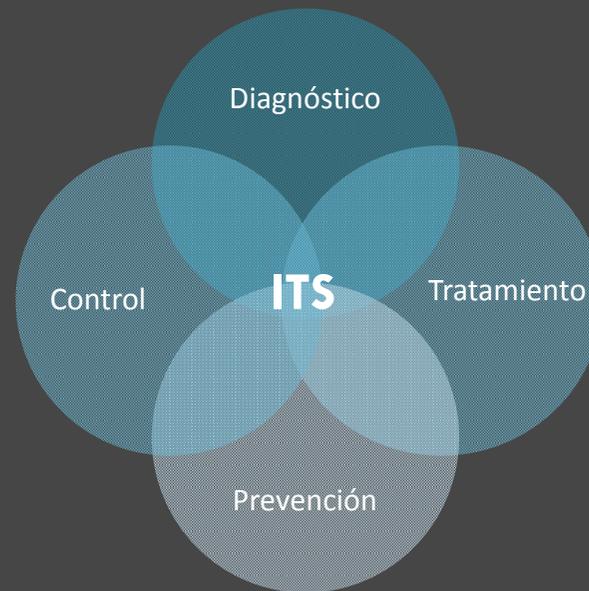


Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!

# INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL



Dra Pilar Galán del Río  
Sº Pediatría H.U Fuenlabrada  
15 Febrero 2017

Created by eDocPrinter PDF Pro!!

## IMPORTANCIA

OMS 2016

- Cada día más de un millón de personas contraen una ITS
- Más de 500 millones de personas son portadoras de VHS tipo 2
- En el mundo hay más de 290 millones de mujeres infectadas por el VPH. La infección por VPH provoca 528000 casos de cáncer y 266000 muertes cada año
- Algunas ITS como el herpes o la sífilis pueden multiplicar x3 el riesgo de contraer VIH
- 8 son las infecciones de máxima incidencia de las cuales 4 son curables: sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis
- Las otras 4: VHB, VHS, VIH , VPH: infecciones virales incurables pero con tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas

## ADOLESCENCIA

- Los CDC calculan que al menos la mitad de las ITS diagnosticadas cada año afectan a 15-24 años
- Factores que facilitan la transmisión de las ITS en los adolescentes

### **1) Factores biológicos:**

- Edad: Epitelio columnar en la mucosa del exocervix
- Relativa inmadurez del sistema inmunitario en el adolescente

### **2) Factores de comportamiento:**

- Reciente cambio de pareja sexual
- Tener más de una pareja sexual
- Tener una pareja que tenga otras parejas sexuales
- Si se tiene una ITS no informar a la pareja sexual
- No usar preservativo

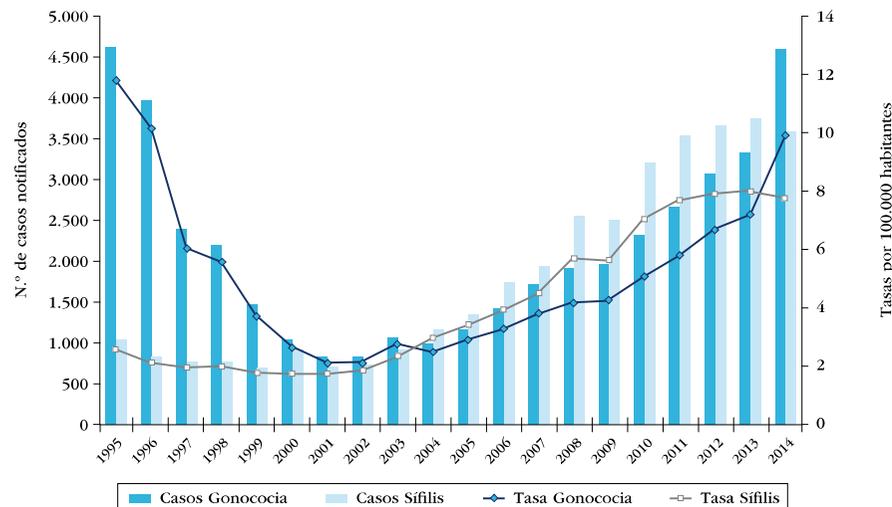
### **3) Factores sociales:**

- Desconocimiento. Acceso limitado a recursos
- Demoras en el tratamiento: ITS asintomáticas. Miedo a consultar
- No cumplimiento del tratamiento
- No se trata a los contactos
- Consumo de alcohol y/o drogas

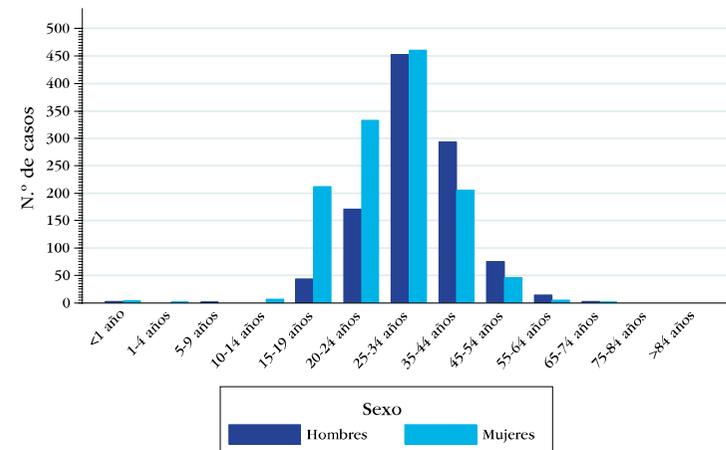
Office1

## EN ESPAÑA

Incidencia de ITS. N° casos y tasas por 100000 habitantes. España 1995-2014



Infecciones por Chlamydia trachomatis declaradas año 2014



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

**Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!**

Diapositiva 4

---

Office1

Usuario de Microsoft Office; 01/02/2017

**Created by eDocPrinter PDF Pro!!**

## CLASIFICACIÓN

### SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL

- . Virus herpes simple
- . Sífilis
- . Chancroide (H.ducrey)
- . Linfogranuloma venéreo
- . Granuloma inguinal

### CERVICITIS/URETRITIS

- . Neisseria gonorrhoeae
- . Chlamydia trachomatis
- . Ureaplasma urealiticum
- . Mycoplasma genitalum

