).
 - Alternativo:
 - Lindano ao 1% en loción ou crema en todo o corpo dende o pescozo e lavar ás 8 horas. Non aplicar inmediatamente despois da ducha ou o baño xa que a pel debe estar ben seca (aconséllase esperar unha hora despois do baño). Non utilizar en nenos, embarazo nin lactación. Ocasiona neurotoxicidade.

- Bencil-benzoato en loción ao 25% (aplicar 2-3 veces ao día, durante 3 días consecutivos). Non en nenos.
- Malation en loción ao 0.5%.
- Crotamitón en loción ao 10% (elevados fracasos terapéuticos).
- Antihistamínicos.
- Corticoides tópicos (lesións inflamatorias), tras terapia escabicida.
- Antibióticos se sobreinfección, tópico ou oral (segundo tipo de infección).
- Pediculose do pube:
 - Tratamento de caso índice:
 - De elección:
 - Crema de permetrina ao 1% en áreas afectadas e lavar aos 10 minutos. (Pode usarse en embarazo e lactación).
 - Xampú de piretrinas con piperonil-butóxido en áreas afectadas e lavar aos 10 minutos (posible en embarazo e lactación).
 - Alternativa:
 - Lindano xampú ao 1% (ocasiona neurotoxicidade).
 - Malatthión loción ao 0.5%: aplicar sobre zona afectada e lavar ás doce horas.
 - Eliminación mecánica de lendias.
 - Crema de vaselina en pestanas.
 - Antihistamínicos, se prurito intenso.
 - Antibióticos, se hai sobreinfección.

- Xestión de contactos de pacientes con:

- Escabiose-sarna:
 - Deben ser tratados ao mesmo tempo os contactos físicos próximos.
 - Tratamento igual que o caso índice aínda que non teña síntomas.
- Pediculose púbica:
 - As parellas sexuais do último mes deben ser examinadas e tratadas se hai infestación activa. Igual que o caso índice.

- Valorar derivación no caso de:

- Escabiose-sarna:
 - Dúbida diagnóstica.
 - Risco de mala tolerancia a tratamento tópico (anciáns, eccema xeneralizado...).
 - Formas graves: sarna norueguesa.
 - Inmunodepresión (VIH).
- Pediculose púbica:
 - Dúbida diagnóstica.
 - Fallo de tratamento tras facer dúas pautas: presenza de piollos ou lendias na unión pel-pelo.

- Rexistrar en historia clínica

- Informar o/a paciente:

- Escabiose-sarna:

- Características da infección.
- Evitar contacto cutáneo ata que se complete tratamento e seguimento.
- Medidas hixiénicas: descontaminación de roupa que estivera en contacto co/a paciente durante as 48-72 horas previas (vestimenta, aseo e cama) mediante lavado $\geq 60^\circ$ ou limpeza en seco ou illamento (bolsa) durante 72 horas. Pode usarse insecticida en po ou aerosol para os materiais que non poden ser lavados.
- Información oral e escrita de modo de aplicación do tratamento (despois dun baño ou ducha e correcto secado da pel, aplicar o escabicida en todo o corpo, con especial atención a pregamentos, uñas e detrás das orellas). No caso de lindano a pel debe estar ben seca (aconséllase agardar unha hora despois do baño).
- Poñer logo roupa limpa: ao cabo de 8-14 horas (segundo preparado) darse un novo baño.
- As mans non deben ser lavadas despois da administración en caso de autoadministración ou contaxiado.
- O rash e o proído poden persistir ata 2-4 semanas despois de tratamento adecuado (sobre todo se atopía). Despois deste tempo, se o proído persiste débense volver avaliar (ver anexo 3).
- Evitar contacto físico prolongado e intercambio de prendas de vestir ata que estea curado (caso índice e parellas).
- Insistir no tratamento das persoas en contacto próximo ao/á enfermo/a.

