

SÍNDROME CAUSADO POR ITS	Clínica	Diagnósticos posibles	Pruebas complementarias (Muestras y analíticas)	Tratamiento empírico y/o etiológico	Otras actividades que realizar en Atención Primaria
 URETRITIS	<ul style="list-style-type: none"> Supuración uretral (NG: amarilla-verde; no NG: más serosa) Meatitis Prurito Disuria/Polaquiuria Hematuria Adenopatías (ADP) inguinales 	-Gonocócica (NG) -No gonocócica: Clamidia (CT) Micoplasma (MG) Ureaplasma (UU) Tricomonas (TV) Adenovirus VHS1-2 Haemophilus	Si exudado uretral: <ul style="list-style-type: none"> PCR uretral CT y NG y Cultivo para NG Si no exudado o escaso: <ul style="list-style-type: none"> PCR orina (1r chorro mañana o 2h después de última micción) Si es posible: <ul style="list-style-type: none"> Gram: >5 PMN Sedim orina: >20 PMN 	Empírico o si NG: Ceftriaxona 500mg/IM + Azitromicina (Az) 1d/DU (o Doxiciclina 100mg/12h 7d) Si alerg a Penicilina: Az 2g/DU Si CT: Az 1d/DU (o Doxiciclina 100mg/12h 7d) Si MG: Az 500mg/d 1d y Az 250mg/d 4d más (o Moxiflox 400mg/d 10-14d)	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento empírico de las parejas Control del paciente para ver la efectividad del tratamiento a los 7d Comprobar curación si no mejora Estudio contactos (3 meses previos) Cribado otras ITS (VIH, Sífilis, hepatitis) Consejo sexo seguro Declaración obligatoria si NG y/o CT Derivar a 3er nivel (si complic.)
ORQUITIS/ EPIDIDIMITIS	<ul style="list-style-type: none"> Inflamación testículo/epidídimo Dolor a la palpación • Supuración uretral ADP inguinales Fiebre Malestar general (MEG) 	-Gonocócica -No gonocócica: Clamidia Micoplasma Ureaplasma	Igual que Uretritis + Test Stamey (cultivo orina + cultivo semen; para el día siguiente)	Ceftriaxona 500mg/IM + Doxiciclina 100mg/12h 14d.	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a UROL (si complicada) • Tratamiento empírico de las parejas Control del paciente para ver la efectividad del tratamiento a los 7d Comprobar curación si no mejora Estudio contactos (3 meses previos) Cribado otras ITS Consejo sexo seguro Declaración obligatoria si NG y/o CT
 CERVICITIS (+/-URETRITIS)	<ul style="list-style-type: none"> Supuración cervical (NG: amarilla-verde; no NG: más serosa) Metrorragia/Sangre postcoital Dispareunia Disuria/polaquiuria (si uretritis asociada) (70% son poco o asintomáticas) 	-Gonocócica -No gonocócica: Clamidia Micoplasma Ureaplasma Tricomonas Gardnerela (GV) Cándida	Siempre: <ul style="list-style-type: none"> PCR vaginal (y/o endocervical) para CT y NG Cultivo vaginal (y/o endocervical) para NG y otros agentes (TV, GV, Cándida, ¿MG?) Si exudado: <ul style="list-style-type: none"> Cultivo para NG vaginal (y/o endocervical) 	Empírico o si NG: = que uretritis. Si NG y alerg a Penic: Az 2g/DU + Cefixima 400mg/DU. No hay reacciones cruzadas entre penicilina y cefalosporinas de tercera generación. Si se quiere asegurar entorno seguro, derivar para tratamiento en el hospital. Si CT: = que uretritis Si MG: = que uretritis Si TV: Metronid 2g/VO/DU o Tinidazol 2g/VO/DU o Metronid 500mg/12h/VO 7d Si Cándida: = que VV	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento empírico de las parejas Control de la paciente para ver la efectividad del tratamiento a los 7d Comprobar curación si no mejora Estudio contactos (3 meses previos según etiología) Cribado otras ITS Consejo sexo seguro Declaración obligatoria si NG y/o CT Derivar a 3 er nivel (si complic)