### SÍNDROME DE SECRECIÓN GENITAL

- . Candidiasis
- . Tricomoniiasis
- . Vaginosis bacteriana

## CLASIFICACIÓN

### SÍNDROME DE VERRUGAS GENITALES

- . Virus papiloma humano
- . Molluscum contagiosum

### SÍNDROME DE PRURITO GENITAL

- . Pediculosis pubis
- . Escabiosis

### SÍNDROMES EXTRAGENITALES

- . Faringitis
- . Infecciones ano-rectales
- . VIH

## SÍNDROMES DE ÚLCERA GENITAL

### VIRUS HERPES SIMPLE:

- Hasta un 80% de las úlceras genitales. 70-90% VHS tipo 2
- Transmisión por contacto directo mucocutáneo: VHS 2(sexo vaginal/anal), VHS 1(sexo oral)
- Período de incubación 7-10 días postexposición → primoinfección : hasta 75% asintomáticos
- 3 tipos de infección:

- PRIMARIA: infección por VHS en un paciente sin anticuerpos previos para ningún tipo de VHS
- NO PRIMARIA: infección por VHS tipo 2 en un paciente con anticuerpos previos para VHS 1 o viceversa
- RECURRENTE: reactivación de infección genital por VHS por el mismo tipo de VHS que los anticuerpos que se detectan en el suero.

## VIRUS HERPES SIMPLE:

### - CLÍNICA:

múltiples lesiones vesiculosas dolorosas agrupadas que se ulceran  
+  
adenopatías locales bilaterales y dolorosas  
+  
síntomas generales

- El primer episodio de infección no primaria se asocia a menos lesiones y menos síntomas sistémicos que la infección primaria
- Recurrencias: síntomas más leves que en los otros dos tipos de infección
- Complicaciones: meningitis, proctitis..

**Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!**

VIRUS HERPES SIMPLE



**Created by eDocPrinter PDF Pro!!**

**Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!**

## VIRUS HERPES SIMPLE

- Las recurrencias disminuyen en el tiempo y son más severas en mujeres. VHS 1 recurre menos que VHS 2
- **DIAGNÓSTICO:**
  - . suele ser clínico
  - . de confirmación: **PCR o cultivo**: Demostración del virus en el material de las vesículas
- La transmisión puede ocurrir durante los períodos asintomáticos (sobre todo los primeros 12 meses)
- Importante que informen a sus parejas ya que podrían estar infectadas (serología)
- El tratamiento de las parejas infectadas asintomáticas no está indicado

**Created by eDocPrinter PDF Pro!!**

## VIRUS HERPES SIMPLE

### Tratamiento del herpes genital

#### Tratamiento primoinfección

- Aciclovir 400 mgr/8 horas vo 7-10 días
- Valaciclovir 1 gramo /12 horas vo 7-10 días
- Fanciclovir 250 mgr/8 horas vo 7-10 días

#### Tratamiento recurrencias

- Aciclovir 400 mgr/8 horas vo 5 días o 800 mgr/12 horas vo 5 días
- Valaciclovir 500 mgr /12 horas vo 3 días o 1gramo/24 h vo 5 días
- Fanciclovir 125mgr/12horas vo 5 días o 1 gramo/12 horas 1 día

#### Tratamiento supresor

- Aciclovir 400 mgr/12 horas vo
- Valaciclovir 500 mgr /24 horas vo ó 1gramo/24 h (si >10 episodios/año)
- Fanciclovir 250 mgr/12horas vo

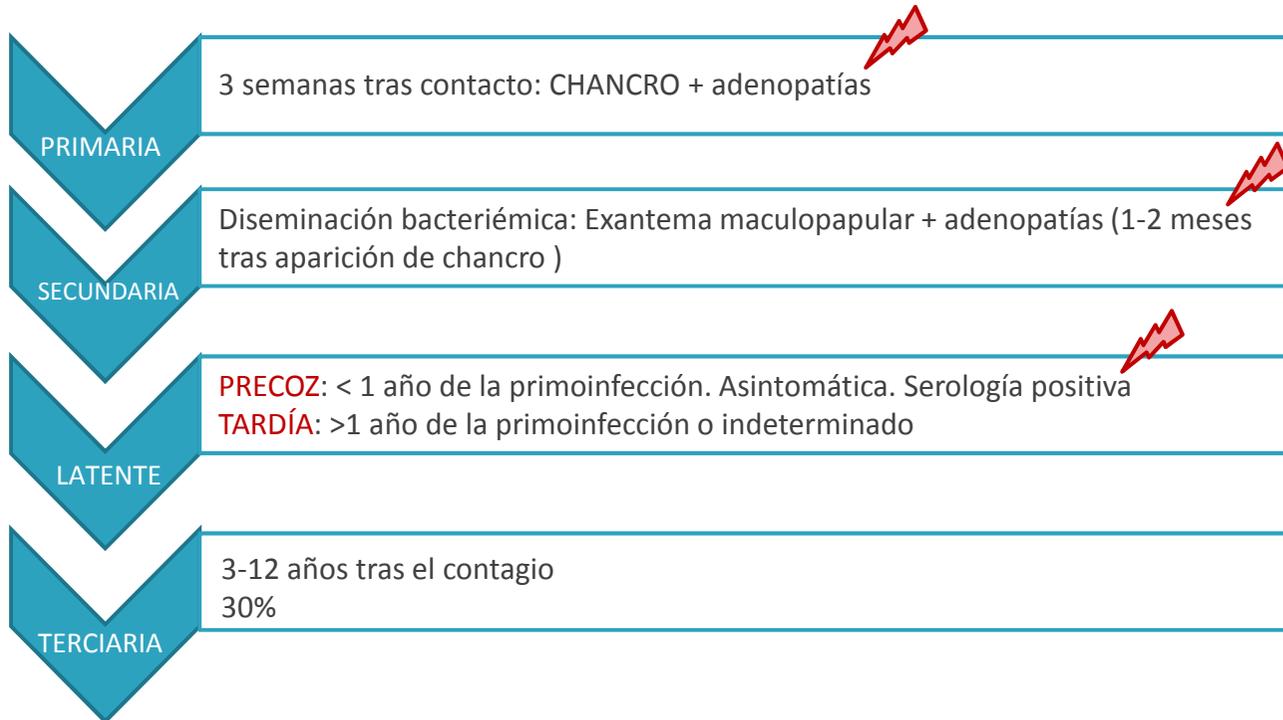
indicado

- . Infecciones recurrentes:  $\geq 6$  al año
- . Afectación psicológica
- . Hombre con serología + VHS2 y pareja sexual embarazada

# Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!