- Pediculose púbica:

- Evitar contacto íntimo ata que se complete tratamento e seguimento (paciente e parella/s).
- Medidas hixiénicas: Información sobre medidas hixiénicas: descontaminación de roupa que estivera en contacto co/a paciente durante as 48-72 horas previas (vestimenta, aseo e cama) mediante lavado $\geq 60^\circ$ ou limpeza en seco ou illamento (bolsa) durante 72 horas. Pódese usar insecticida en po ou aerosol para os materiais que non poden ser lavados.
- Información escrita de modo de aplicación do tratamento.
- Aplicar o insecticida sobre pel e pelo secos seguindo as instrucións de aplicación do produto incluídas.
- Información sobre a maneira de facilitar a eliminación de lendias.
- Advertir de que o proído pode persistir durante varias semanas a pesar de tratamento correcto.

- Xestión de cita para seguimento do tratamento:

· Escabiose-sarna:

- Ás dúas semanas.
- Non necesaria de rutina se os síntomas desaparecen.
- Se os síntomas ou sinais persisten despois de dúas semanas do tratamento pode deberse a (descartar):
 - Fallo do tratamento por:
 - Resistencia.
 - Mal cumprimento.
 - Defectuosa aplicación.

- Recaída ou reinfección (a partir de contactos ou fomites).
- Dermatite alérxica ou de contacto.
- Irritación cutánea por sobretratamento ou eccema severo.
- Reacción cruzada con ácaros domésticos.
- Delusións de parasitos, incluíndo acarofobia. Pode precisar remisión a psiquiatría.
- Orixe non escabiótica.
- A aparición de novas lesións típicas en calquera momento posterior ao tratamento indica a necesidade de tratamento adicional (repetir se se debe a mal cumprimento ou recaída e cambiar escabicida en caso de sospeita de resistencia).
- Valorar derivación se:
 - En caso de sobreinfección severa.
 - Fracaso de tratamento: tras dúas pautas e tras asegurarse de que se realizou correctamente a aplicación.
- Pediculose púbica:
 - Non é necesaria de rutina se os síntomas e piollos desaparecen.
 - Re-exame ao cabo dunha semana se persisten os síntomas:
 - Recibir de novo tratamento se se observan parasitos ou lendias, facendo fincapé na descontaminación da roupa.
 - Se non responden a este segundo tratamento, usar pauta alternativa.
 - O fallo do tratamento pode deberse a:
 - Resistencia.
 - Incumprimento.
 - Incorrecta aplicación ou seguimento das instrucións.
 - Reinfestación.
 - Valorar derivación se:
 - Fracaso de tratamento: tras dúas pautas e tras asegurarse de que se realizou correctamente.

9.- SISTEMA DE AVALIACIÓN E MELLORA DO PROCESO ASISTENCIAL

O/a responsable do Proceso na comunidade autónoma deberá presentar anualmente un informe cos seguintes indicadores e unha proposta de melloras.

- Indicadores de resultados:
 - Taxas de incidencia das distintas enfermidades.
- Indicadores de accesibilidade:
 - Tempo para achegarse a un tratamento determinado.
- Indicadores de calidade:
 - % dos casos nos que se solicitou seroloxía de HIV, sífilis e hepatite B.
 - % casos con tratamentos segundo guía.

Deseñaranse medicións do grao de satisfacción da atención prestada (calidade asistencial, información recibida, apoio emocional, etc.).