VULVOVAGINITIS (sólo se considera ETS TV)	<ul style="list-style-type: none"> VV Tricomonas (TV): [SÍ ETS]. Flujo espumoso, mal olor +/- cervicitis, prurito, disuria, dolor Vaginosis bacter (GV): [NO ETS]. Flujo mal olor, asintomática VV candidiásica: [NO ETS]. Leucorrea, grumos, blanco, no mal olor, prurito, disuria, eritema, fisuras. 		<ul style="list-style-type: none"> Cultivo vaginal Microscopía simple si disponible (Clue test para GV, KOH 10% para Cándidas) 	TV: = que cervicitis Gardnerela: Metronid gel 0,75% 5g/d/lvag 5d o Clindamic crema 2% 5g/d/lvag 7d o Tinidazol 2g/d/VO 2d (o 1g/d/VO 5d) o Clindam óvulos 100mg/d/lvag 3d (o 300mg/12h/VO 7d [sdí en embarazo]) o Metronid 500mg/8-12h/VO 7d Cándida: Clotrimaz crem 2% 1aplic/d (u óvulo 500mg/DU/lvag u óvulo 100mg/12h/lvag 3d u óvulo 100mg/d/lvag 7d)	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento empírico de las parejas (siempre si TV; solo si pareja sintomática si GV o Cándidas) Cribado otras ITS (si TV) No hay que hacer estudio de contactos si tricomonas, sólo evaluación y tratamiento pareja más estable o reciente) Consejo sexo seguro

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA	<ul style="list-style-type: none"> •Dolor pélvico •Dispareunia •Metrorragia/Sangre postcoital •Fiebre •MEG 	-Gonocócica -No gonocócica Clamidia Mycoplasma Ureaplasma Tricomonas Gardnerella	PCR endocervical (y/o vaginal) para CT y NG •Cultivo endocervical (y/o vaginal) para NG y otros agentes (TV, GV, ¿MG?)	Ceftriaxona 500m g/IM + Doxiciclina 100mg/12h 14d + Metronidazol 500mg/12h 14d Dada la gravedad del cuadro y que puede evolucionar mal en horas, es mejor derivar a hospital para ingreso de la paciente	•Derivar a GINECOLOGÍA •Tratamiento empírico de las parejas •Control del paciente para ver la efectividad del tratamiento a los 5d •Comprobar curación si no mejora • Estudio contactos (3 meses previos) • Cribado otras ITS • Consejo sexo seguro •Declaración obligatoria si NG y/o CT
ULCERAS GENITALES	HERPES GENITAL (VHS1, VHS2) <ul style="list-style-type: none"> • Lesiones múltiples superficiales lisas • (1o) Vesículas → (2o) Erosiones → (3o) Úlceras • Dolor, prurito • Mialgias, MEG, fiebre • No/Sí ADP bilaterales dolorosas 		<ul style="list-style-type: none"> • PCR VHS (y TP si posible) • + Serología sífilis 	1r Epis/recurrencias: Aciclovir 200mg/5d/VO (o 400mg/8h/VO) 5d o Valacic 500mg/12h/VO 5d o Famcic 250mg/8h/VO 5d Tto supresivo (si >6 brotes/año): Aciclovir 400mg/12h/VO (o 200mg/6h) 12m o Valacic 500mg/d/VO 12m o Famci 250mg/12h/VO 12m	<ul style="list-style-type: none"> • Control del paciente para ver la efectividad del tratamiento a los 7d • Comprobar curación • Estudio contactos no hace falta (solo valorar a la pareja actual). • Cribado otras ITS • Consejo sexo seguro • Si embarazo no hace falta derivar pero si que se tiene que hacer seguimiento y según la semana de gestación dejar tratamiento supresivo hasta el parto, usualmente desde la semana 34-36 • Analgesia: Metamizol 575mg/6-12h/VO
	SÍFILIS PRECOZ PRIMARIA PRIMARIA (Chancro sífilítico) <ul style="list-style-type: none"> • Lesión única profunda (chancro), bordes defin, base lisa roja brillante, limpia (genit-ano-boca) • (1o) Mácula → (2o) Pápula → (3o) Úlcera → (4o) Curación NO dolor, ADP uni/bilat no dolor, eritema 	<i>Treponema pallidum pallidum (TP)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Serología sífilis • (+ PCR VHS y TP si posible) 	Elección: Penicilina G benz 2,4MU/IM/DU (Advertir posible reacción de Jarisch-Herxheimer) Si alergia a penicilina: Doxiciclina 200mg/24h/VO 14d	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento empírico de las parejas • Control del paciente para ver la efectividad del tratamiento a los 7d • Control a los 3, 6, 12 i 24 meses o hasta la negativización En pacientes VIH, 3,6,9,12, 18 i 24 meses o hasta la negativización • Estudio contactos (90d previos) • Cribado otras ITS, Consejo sexo seg • Declaración obligatoria