## SÍFILIS

### Estadíos de la enfermedad



**Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!**

## SÍFILIS

### Sífilis primaria:

Lesión en la zona de inoculación: úlcera única (CHANCRO) + adenopatías regionales indoloras

El chancro involuciona en 4-6 semanas sin dejar cicatriz

**Created by eDocPrinter PDF Pro!!**

**Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!**

## SÍFILIS

### Sífilis secundaria:

A las 6-8 semanas de la aparición del chancro. La piel es el órgano más afectado. También síntomas generales  
Período de alta contagiosidad

**Created by eDocPrinter PDF Pro!!**

## SÍFILIS

### Sífilis latente:

Tanto la precoz como la tardía son asintomáticas. Test serológicos positivos

### Sífilis terciaria:

- . Clínica cutánea: gomas
- . Cardiovascular: aortitis que puede causar insuficiencia valvular y formación de aneurismas
- . Ósea: dolor, engrosamiento e hipersensibilidad: tibias, esternón, cráneo, vértebras
- . Neurosífilis: meningitis, parálisis general progresiva, tabes dorsal

## SÍFILIS

### DIAGNÓSTICO:

- Visión directa del treponema pallidum en el microscopio



- Pruebas serológicas:

. NO TREPONÉMICAS (reagínicas): **VDRL** y **RPR**. S elevada pero poco E por lo que siempre se tiene que confirmar resultado. Positivas a los 4-7 días tras aparición de lesiones. Cifras máximas en sífilis secundaria.

Sirven para monitorizar tratamiento. Tras él deben disminuir los títulos al menos 4 veces al cabo de un año

. TREPONÉMICAS: **FTA-abs** , **EIA**, **TPHA**. Alta S y E. Permanecen positivas siempre

## SÍFILIS

### TRATAMIENTO:

Estadío	Tratamiento de elección	Alternativa
<b>Sífilis precoz:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>. Primaria</li><li>. Secundaria</li><li>. Latente &lt;1 año</li></ul>	Penicilina G benzatina: 2,4 millones UI im dosis única	Si alergia penicilina: Doxiciclina 100mg/12 horas 14 días ó Azitromicina 2 gr du
<b>Sífilis tardía:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>. Latente &gt;1 año*</li><li>. Terciaria benigna o cardiovascular</li></ul>	Penicilina G benzatina: 2,4 millones UI im/sem . 3 semanas	Si alergia penicilina: Doxiciclina 100mg/12 horas 4 sem
<b>Neurosífilis</b>	Penicilina G iv 14 días	

\* También en sífilis latente de duración desconocida

## SÍFILIS

### SEGUIMIENTO DE CONTACTOS:

- . Sífilis **primaria**: todos los contactos sexuales durante los tres meses antes del inicio de síntomas
- . Sífilis **secundaria**: todos los contactos durante los seis meses anteriores al inicio de síntomas
- . Sífilis **latente precoz**: todos los contactos durante los 12 meses anteriores

### TRATAMIENTO DE LOS CONTACTOS:

- En sífilis **1aria, 2aria o latente precoz** tratar:
  - . los contactos de los 90 días previos independientemente de su estadio serológico
  - . los contactos de más de 90 días previos si no disponibles pruebas inmediatamente y seguimiento incierto
- En sífilis **latente tardía o duración desconocida** con títulos treponémicos >1:32: se asume manejo de pareja como si fuera una sífilis precoz por lo tanto se trata
- Resto de **contactos** deben ser evaluados clínica y serológicamente

## SÍNDROMES DE ÚLCERA GENITAL

### CHANCROIDE O CHANCRO BLANDO:

- Causada por un bacilo gram negativo: *Haemophilus ducrey*
- Poco frecuente en nuestro medio : extendida en países caribeños, África subsahariana y sureste asiático
- **CLÍNICA:** Tras período de incubación de 3-10 días: pápula o vesícula que se ulcera en 24-48 horas, dolorosa, blanda de bordes irregulares  
Se acompaña de adenopatía uni/bilateral dolorosa y supurativa (bubones)
- **DIAGNÓSTICO:** clínico excluyendo VHS y *Treponema pallidum*
- **TRATAMIENTO:** Azitromicina 1 gr dosis única (20 mgr/Kg si <45 Kg)  
Ceftriaxona im 250 mgr dosis única  
Ciprofloxacino 500 mgr/12 horas /3 días

\*Tratar las parejas sexuales de los 10 días previos a la aparición de síntomas

## SÍNDROMES DE ÚLCERA GENITAL

### LIFOGANULOMA VENÉREO:

- Causada por *Chlamydia trachomatis* serotipos invasivos L1,L2,L3., propia de países tropicales y subtropicales en África, Asia, Sudamérica
- **CLÍNICA:**
  - . Lesión primaria : pápula indolora que evoluciona a úlcera en región genital o anal
  - . Estadío secundario: 2-6 semanas de la lesión primaria los pacientes pueden presentar una adenitis inguinal o un síndrome anorectal: proctocolitis
- **DIAGNÓSTICO:** clínico y confirmación por PCR
- **TRATAMIENTO:** Doxiciclina 100mgr/12 horas 3 semanas

\*Tratar las parejas sexuales de los 60 días previos con Azitromicina: 1 gramo dosis única

## SÍNDROMES DE ÚLCERA GENITAL

### GRANULOMA INGUINAL (DONOVANOSIS):

- Causada por *Klebsiella granulomatis* . Endémica de países tropicales y subtropicales
- **CLÍNICA:** Úlcera indolora sangrante sin adenopatías
- **DIAGNÓSTICO:** biopsia y visualización de los cuerpos de Donovan
- **TRATAMIENTO :** Doxiciclina 100mgr/12 horas 3 semanas

\*Examinar a los contactos de los 60 días previos

## CLASIFICACIÓN

### SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL

- . Virus herpes simple
- . Sífilis
- . Chancroide (H.ducrey)
- . Linfogranuloma venéreo
- . Granuloma inguinal