10.- BIBLIOGRAFÍA

- Ballesteros Martín J. Enfermedades de transmisión sexual: actualización de su abordaje. Inf. Ter. Sist. Nac. Salud. 2007; 31: 39-54
- CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2008 Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/treatment/>
- CDC. Updated recommended treatment regimens for gonococcal infections and associated conditions. United States, April 2007. Centers for Disease Control and Prevention; 2008 [acceso 12/9/2009]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/STD/treatment/2006/GonUpdateApril2007.pdf>
- International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI). STI Guidelines [Internet]. IUSTI; 2009 [acceso 12/9/2009]. Disponible en: <http://www.iusti.org/sti-information/default.htm>
- OMS. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual : 2006 2015. Xenebra: OMS. 2007.
- OMS. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Xenebra: OMS. 2001.
- OMS. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica. Xenebra. OMS. 2005.
- OPS. Infecciones de transmisión sexual: marco de referencia para la prevención, atención y control de las ITS. Herramientas para su implementación. Washington: Organización Panamericana de la Salud. 2004.
- Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales [Internet]. Seimc; 2007. Disponible en: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/microbiologia/indice24.htm>
- Vázquez F. Actualización en infecciones de transmisión sexual: epidemiología, diagnóstico y tratamiento. Enferm. Infecc. Microbiol. Clin. 2004; 22 (7): 392-411.

11.- ANEXO 1: ACTUACIÓNS XERAIS ANTE SOSPEITA DE ITS

1. **Datos identificativos** (idade, estado civil,...).
2. **Historia clínica** que debe contemplar:
 - 2a- Anamnese xeral:
 - Enfermidades de base e medicamentos que toma.
 - Vacinas recibidas.
 - Historia xinecolóxica - obstétrica. Métodos anticonceptivos.
 - Hábitos tóxicos.
 - Antecedentes de ITS. Tratamentos previos.
 - 2b- Anamnese sobre os hábitos sexuais, facendo fincapé en:
 - Inicio de relacións sexuais.
 - Número de contactos sexuais.
 - Data do último contacto sexual.
 - Medidas de prevención utilizadas.
 - Tipo de prácticas sexuais de cara a poñer de manifesto a existencia de infeccións extraxenitais (farinxite gonocócica, proctite...).
 - Prostitución.
 - 2c- Anamnese específica, segundo tipo de infección de transmisión sexual que se sospeite.
3. **Exploración física:**
 - 3a- Exploración básica xeral.
 - 3b- Exploración específica en función da ITS.
4. **Diagnóstico etiolóxico:** sempre que sexa posible, tendo en conta que o seu éxito depende de:
 - 4a- Recollida das mostras máis axeitadas.
 - 4b- Transporte das mostras.
 - 4c- Procesado, a ser posible inmediato.
5. **Estudo e seguimento doutras infeccións de transmisión sexual.**

Xa que con frecuencia se asocian, así, ante toda Infección de Transmisión Sexual procederemos do seguinte xeito:

 - 5a- Na primeira visita solicitaremos estudos serolóxicos de:
 - VIH
 - Sífilis
 - Hepatite B
 - 5b- Se se confirmou a ITS e os resultados dos test serolóxicos foron negativos, repetilos segundo protocolos de cada enfermidade.
 - 5c- Nas mulleres con ITS seguir protocolo de despistaxe de cancro de cérvix (ver programa de prevención do cancro de cérvix).
6. **Confidencialidade** á hora de emitir informes e notificar resultados destes pacientes.
7. Hai que ter en conta as **connotacións psicosociais** destas patoloxías á hora de lle explicar ao/á paciente a natureza da súa enfermidade. Hai que ser moi coidadosos con estes casos e ter presente que tal vez algúns necesiten algún tipo de apoio psicolóxico ou psiquiátrico.

8. **Estudo e seguimento das parellas / contactos sexuais:** É moi importante convencer o/a paciente da necesidade de informar á/ás parellas sexuais da necesidade de someterse ao estudo correspondente.

9. Á parte do tratamento específico, explicar as **medidas preventivas** que hai que tomar:

- Abstinencia sexual durante o tempo correspondente a cada infección.
- Utilización de medidas de barreira ata descartar existencia doutra infección asociada para previr a transmisión.

10. Aproveitar a consulta para **informar e educar** na práctica de sexo seguro e a utilización de medidas de barreira.

11. **Declaración a saúde pública.** O sistema xeral de notificación obrigatoria de enfermidades (SXNOE) recolle que: A sospeita clínica de sífilis primaria e secundaria e a de enfermidade gonocócica son de declaración semanal numérica (ie, só se declara o número de casos vistos, na folla de declaración numérica), e a de hepatite B aguda é de declaración semanal individualizada (ie, hai que cubrir tamén a folla de declaración individualizada). Decláranse tamén os casos confirmados que non o foran como sospeita clínica.