	LINFOGRANULOMA VENÉREO (LGV) <ul style="list-style-type: none"> • Lesión única plana, bordes/profundidad variables • (1o) Pústula plana → (2o) Úlcera → (3o) Cura rápido • ADP unilat inguino-femorales, duras, dolor, inflamatorias, supuran, fistulizan, ulceran • MEG, fiebre, proctitis. 	<i>Chlamydia trachomatis</i> serotipos L1, L2, L3	<ul style="list-style-type: none"> • Serología sífilis • + PCR VHS y TP si posible • + PCR exudado 	Doxiciclina 100mg/12h 21d (o Azitromicina 1g/DU/sem 3sem)	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento empírico de las parejas • Control del paciente para ver la efectividad del tratamiento a los 7d • Comprobar curación • Estudio contactos (3 meses previos) • Cribado otras ITS, Consejo sexo seg • Derivar a 3 er nivel si dudas • Declaración obligatoria
	GRANULOMA INGUINAL <ul style="list-style-type: none"> • Lesión única/múltipl limpia, granulomatosa, borde marcado, sangra • (1o) Pápula → (2o) Nódulo • NO dolor, NO ADP, Seudobubones (granuloma ingonal subcutáneo) en 2m, Elefantiasis • Curso CRÓNICO, tropical 	Donovanosis <i>Klebsiella granulomatis</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Serología sífilis • + PCR VHS y TP si posible • + Frotis-MO • + Tinción Gram o Giemsa de exudado de borde de úlcera o de pus de bubón 	Ceftriaxona 500mg/IM oAzitromicina 1g/DU o Eritrom 500mg/6h 7d o Amoxiclav 500mg/8h 7d o Ciproflo 500mg/12h 3d) + Aspiración de bubón (no desbridar)	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento empírico de las parejas • Control del paciente para ver la efectividad del tratamiento en 7d •(Comprobar curación • Estudio contactos • Cribado otras ITS • Consejo sexo seguro • Derivar a 3 er nivel
	CHANCRO BLANDO <ul style="list-style-type: none"> • Lesión única-múltiples 	Chancroide <i>Haemophilus ducreyi</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Serología sífilis • + PCR VHS y TP si posible • + Biopsia-MO 	Doxiciclina 100mg/12h 21d o Azitromicina 1g/DU/sem 3sem	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento empírico de las parejas • Control del paciente para ver la efectividad del tratamiento en 7d

	(aparecen nuevas) profund, borde irregul amaill sucio inflam, friable, necrosis • (1o) Mácula → (2o) Pápula → (3o) Pústula → Autoinoc • Dolor, ADP unilat, adherida, blanda, dolor, supura, fluctúa y crea cráter • Curso AGUDO, tropical		• + Tinción Gram o Giemsa de raspado de la lesión	o Cotrimoxazol 800mg/12h 3sem o Ciprofloxacino 750mg/12h 3 sem	• Comprobar curación • Estudio contactos • Cribado otras ITS • Consejo sexo seguro • Derivar a 3 er nivel
EXANTEMA MACULO PAPULAR Y/O LESIONES PALMO PLANTARES Y FACTORES DE RIESGO	Sífilis precoz secundaria Se manifiesta de múltiples maneras (“gran simuladora”) • Exantema maculopapular generalizado +/- lesiones palmoplantares +/- alopecia parcheada +/- condilomas planos (lata) +/- ADP +/- fiebre +/- MEG	Sífilis precoz secundaria <i>Treponema pallidum</i>	• Serología sífilis	Elección: Penicilina G benz 2,4MU/IM/DU (Advertir posible reacción de Jarisch-Herxheimer) Si alergia a penicilina: Doxiciclina 200mg/24h/VO 14d	• Tratamiento empírico de las parejas • Control del paciente para ver la efectividad del tratamiento a los 7d • Control a los 3, 6, 12 i 24 meses o hasta la negativización En pacientes VIH, 3,6,9,12, 18 i 24 meses o hasta la negativización • Estudio contactos (6 meses previos) • Cribado otras ETS, Consejo sexo seg • Declaración obligatoria