### CERVICITIS/URETRITIS

- . Neisseria gonorrhoeae
- . Chlamydia trachomatis
- . Ureaplasma urealiticum
- . Trichomonas vaginalis
- . Mycoplasma genitalum

### SÍNDROME DE SECRECIÓN GENITAL

- . Candidiasis
- . Tricomoniasis
- . Vaginosis bacteriana

## CERVICITIS /URETRITIS

**INFECCIÓN GONOCÓCICA :** 25% de los casos

Causada por *Neisseria gonorrhoeae*: gran afinidad por mucosas sobre todo las tapizadas por epitelio columnar.  
Período de incubación de 2-5 días:

### URETRITIS (hombre):

- . Secreción uretral de aspecto purulento
- . Disuria, polaquiuria , dolor miccional o dolor irradiado epidídimo
- . Si no se trata complicaciones: epididimitis y/o orquitis, prostatitis

### CERVICITIS (mujer):

- . Hasta un 80 % asintomáticas o molestias leves e inespecíficas
- . A veces flujo mucopurulento, dispareunia, dolor en hipogastrio, hemorragias intermenstruales o postcoitales
- . En la EF: secreción, edema de mucosas, sangrado endocervical tras toma de muestras. 50% normal
- . Complicación más importante: EIP

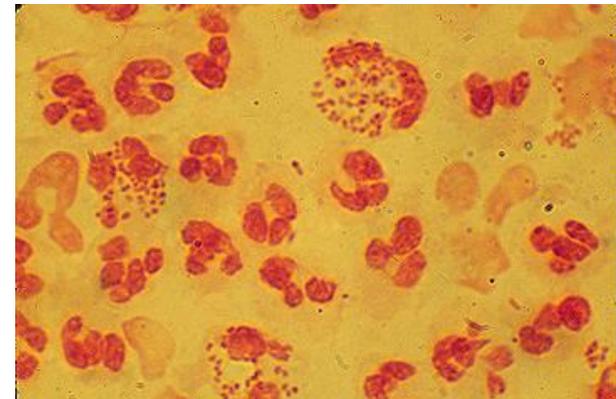
## INFECCIÓN GONOCÓCICA

DIAGNÓSTICO: Hasta en un 40% coinfección con Chlamydia

- PCR : método de elección
- Examen de exudado en microscopio con tinción de gram: Diplococos gram negativos  
Uretritis en varones sintomáticos:  $S \geq 95\%$ , E:100%  
En cervicitis o varones asintomáticos:  $S < 50\%$
- Cultivo del exudado en medios selectivos (Thayer Martin)  
Importante antibiograma

TRATAMIENTO:

- Ceftriaxona im 250 mg dosis única
- Cefixima oral 400 mgr dosis única



\* Se recomienda evaluar y tratar con la misma pauta a todas las personas que en los 60 días previos a la aparición de los síntomas fueron pareja sexual del afectado

## CERVICITIS /URETRITIS

**CHLAMYDIA TRACHOMATIS:** hasta un 40- 50% de las uretritis no gonocócicas en países desarrollados.

Período de incubación de 1-3semanas

En hombre 30-40% infecciones asintomáticas y en mujeres un 70-80%

Si síntomas : similares a la infección por gonococo salvo que la secreción es escasa y mucosa

Complicaciones:

- Hombre: epididimitis, prostatitis, infertilidad, Sd Reiter
- Mujer: EIP, embarazo ectópico, aborto espontáneo, parto prematuro, infertilidad...

## CHLAMYDIA TRACHOMATIS

### DIAGNÓSTICO:

- PCR : método de elección. En muestras de orina, vaginales y uretrales
- Cultivo: la muestra debe incluir células epiteliales
- Otros: serología, detección de antígenos

### TRATAMIENTO:

- DE ELECCIÓN: Azitromicina : 1 gramo dosis única  
Doxiciclina: 100 mgr /12 horas durante 7 días
- ALTERNATIVAS: Claritromicina: 250 mgr/12 horas /7 días  
Levofloxacin 500 mgr /24 horas 7 días

\* Se recomienda evaluar y tratar con la misma pauta a todas las personas que en los 60 días previos a la aparición de los síntomas fueron pareja sexual del afectado

## CERVICITIS /URETRITIS

### MYCOPLASMA GENITALUM:

- . En algunos estudios es la segunda causa más frecuente de uretritis no gonocócica. 15-20%
- . En mujeres puede ser asintomática o dar síntomas de cervicitis
- . Para el diagnóstico se usa PCR ya que cultivo es complicado (1-2 meses en crecer)
- . Tratamiento: Azitromicina o Doxiciclina

### MYCOPLASMA HOMINIS Y UREAPLASMA UREALYTICUM:

- . Muchos pacientes asintomáticos pueden estar colonizados
- . Es incierto que estos gérmenes provoquen cervicitis o uretritis
- . Mycoplasma hominis generalmente resistente a macrólidos. TTO : Doxiciclina o Clindamicina
- . Ureaplasma hominis. TTO : Doxicilina, Azitromicina o Fluorquinolonas

## CLASIFICACIÓN

### SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL

- . Virus herpes simple
- . Sífilis
- . Chancroide (H.ducrey)
- . Linfgranuloma venéreo
- . Granuloma inguinal

### CERVICITIS/URETRITIS

- . Neisseria gonorrhoeae
- . Chlamydia trachomatis
- . Ureaplasma urealiticum
- . Trichomonas vaginalis
- . Mycoplasma genitalum

### SÍNDROME DE SECRECIÓN GENITAL

- . Tricomoniasis
- . Vaginosis bacteriana
- . Candidiasis

## SÍNDROME DE SECRECIÓN GENITAL

### TRICOMONAS VAGINALIS:

- Protozoo flagelado que se contagia por transmisión sexual (no sobrevive en mucosa oral ni recto)
- Afecta el epitelio escamoso de tracto urogenital . Período de incubación de 4-20 días
- 50% de las mujeres asintomáticas
- **CLÍNICA:**
  - . Secreción vaginal amarillo-verdosa de mal olor
  - . Prurito vulvar, dispareunia, disuria
  - . Hemorragia postcoital o intermenstrual
  - . EF: eritema vaginal y un 2% cervix en frambuesa
  - . Más síntomas durante la menstruación

## TRICOMONAS VAGINALIS

### DIAGNÓSTICO:

- MICROSCOPIA: visualización de tricomonas en movimiento
- CULTIVO: medio de Diamond S:95% y E  $\geq$ 95%
- PCR de elección en la actualidad
- A veces como hallazgo casual en una citología

### TRATAMIENTO:

- . Metronidazol 2 gr dosis única vía oral
- . Metronidazol 500 mgr/12 horas durante 7 días
- . Tinidazol 2 gr dosis única oral 3-5 días



Se recomienda tratar con la misma pauta a todas las personas que en los 60 días previos a la aparición de los síntomas fueron pareja sexual del afectado

## **SÍNDROME DE SECRECIÓN GENITAL**

### **GARDNERELLA VAGINALIS: (VAGINOSIS BACTERIANA)**

- Es la causa más frecuente de secreción vaginal entre las mujeres de 15-44 años
- Vaginosis es una alteración de la flora vaginal: los lactobacillus spp se susstituyen por cocobacilos gram -
- No se considera una ITS como tal. Se desconoce la forma en la que se adquiere
- Si relacionada con múltiples parejas sexuales, no uso de preservativo, duchas vaginales..
- 50-75% son asintomáticas.
- Si clínica: secreción vaginal blanca-gris maloliente. No clínica de vaginitis
- Para el diagnóstico se usan criterios de Amsel

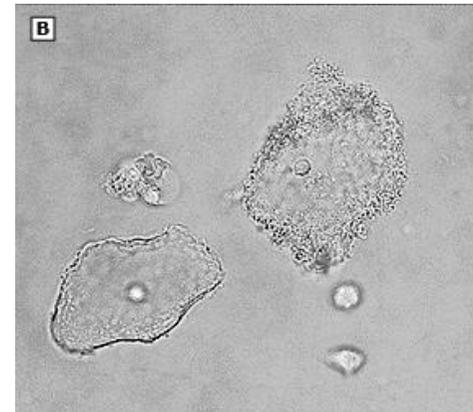
## GARDNERELLA VAGINALIS

### DIAGNÓSTICO:

CRITERIOS DE AMSEL : cumplir 3 de estos 4:

- pH vaginal mayor de 4,5
- Presencia en fresco de clue-cells
- Olor típico a pescado con la adición de KOH al flujo vaginal
- Flujo blanco grisáceo que se adhiere a la vagina cubriéndola

- Tinción de Gram útil para detectar los cocobacilos
- Cultivo no indicado (ya que aislar el bacilo no es indicativo de infección)



### TRATAMIENTO:

- Metronidazol vo 500 mgr/12 horas durante 7 días
- Metronidazol gel vaginal 0,75%: 1 aplicación intravaginal de 5 gr /24 horas/ 5 días
- Clindamicina crema 2%: 1 aplicación intravaginal de 5 gr/24 horas/ 7 días
- Tinidazol vo: 1 gramo /24 horas /5 días ó 2 gr/24 horas /3 días

## SÍNDROME DE SECRECIÓN GENITAL

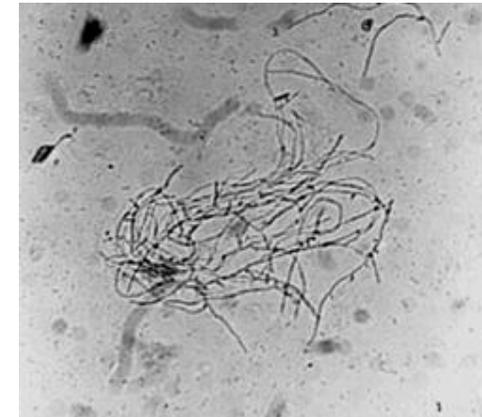
### CANDIDIASIS VULVOVAGINAL

- 90% Cándida albicans, 5 % cándida glabatra, otras: cándida tropicalis, parapsilosis
- No se considera de transmisión sexual ya que la cándida forma parte de la flora habitual de la vagina
- Factores de riesgo: uso de antibióticos, uso de anticonceptivos orales  
aumento de actividad sexual, DM..
- CLÍNICA:
  - . prurito y quemazón vulvar,
  - . secreción vaginal blanca en grumos sin mal olor
  - . inflamación vulvovaginal

## CANDIDIASIS VULVOVAGINAL

### DIAGNÓSTICO:

- Visualización de pseudohifas en microscopio
- Cultivo: recomendado en infecciones recurrentes y persistentes
- PCR: alta Sy E pero más coste y no aporta beneficios con respecto al cultivo



### TRATAMIENTO:

#### **NO COMPLICADA**

- . Esporádica: < 3 episodios/año
- . Síntomas leves-moderados
- . Infección probable por C.albicans
- . Mujeres sanas no embarazadas

#### **COMPLICADA**

- . Recurrente:  $\geq$  4 episodios/año
- . Síntomas severos
- . Infección probable por otras especies no C.albicans
- . Embarazo, DM , inmunosupresión

## CANDIDIASIS VULVOVAGINAL

### TRATAMIENTO:

#### - **NO COMPLICADA:**

- Cotrimazol óvulos vaginales 500mgr monodosis o 100mgr / 5-7 noches
- Miconazol óvulos vaginales 1200mgr monodosis o 400mgr/3 noches
- Fluconazol oral 150 mgr dosis única

#### - **COMPLICADA:**

- Fluconazol oral 150 mgr cada 72 horas (2-3 dosis)
- Azol tópico diario durante 14 días
- Si recurrente: Fluconazol oral 150 mgr /72 horas 3 dosis. Seguido de 150 mgr/semanales durante 6 meses

## CLASIFICACIÓN

### SÍNDROME DE VERRUGAS GENITALES

- . Virus papiloma humano
- . Molluscum contagiosum

### SÍNDROME DE PRURITO GENITAL

- . Pediculosis pubis
- . Escabiosis

### SÍNDROMES EXTRAGENITALES

- . Faringitis
- . Infecciones ano-rectales
- . VIH

## SÍNDROME DE VERRUGAS GENITALES

### CONDILOMA ACUMINADO :

. Producido por el virus papiloma humano (VPH): hasta 40 serotipos se transmiten por contacto sexual. Se dividen:

- **SEROTIPOS DE BAJO RIESGO:** 6,11 (90% verrugas genitales). Tb 40, 42, 43, 54, 61, 70, 72, 81

- **SEROTIPOS ALTO RIESGO:** 16,18 (relacionados con ca cérvix). Tb 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58..

. Transmisión por contacto con la piel o mucosa infectadas. Período de incubación 3 semanas a 8 meses

. Factores de riesgo: actividad sexual, tabaquismo, inmunosupresión. Circuncisión es un factor protector

### . CLÍNICA:

Lesiones únicas o múltiples ,exofíticas, vegetantes, pediculosas, papulosas aplanadas.. que se localizan en el área ano-genital

**Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!**

## VIRUS PAPILOMA HUMANO



Condilomas perianales

**Created by eDocPrinter PDF Pro!!**

**Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!**

VIRUS PAPILOMA HUMANO



**Created by eDocPrinter PDF Pro!!**

**Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!**

## VIRUS PAPILOMA HUMANO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL :

**Created by eDocPrinter PDF Pro!!**

**Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!**

VIRUS PAPILOMA HUMANO



**Created by eDocPrinter PDF Pro!!**

# Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!

## VIRUS PAPILOMA HUMANO

Evolución: 1/3 de las verrugas desaparecerán sin tratamiento en un período de 4 meses

Desaparición de las lesiones visibles no garantiza la erradicación de la infección por VPH. Recurrencias

### DIAGNÓSTICO:

. Normalmente con la exploración física es suficiente

. Detección de VPH por PCR

. Biopsia indicada si

- Dudas diagnósticas
- Si condilomas acuminados refractarios al tratamiento
- Si características atípicas como induración, fijación a planos profundos, sangrado, ulceración..
- Inmunodeprimidos

### PREVENCIÓN:

Vacuna VPH : Gardasil, Gardasil 9, Cervarix

Created by eDocPrinter PDF Pro!!

## VIRUS PAPILOMA HUMANO

### TRATAMIENTO:

Tratamiento <sup>31</sup> (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
<p>Aplicados por el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Podofilox (podofilino) gel o solución 0,5%/12 h, 3 d, seguidos de 4 d sin tratamiento. Se puede repetir este ciclo 4 veces. Útil en lesiones no queratinizadas (no usar en ano ni cérvix). No en embarazo</li><li>▪ Imiquimod crema 5%, 3 noches alternas/semana, máximo 16 semanas. Lavar 6-8 horas después de aplicar. No en lesiones internas. No en embarazo</li></ul> <p>De aplicación en consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Crioterapia con nitrógeno líquido cada 1-2 semanas. Útil en lesiones queratinizadas</li><li>▪ Podofilina resina 10-25%, 1-2 veces/semana (lavar en 1-4 h)</li><li>▪ Ácido tricloroacético (ATC) o dicloroacético (ABC) 80-90%, semanal. Se puede repetir durante 6-8 semanas, no necesita ser lavado</li><li>▪ Escisión quirúrgica: láser de CO<sub>2</sub>, curetaje o electrocirugía. Útil en lesiones queratinizadas y múltiples pediculadas, pequeñas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Verrugas cervicales: biopsia y consulta con especialista para descartar lesión de alto grado</li><li>▪ Verrugas vaginales: crioterapia con nitrógeno líquido o láser de CO<sub>2</sub> o ATC o ABC al 80-90%</li><li>▪ Verrugas en meato uretral: crioterapia o podofilina 10-25%</li><li>▪ Verrugas anales: crioterapia, ATC o ABC al 80-90% o resección quirúrgica</li><li>▪ Verrugas vulvares y en genitales externos: válido cualquiera de las técnicas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sí, valoración y exploración en busca de lesiones y si existen, tratarlas</li></ul>

**Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!**

## **SÍNDROME DE VERRUGAS GENITALES**

### **MOLLUSCUM CONTAGIOSUM:**

- . Es un virus de la familia de poxvirus
- . Transmisión por contacto directo . Si se localizan en área genital se deben a transmisión por contacto sexual
- . **CLÍNICA:** pápulas umbilicadas menores de 1cm
- . **TRATAMIENTO:**
  - . Curetaje
  - . Crioterapia

**Created by eDocPrinter PDF Pro!!**

## CLASIFICACIÓN

### SÍNDROME DE VERRUGAS GENITALES

- . Virus papiloma humano
- . Molluscum contagiosum

### SÍNDROME DE PRURITO GENITAL

- . Pediculosis pubis
- . Escabiosis

### SÍNDROMES EXTRAGENITALES

- . Faringitis
- . Infecciones ano-rectales
- . VIH

## SÍNDROME DE PRURITO GENITAL

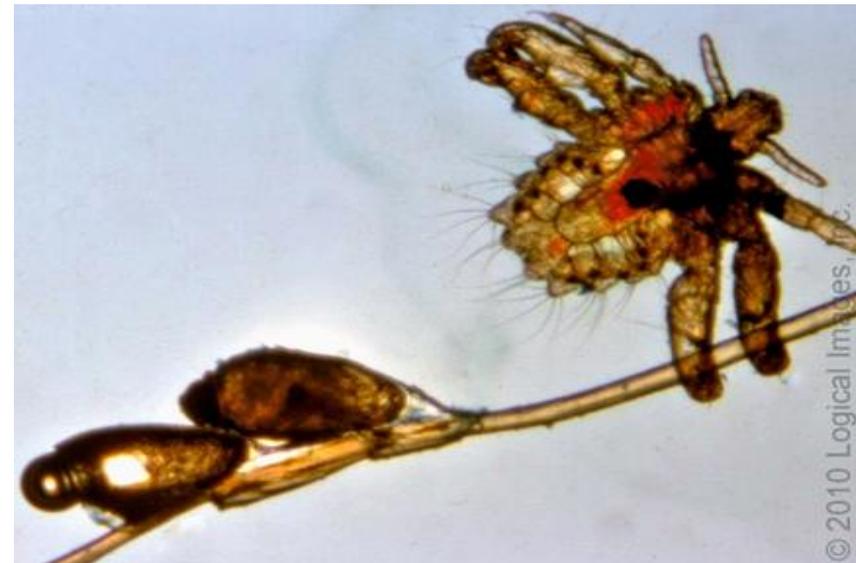
### PEDICULOSIS PUBIS:

- . Infestación del vello pubiano por el ectoparásito Phthirus pubis (ladilla)
- . Transmisión por contacto sexual pero no exclusivo (ropa interior)
- . **CLÍNICA:** prurito en área genital , petequias puntiformes o máculas de 2-5mm en lugar de picadura.  
Se puede visualizar el parásito o sus liendres
- . **DIAGNÓSTICO:** visualización
- . **TRATAMIENTO:**
  - . Permetrina 1%
  - . Piretrina+ butóxido piperonilo
  - . Malation 0,5%
  - . Ivermectina 250mcr/Kg (repetir en 2 sem)

Tratar a la pareja

**Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!**

## PEDICULOSIS PUBIS



**Created by eDocPrinter PDF Pro!!**

## SÍNDROME DE PRURITO GENITAL

### ESCABIOSIS O SARNA

- . Producido por sarcoptes scabiei
- . Transmisión por contacto directo piel con piel
- . Período incubación :2-6 sem si no exposición previa
- . **CLÍNICA:** prurito intenso, erupción cutánea papular, surcos
- . **DIAGNÓSTICO:**  
De certeza: visualización del ácaro, sus huevos o heces al microscopio tras raspado de lesiones

. **TRATAMIENTO:**

Permetrina crema al 5%  
Ivermectina 200mcg/Kg (repetir en 2 semanas)

Tratar a la pareja



## VIH: profilaxis postexposición

Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños.

Tipo de exposición	Riesgo de transmisión según fuente	Recomendación
Relación sexual anal o vaginal, receptiva o insertiva, sin preservativo o mal uso del mismo Compartir jeringuillas o agujas con UDVP	<i>Exposiciones con riesgo de transmisión apreciable</i>  VIH positivo con CVP detectable o desconocida <sup>b</sup> VIH desconocido con factores de riesgo <sup>c</sup>	Recomendar PPE
Pinchazo percutáneo con exposición a sangre u otros fluidos potencialmente infectantes <sup>a</sup> Mordeduras humanas con solución de continuidad en la piel y presencia de sangre	<i>Exposiciones con riesgo de transmisión bajo o mínimo</i> VIH positivo con CVP indetectable VIH desconocido sin factores de riesgo	Valorar individualmente <sup>d</sup>
Relación sexual orogenital (pene, vagina, ano), receptiva o insertiva, con o sin eyaculación, sin preservativo u otro método de barrera o mal uso del mismo Exposición de otras mucosas o de piel no intacta a sangre u otros fluidos potencialmente infectantes <sup>a</sup>	<i>Exposiciones con riesgo de transmisión bajo o mínimo</i> VIH positivo con CVP detectable, indetectable o desconocida VIH desconocido con factores de riesgo VIH desconocido sin factores de riesgo	Valorar individualmente <sup>d</sup>
Cualquier tipo de exposición con fluidos no infectantes <sup>e</sup> Exposiciones sobre piel intacta. Mordeduras sin rotura de piel ni sangrado. Pinchazo o erosión superficial con agujas u otros objetos punzantes o cortantes abandonadas que no han estado en contacto reciente con sangre. Besos. Reanimación boca a boca sin lesiones cutaneomucosas. Caricias. Masturbación sin rotura de piel ni exposición a sangre. Relación sexual con uso adecuado del preservativo	<i>Exposiciones con riesgo de transmisión despreciable o nulo</i> VIH positivo con CVP detectable o indetectable y VIH desconocido con o sin factores de riesgo	PPE no recomendada

**Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!**

## VIH: profilaxis postexposición



**Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños.**

- En general se recomienda iniciar px postexposición si la fuente es VIH + con CVP detectable o desconocida, o si es VIH desconocido con factores de riesgo.
- Si la fuente es VIH + con CVP indetectable o si es VIH desconocido sin factores de riesgo, se puede considerar no realizar profilaxis dado que el riesgo de transmisión es muy bajo.

Factores de riesgo de infección por VIH:

- 1) hombre que tiene sexo con hombres (HSH),
- 2) usuario de drogas por vía parenteral (UDVP)
- 3) trabajador del sexo
- 4) agresor sexual
- 5) antecedentes de ingreso en centros penitenciarios
- 6) un individuo procedente de un país con una prevalencia de VIH superior al 1% (Haití, Bahamas, Jamaica, Belice, Trinidad y Tobago, Estonia, Rusia, Tailandia y África subsahariana).

**Created by eDocPrinter PDF Pro!!**



## VIH: profilaxis postexposición

Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños.

TRATAMIENTO: iniciarlo en las primeras 24 horas . Siempre antes de las 72 horas siguientes a la exposición.  
Duración: 28 días

➤ Niños < de 12 años:

FTC (Emtricitabina )  
+  
AZT (Zidovudina)  
+  
LPV/r (Lopinavir+Ritonavir)

➤ Adolescentes  $\geq$  12 años:

TDF (Tenofovir )  
+  
FTC (Emtricitabina)  
+  
RAL (Raltegravir)

	<i>Desayuno</i> 	<i>Comida</i> 	<i>Cena</i> 
<b>TRUVADA</b>			
<b>ISENTRESS</b>			



## VIH: profilaxis postexposición

Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños.

FÁRMACO	DOSIS ORAL	TOXICIDAD
<b>ANÁLOGOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA</b>		
<b>Zidovudina (ZDV, AZT)</b> Presentación: Suspensión: 10 mg/ml Cápsulas: 100 mg, 250 mg	Dosis en niños: 120 mg/m <sup>2</sup> cada 8 horas ó 4 mg/kg/12 h Dosis adolescentes: 300 mg cada 12 horas	Más frecuente: Toxicidad hematológica, incluye granulocitopenia y anemia, dolor de cabeza. No frecuente: miopatía, miositis, toxicidad hepática
<b>Emtricitabina (FTC)</b> Presentación: Suspensión: 10 mg/ml Cápsulas 200 mg	Dosis en niños: 6 mg/kg/24 horas  Dosis en adolescentes: 200 mg / 24 horas	Más frecuentes: Intolerancia digestiva Cefalea, anemia, neutropenia Menos frecuente: Pancreatitis, rash, Hiperpigmentación de palmas y plantas, sobre todo en raza negra
<b>Lopinavir/ritonavir (LPV/r)</b> Presentación: Solución oral: 1 ml: 80 mg de lopinavir y 20 mg ritonavir Comprimidos recubiertos: - 200 mg de lopinavir y 50 de ritonavir - 100 mg de lopinavir y 25 mg de ritonavir	Dosis en niños: 230-300 mg/m <sup>2</sup> /cada 12 horas  Dosis adolescentes: 400 mg de lopinavir/r cada 12 horas	Más frecuente: Nauseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, dolor abdominal, astenia Menos frecuentes: Parestesias periorales, aumento de transaminasas. Aumento de colesterol y triglicéridos. Sangrado en hemofílicos Tener en cuenta que la solución de LPV contiene alcohol

CRONOGRAMA DE SEGUIMIENTO						
	Basal	Según síntomas	Semanas			
			2	4-6	12	24*
Serología VIH	✓	✓		✓	✓	✓
Análítica general	✓	✓	✓	✓		
CVP del VIH		✓	✓			
Serología VHB	✓			✓	✓	✓
Serología VHC	✓			✓	✓	✓
VHC RNA	✓					
Despistaje ITS	✓				✓♣	
Embarazo	✓			✓		

\* Si se utiliza una prueba combinada de antígeno/anticuerpo para VIH de cuarta generación, el seguimiento podría reducirse a la determinación basal, a la semana 4- 6 y a la semana 16 postexposición.

♣ En caso de la sífilis, repetir serología a la 12 semanas.

## SEGUIMIENTO DE CONTACTOS

Infeción	Periodo para la búsqueda de contactos	Intervención sobre los contactos
Chancroide	10-15 días antes de la aparición de síntomas	Tratamiento
Clamidia	60 días antes del inicio de síntomas o diagnóstico	Tratamiento
Donovanosis (Granuloma inguinal)	40-80 días antes del inicio de síntomas	Tratamiento
Gonococia	60 días antes del inicio de síntomas o diagnóstico	Tratamiento
Hepatitis A	Entre 2 semanas antes y una semana después del inicio de la ictericia	Vacunación
Hepatitis B	2 semanas antes del inicio de la ictericia	Vacunación
Herpes virus	Pareja actual	Consejo para evitar la infección y transmisión
VIH	3 meses antes de un test previo negativo	Tratamiento. Consejo para evitar la infección o transmisión
Linfogranuloma venéreo	1 mes antes del inicio de síntomas	Tratamiento
Uretritis no gonocócica	4 semanas antes de inicio de síntomas o 6 meses en asintomáticos	Tratamiento
Pediculosis	12 semanas antes del inicio de síntomas	Tratamiento
Escabiosis	8 semanas antes del inicio de síntomas	Tratamiento
Sífilis	Primaria: 3 meses antes del inicio de síntomas Secundaria: 6 meses antes del inicio de síntomas Latente precoz: 12 meses antes del diagnóstico. Si no es posible, intentar precisar la fecha en que se produjeron las lesiones primaria y secundaria.	Prevención y tratamiento
Tricomoniasis	60 días antes del inicio de síntomas o diagnóstico	Tratamiento
Virus del papiloma humano	Pareja actual	Tratamiento de las verrugas o displasia cervical. Consejo

**Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!**

## RECOMENDACIONES PREVINFAD



### CONSEJOS SOBRE PREVENCIÓN DE ITS:

#### ➤ Si no ha iniciado actividad sexual:

Comprobar que conoce los medios para prevenir e informar sobre los recursos locales, sanitarios y comunitarios

#### ➤ Si ha iniciado actividad sexual:

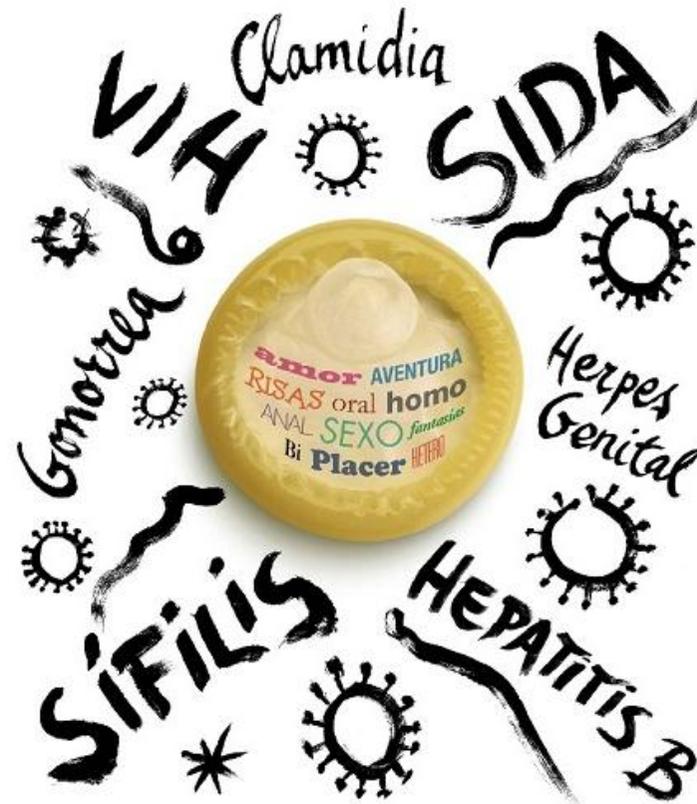
. Derivar para consejo individualizado de moderada a alta intensidad: Dependiendo de la capacidad, según su formación, el consejo puede realizarlo cualquier miembro del equipo pediátrico o diferirse a otros profesionales:

- Identificar comportamientos y prácticas de riesgo
- Valorar la utilización correcta de protección y anticoncepción
- Consejo adaptado al riesgo, conocimientos, habilidades y actitudes.
- Si está indicado, recomendar anticoncepción (incluida anticoncepción general y de emergencia) o derivar a centro de planificación

. Valorar, según el riesgo individual, la realización o derivación para cribado de clamidia y otras ITS

**Created by eDocPrinter PDF Pro!!**

Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!



TÚ ELIGES LO QUE ENTRA EN TUS RELACIONES  
DECIDE TAMBIÉN LO QUE QUEDA FUERA



NINGUNA RELACIÓN SEXUAL SIN PRESERVATIVO  
EL SEXO ORAL ES UNA PRÁCTICA DE RIESGO PARA LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL  
LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL MULTIPLICAN EL RIESGO DE SIDA



[www.osakidetza.euskadi.net/sida](http://www.osakidetza.euskadi.net/sida)



Created by eDocPrinter PDF Pro!!