O diagnóstico de infección polo virus de inmunodeficiencia humana (VIH) así como os casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) son de declaración obrigatoria a través dos seus rexistros específicos.

12. **Muller embarazada:** Polo risco adicional de transmisión intrauterina e perinatal ao feto, a toda muller embarazada, tal como contemplan os protocolos vixentes na nosa comunidade, débesele realizar seroloxía de VIH, sífilis, HBsAg. Tamén, cando existan prácticas de risco, investigar infeccións por *Chlamydia trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, etc.

13. **Adolescentes:** Vacinar fronte á hepatite B se non foi previamente inmunizado. Vacinación fronte ao virus do papiloma humano segundo a política vixente. Son fundamentais a educación e os consellos para reducir o risco de ITS e realizar estudo de infeccións asintomáticas na consulta médica.

14. **Nenas:** Algunhas infeccións, se se adquiren despois do período neonatal (descartada a transmisión vertical), transmítense exclusivamente por contacto sexual e polo tanto son 100% indicativas de abuso sexual (gonorrea, sífilis e clamidia ...).

15. **Homosexuais femininos:** Existen poucos datos sobre o risco de ITS, que probablemente varíe en función do tipo de infección e práctica sexual. Pero parece claro que:

- Hai maior risco de infección xenital polo virus herpes simple I.
- É posible a transmisión de sífilis e de VPH.
- Descoñécese o grao de transmisión de *Chlamydia trachomatis*. En mulleres que tamén practican sexo con homes aplícanse as normas xerais desta guía.