LESIONES PAPULARES GENITALES	CONDILOMAS (lesiones exofíticas, verrucosas, filiformes o papilomatosas, rasposas al tacto, de color rosado o marronoso. Blanquean aplicando Ácido acético 5%)	Virus del Papiloma Humano (serotipos 6 y 11, principalmente)	NO (Biopsia si dudas; estudio dermatoscópico: punteado granate (trombosis) o imagen en “mineral cuarzo”)	Crioterapia o exéresis quir o Imiquimod 5% ,1aplic/noche, 3/sem, 12sem. o Podofilotox sol 0,5% 1aplic/12h x 3d, 12 sem o Ácido Tricloroacético (ATCA) 50-90% sol 1 apl/sem o Sincatequinas 15% Veregen® pomada 1aplic/8h hasta 16 sem.	• Cribado otras ETS (y cribado Cá Cuello útero en ♀ y de Cá ano en VIH+ si sexo anal receptivo) • Consejo sexo seguro • Consejo antibacno • Consejo NO rasurar vello
	MOLUSCOS (pápulas brillantes, perladas y umbilicadas)	Virus del Molusco contagioso	NO (Biopsia si dudas; estudio dermatoscópico)	Nada o Curetaje con cucharilla o Crioterapia o Podofilinotoxina 0,5% crema o sol 1 apl/12h/3d seguidos/sem 3 sem o ATCA 25-35% sol 1apl/sem	• Cribado otras ETS, Consejo sexo seg • Si aparición brusca severa en cara → sospechar VIH
PRURITO GENERALIZADO FAMILIAR (+NOCTURNO)	• Pápulas • Nódulos escabióticos • Surco acarino • Lesiones de raspado	Escabiosis (Sarna) <i>Sarcoptes scabiei hominis</i>	• Test Muller • Visualización con dermatoscopia (surco acarino e imagen en “ala delta” en extremo)	Permetrina crema 5% (desde barbilla hasta pies; durante 8-12 h; repetir a los 7-14d) o Azufre 10% crema FM con vaselina (desde barbilla hasta pies; 1 aplic/noche 3d seguidos/sem 2ciclos) o Ivermectina 0,2mg/kg/DU/VO (se hace FM y repetir a los 14d)	• Tratamiento empírico de las parejas • Estudio contactos • Cribado otras ETS • Consejo sexo seguro • Consejos generales: lavar la ropa a 70°C o calor seco 60°C 20min y dejar ropa en bolsa cerrada 10-15d; Antihistamínico H1 no sedante/d/VO (antes de dormir, el prurito postescabiosis, puede durar 2-3 sem); Antibióticos VO si sobreinfección; Cortic tópicos si inflamación grave (clobetasona 0,05% crema 1aplic/d/7-14d + crema hidratante); Evitar contacto piel con piel con otras personas hasta resolución
PRURITO GENITALES	• Pápulas • Lesiones de raspado • Visualización piojos en vello púbico	<i>Pediculosis pubis</i> (Ladillas) <i>Pthirus pubis</i>	• Visualización ladillas	Permetrina loción 1,5% 1h y lavar durante 5-10min (repetir a los 7-10d) +/- Rasurado de vello	• Tratamiento empírico de las parejas • Estudio contactos • Cribado otras ETS • Consejo sexo seguro
PROCTITIS TRAS RELACIONES DE RIESGO	• Proctalgia • Exudado anal/rectal • Tenesmo • Adenopatías	-Gonocócica -No gonocócica: Clamidia Clamidia-LGV Mycoplasma Ureaplasma VHS 1-2	• PCR rectal CT, NG, LGV • PCR VHSy TP si posible • Cultivo para NG	Ceftriaxona 500mg/IM + Doxiciclina 100mg/12h 7d (o Az 1g/DU) o bien (si LGV): Doxiciclina 100mg/12h 21d (o Azitromicina 1g/DU/sem 3 sem)	• Tratamiento empírico de las parejas • Control del paciente para ver la efectividad del tratamiento a los 7 días • Comprobar curación si no mejora • Estudio contactos (3 meses previos) • Cribado otras ETS, Consejo sexo seg • Si LGV valorar derivar a UETS • Declaración obligatoria si NG, CT, LGV

FARINGOAMIGDALITIS TRAS RELACIONES DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none">• Odinofagia• Faringitis de repetición• Fiebre• RRSS de riesgo (SO receptivo)	-Gonocócica -No gonocócica: Clamidia Mycoplasma Ureaplasma NO ITS (...)	<ul style="list-style-type: none">• PCR faríngeo CT y NG• Cultivo para NG (si disponible y si exudado)• Sretotest	Ceftriaxona 500mg/IM + Azitromicina 1g/DU (o Doxiciclina 100mg/12h 10d)	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento empírico de las parejas• Control del paciente para ver la efectividad del tratamiento a los 7 días• Comprobar curación (especialmente si NG)• Estudio contactos (3 meses previos)• Cribado otras ETS, Consejo sexo seg• Declaración obligatoria si NG y/o CT
---	--	--	---	--	---