11.- ANEXO 2: DIAGNÓSTICO ETIOLÓXICO E TRATAMENTO ULCERACIÓN ANOXENITAL

| Patoloxía | Axente | Aparición síntomas | Tipo de lesións | Localización lesións | Adenopatías | Síntomas xerais | Tratamento |
|-------------------------------|---|--|---|--|-------------------------------------|--|--|
| Herpes xenital | Virus Herpes simple tipo I e II (VHS) | 6-8 días do contacto sexual | Vesículas múltiples que tenden a coalescer en amplas áreas e/ou ampollas ou úlceras, de tamaño e profundidade variable | Rexión xenitoanal e en mucosas como o cérvix e o glande | Adenopatías rexionais | Síndrome febril, dor, prurito, queimazón, disuria, secreción vaginal | Primo infección - Aciclovir 400 mg VO, 3 v/día, 7-10 días - Aciclovir 200 mg VO, 5v/día, 7-10 días - Famciclovir 250 mg VO, 3v/día, 7-10 días - Valaciclovir 1 g VO, 2 v/día, 7-10 días - Prolongar se non curación en 10 días |
| Herpes simple recorrente | | | | | | | A indicación de tratamento antivírico supresor (medicación continuada para evitar novos brotes), episódico (para diminuir a intensidade dos brotes) ou ningún debe adaptarse á situación clínica. Tratamento supresor - Aciclovir 400 mg VO, 2v/día - Famciclovir 250 mg VO, 2v/día - Valaciclovir 500 mg VO, 1v/día - Valaciclovir 1 g VO, 1v/día Tratamento episódico - Aciclovir 400 mg VO, 3v/día, 5 días - Aciclovir 800 mg VO, 2v/día, 5 días - Aciclovir 800 mg VO, 3v/día, 2 días - Famciclovir 125 mg VO, 2v/día, 5 días - Famciclovir 1 g VO, 2v/día, 1 día - Valaciclovir 500 mg VO, 2v/día, 3 días |
| Sífilis | <i>Treponema pallidum</i> | A lesión primaria (sífilis primaria) aparece entre as 2 e as 6 semanas poscontaxio | Unha úlcera firme, indolora, regular ben demarcada, de bordos indurados e base limpa | Máis frecuente nos labios menores, horquilla vulvar, paredes vaginais, cérvix, suco balanoprepucial e no glande | Adenopatías normalmente unilaterais | | Sífilis primaria 2,400.000 UI de penicilina benzatina IM dose única. Non en pacientes VIH + ou con manifestacións neurolóxicas, oftalmolóxicas e/ou ópticas. - Azitromicina 1g, VO monodose - Ciprofloxacino 500 mg/12 h 3 días VO - Eritromicina base 500 mg/8 h 7 días VO - Ceftriaxona 250 mg. IM monodose (Antibiótico de diagnóstico hospitalario. Precisa visado ou receita libre sen cargo a Seguridade Social) |
| Chancro brando | <i>Haemophilus ducreyi</i> | 3-8 días dende o contaxio | A lesión primaria é unha pustula eritematosa e posteriormente unha úlcera redondeada de base necrótica, bordos ben delimitados e branda, e dolorosa á palpación. | Nos labios maiores, menores, horquilla vulvar, cérvix, suco balanoprepucial e no glande | | | - Doxiciclina 100 mg VO, 2 veces ao día, 21 días - Eritromicina base 500 mg VO, 4 veces ao día, 21 días (alt) |
| Linfogranuloma venéreo | <i>Chlamydia trachomatis</i> serovariantes L1, L2, L3 | 3 días a 3 semanas cunha media de 12 días | A fase primaria pódese iniciar: cunha pápula non indurada localizada nos xenitais externos ou en forma dunha vesícula herpético-pequena e pouco dolorosa, ou manifestarse como unha úlcera cutánea, de aproximadamente 4 a 6 mm de diámetro, de base indurada | Mulleres: os xenitais externos, a parte posterior da vagina, o cérvix e a vulva. No home o suco coronal, frenillo, prepucio, pene e escroto ou recto | | | |
| Donovanose Granuloma inguinal | <i>Calymatobacterium granulomatis</i> | 1 semana a 3 meses cunha media de 3 semanas | Son pápulas ou nódulos subcutáneos que crecen ata formar úlceras ovaladas ou arciformes indoloras, de aspecto carnoso, friables con bordos regulares e elevados. Teñen un curso crónico | En prepucio, glande, labios maiores, menores e recto | Linfadenopatía rexional | | - Doxiciclina 100 mg VO, 2 veces ao día, ata curación (mínimo 3 semanas) |

11.- ANEXO 3: PRURITO TRAS TERAPIA ESCABICIDA

| CAUSA | MANEXO | PREVENCIÓN |
|---------------------------|--|---|
| 1- Irritación cutánea: | | |
| · Sobretratamento | Emolientes, con/sen corticoides tópicos | Limitar a cantidade prescrita |
| · Eccema severo | | Escabicida non irritante |
| 2- Dermatite de contacto | Esteroides tópicos | Escabicida non alérxico |
| 3- Fallo de tratamento: | | |
| · Mal cumprimento | Repetir tratamento adecuadamente | Instruccións adecuadas e comprobar comprensión |
| · Resistencia | Cambio de escabicida | |
| · Recaida | Repetir tratamento (incluído c.cabeludo), novo tratamento de contactos simultaneamente | Aplicación en todo o corpo, tratar os contactos simultaneamente |
| 4- Delusión de parasitose | Remitir a Psiquiatría | |
| 5- Orixe non escabiótica | Tratamento de causa subxacente | |

FOLLA PARA ANOTACIÓNS:

FOLLA PARA ANOTACIÓNS:

FOLLA PARA ANOTACIÓNS:

FOLLA PARA ANOTACIÓNS:

FOLLA PARA ANOTACIÓNS:

FOLLA PARA ANOTACIÓNS:

Servizo Galego
de Saúde

División de
Asistencia Sanitaria
Guías, procesos,
protocolos



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE