

TALLER GYMKHANA DE ITS



Mireia Alberny Iglesias¹, Antoni Arévalo Genicio², Mariam de la Poza Abad¹, Lorena Díez García², Cinta Estrada Alifonso², Gemma Ferriz i Villanueva², Susana Virginia Fontana², David García Hernández^{1,2}, Elisabet González García², Adriana Margets Alomar², Montse Mullol Tarragona², Anna Ripoll Ramos², Carme Roca Saumell¹

- 1) MFyC, Referente de ITS, CAMFiC
- 2) MFyC, Grupo de Dermatología CAMFiC



III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria
La piel: contamos contigo

Barcelona 4 de Octubre de 2018 (10:00-11:30)
Facultad de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Barcelona



Grupo de Dermatología de CAMFiC
dermato@camfic.org

 CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

Material entregado:

MANEJO DE LAS ITS EN ATENCIÓN PRIMARIA 2017. Referente ITS Atención Primaria Barcelona Ciudad (David García Hernández)					
SÍNDROME CAUSADO POR ITS	Clinica	Diagnósticos posibles	Pruebas complementarias (Muestras y analíticas)	Tratamiento empírico y/o etiológico	Otras actividades a realizar en Atención Primaria
URETRITIS	<ul style="list-style-type: none"> Supuración uretral Meatitis Prurito Disuria/Poiquiluria Hematuria Adenopatías inguinales 	Gonocócica (NG) No gonocócica Clamidia (CT) Micoplasma (MG) Ureaplasma (UU) Trichomonas (TV) Sífilis VHS 1-2 Haemophilus	Si esudado uretral: <ul style="list-style-type: none"> PCR uretral CT y NG Cultivo para NG Si no esudado 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: 25 PUN Sedim orina: >20 PMN 	Empírico e si NG: Ceftriaxona 500mg IM + Doxiciclina 100mg 12h Td Si alergia a Penic: Az 2x200 CT, Azitromicina 1g DU o Doxiciclina 100mg 12h Td Si MG: Az 500mg 2 veces de Az 250mg 2x4 (o MoxiMac: 400mg 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) Estudio contactos (60d previos) Chibado otras ITS (VIH, Sífilis, hepatitis) Consejo sexo seguro Declaración obligatoria si NG y/o CT
ORQUITIS/EPIDIDIMITIS	<ul style="list-style-type: none"> Inflamación testículo/epidídimo Dolor a la palpación Supuración Adenopatías inguinales Fiebre Malestar general 	Gonocócica No gonocócica Clamidia Micoplasma Ureaplasma	Igual que Urethritis - Test Stamey (cultivo orina + cultivo semen, para el síngame)	Ceftriaxona 500mg IM Doxiciclina 100mg 12h 14d	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a UROLOGÍA (si complicada) Tratamiento empírico de las parejas Control del paciente para ver la efectividad del tratamiento a los 7d (Comprobar curación) Estudio contactos (60d previos) Chibado otras ITS Consejo sexo seguro Declaración obligatoria si NG y/o CT
CERVICITIS	<ul style="list-style-type: none"> Supuración cervical Metrorragias/sangre postcoital Dispareunia (70% son poco o asintomáticas) 	Gonocócica No gonocócica Clamidia Micoplasma Ureaplasma Trichomonas Gardnerella 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, Gardnerella, Cándida, UU, MG) Si esudado: <ul style="list-style-type: none"> Cultivo para NG vaginal (y/o endocervical) 	Empírico e si MG: Ceftriaxona 500mg IM + Doxiciclina 100mg 12h Td Si alergia a Penic: Az 2x200 CT, Azitromicina 1g DU o Doxiciclina 100mg 12h Td Si TV: Metronidazol 2x4VODU Si Cándida: Clotrimazol 500mg intravaginal	<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) Estudio contactos (60d previos según etiología) Chibado otras ITS Consejo sexo seguro Declaración obligatoria si NG y/o CT
VULVO VAGINITIS	<ul style="list-style-type: none"> Flejo alterado Mai olor Prurito vulvar 	VV Trichomonas (TV) (SI ITS) Vaginosis bacter (Gardnerella) (NO ITS) VV candidiásica (NO ITS)	Cultivo vaginal	TV: Metronidazol 2x4VODU Gardnerella: Metronidazol 500mg 12hVODU 7d o Clindamicina 300mg 12hVODU 7d o Tinidazol 1g Td Cándida: Clotrimazol 500mg intravaginal	<ul style="list-style-type: none"> Chibado otras ITS (si TV) Estudio contactos (60d previos sólo si TV) Consejo sexo seguro
DOLOR PELVICO (ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA)	<ul style="list-style-type: none"> Dolor pélvico Dispareunia Metrorragias/sangre postcoital Fiebre Malestar general 	Gonocócica No gonocócica Clamidia Micoplasma Ureaplasma Trichomonas Gardnerella	PCR endocervical (y/o vaginal) para CT y NG Cultivo endocervical (y/o vaginal) para NG y otros agentes (TV, Gardnerella, UU, MG)	Ceftriaxona 500mg IM Doxiciclina 100mg 12h 14d Metronidazol 500mg 12h 14d	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a GINECOLOGÍA Tratamiento empírico de las parejas Control del paciente para ver la efectividad del tratamiento a los 5d (Comprobar curación) Estudio contactos (60d previos) Consejo sexo seguro Declaración obligatoria si NG y/o CT
LESIONES PAPILARES GENTILES	CONDILOMAS (lesiones escabiosas, verrucosas, filiformes o papilomatosas, raspasos al tacto, de color rosado o marronado, blanquean aplicando Ácido acético 5%)	Virus del Papiloma Humano (señalosis 6 y 11, principalmente)	NO (Biopsia si dudas)	Crioterapia y/o imiquimod tópico NOCHE LUNX 12sem y/o Podofiloxina sol 1% 5 veces/semana 10% Veregen (domide estirado de 1r anel) 1aplic/8h hasta 5 sem	<ul style="list-style-type: none"> Chibado otras ITS Consejo sexo seguro Consejo NO rasurar vello
PROCTITIS TRAS RELACIONES DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> MOLUSCOS (pápulas brillantes, peritadas y umbilicadas) 	Virus del Molusco contagioso	NO	Curetaje y/o Crioterapia	<ul style="list-style-type: none"> Chibado otras ITS. Consejo sexo seg Si aparición brusca se ven en cara -> sospechar VIH
ULCERAS GENTILES	<ul style="list-style-type: none"> Lesiones múltiples específicas (1) Vesículas -> (2) Erocciones -> (3) Úlceras Dolor, prurito Mialgias, MEG, fiebre Nosis ADP bilaterales dolorosas 	Herpes genital (VHS1, 2)	PCR herpes virus + Serología sífilis	Aciclovir 200mg 5 veces/d o Aciclovir 400mg 5x 5d Valaciclovir 1g 12h 5d o Famciclovir 250mg 3x 5d	<ul style="list-style-type: none"> Control del paciente para ver la efectividad del tratamiento a los 7d (Comprobar curación) Estudio contactos (voluntar) Chibado otras ITS Consejo sexo seguro Si embrazada derivar a GINECOLOGÍA
EXANTEMA MACULICO PAPULAR Y/O LESIONES PALMO PLANTARES Y FACTORES DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> Prurito generalizado familiar (NOCTURNO) Prurito genital Proctitis Relaciones de riesgo Faringitis Amigalitis Tras relaciones de riesgo 	Sífilis precoz secundaria Sífilis precoz secundaria Sífilis precoz secundaria	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, Gardnerella, Cándida, UU, MG) Si esudado: <ul style="list-style-type: none"> Cultivo para NG vaginal (y/o endocervical) 	Empírico e si MG: Ceftriaxona 500mg IM + Doxiciclina 100mg 12h Td Si alergia a Penic: Az 2x200 CT, Azitromicina 1g DU o Doxiciclina 100mg 12h Td Si TV: Metronidazol 2x4VODU Si Cándida: Clotrimazol 500mg intravaginal	<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) Estudio contactos (60d previos según etiología) Chibado otras ITS Consejo sexo seguro Declaración obligatoria si NG y/o CT
PRURITO GENERALIZADO FAMILIAR (NOCTURNO)	<ul style="list-style-type: none"> Pápulas Nódulos escabiosos Suroo acario Lesiones de rascado 	Escabiosis (Sarna)	PCR rectal CT, NG, LGV PCR herpes virus Cultivo para NG	Ceftriaxona 500mg IM + Azitromicina 1g DU (o Doxiciclina 100mg 12h Td) o bien (si LGV): Doxiciclina 100mg 12h 21d (o Azitromicina 1g DU 5sem 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 (60d previos) Chibado otras ITS. Consejo sexo seg Si LGV derivar a UITS Declaración obligatoria si NG, CT, LGV
PRURITO GENTILES	<ul style="list-style-type: none"> Pápulas Lesiones de rascado Visualización piojos en vello púbico 	Pediculosis pubis (Ladillas)	Visualización idadías	Permetrina 1.5% Rasurado	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento empírico de las parejas Chibado otras ITS Consejo sexo seguro
PROCTITIS TRAS RELACIONES DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> Proctalgia Exudado anorrectal Tenismo Adenopatías 	Gonocócica No gonocócica Clamidia-LGV Micoplasma Ureaplasma VHS	PCR rectal CT, NG, LGV PCR herpes virus Cultivo para NG	Ceftriaxona 500mg IM + Azitromicina 1g DU (o Doxiciclina 100mg 12h Td) o bien (si LGV): Doxiciclina 100mg 12h 21d (o Azitromicina 1g DU 5sem 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 (60d previos) Chibado otras ITS. Consejo sexo seg Si LGV derivar a UITS Declaración obligatoria si NG, CT, LGV
ULCERAS GENTILES	<ul style="list-style-type: none"> Lesiones múltiples específicas (1) Vesículas -> (2) Erocciones -> (3) Úlceras Dolor, prurito Mialgias, MEG, fiebre Nosis ADP bilaterales dolorosas 	Herpes genital (VHS1, 2)	PCR herpes virus + Serología sífilis	Aciclovir 200mg 5 veces/d o Aciclovir 400mg 5x 5d Valaciclovir 1g 12h 5d o Famciclovir 250mg 3x 5d	<ul style="list-style-type: none"> Control del paciente para ver la efectividad del tratamiento a los 7d (Comprobar curación) Estudio contactos (voluntar) Chibado otras ITS Consejo sexo seguro Si embrazada derivar a GINECOLOGÍA
FARINGITIS AMIGALITIS TRAS RELACIONES DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> Odinofagia Faringitis de reacción Fiebre RSSS de riesgo (SO receptivo) 	Gonocócica No gonocócica Clamidia Ureaplasma NO ITS (...)	PCR faríngeo CT y NG Cultivo para NG (si disponible) y sí Streptococ	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 7d (Comprobar curación) Estudio contactos (60d previos) Chibado otras ITS. Consejo sexo seg Declaración obligatoria si NG y/o CT

Los autores declaran no tener conflicto de intereses



Metodología:

5 equipos

(máx. 10 integrantes cada)

- Aciclovir
- Azitromicina
- Ceftriaxona
- Doxiciclina
- Penicilina

Por cada acierto → 1 preservativo

Ganador → Equipo + preservativos



TALLER GYMKHANA DE ITS

ESTACIÓN 2F3

David García Hernández^{1,2}, Montse Mullol Tarragona²

- 1) MFyC, Referente de ITS, CAMFiC
- 2) MFyC, Grupo de Dermatología CAMFiC



III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria
La piel: contamos contigo

Barcelona 4 de Octubre de 2018 (10:00-11:30)
Facultad de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Barcelona



Grupo de Dermatología de CAMFiC
dermato@camfic.org

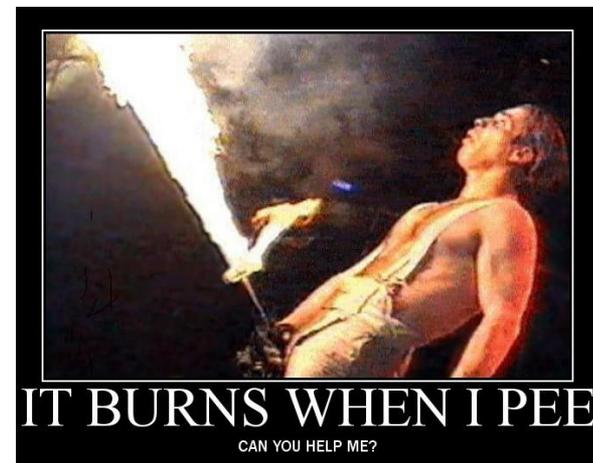


CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària



Caso clínico 2F3:

- **Descripción:** Paciente ♂ de 35 años, vacunado de VHA y VHB, sin AMC, ni AP destacables.
- **EA:** acude a URG de AP por dolor uretral (refiere sensación de “quemazón o agujas” al orinar) y exudado uretral purulento desde hace 24h.
- **EF:** afebril, exudado uretral amarillento espeso, ADP inguinales bilaterales no dolorosas <1cm, no dolor escrotal, no lesiones cutáneo mucosas.
- **Historial sexual reciente:** RRSS HSH SP (SO y SA insertivo) hace 5 días.





Ante la clínica, ¿cuál es el diagnóstico más probable?



Infección urinaria



Sífilis primaria



Uretritis bacteriana



Uretritis irritativa de contacto



Ante la clínica, ¿cuál es el diagnóstico más probable?

Infección urinaria

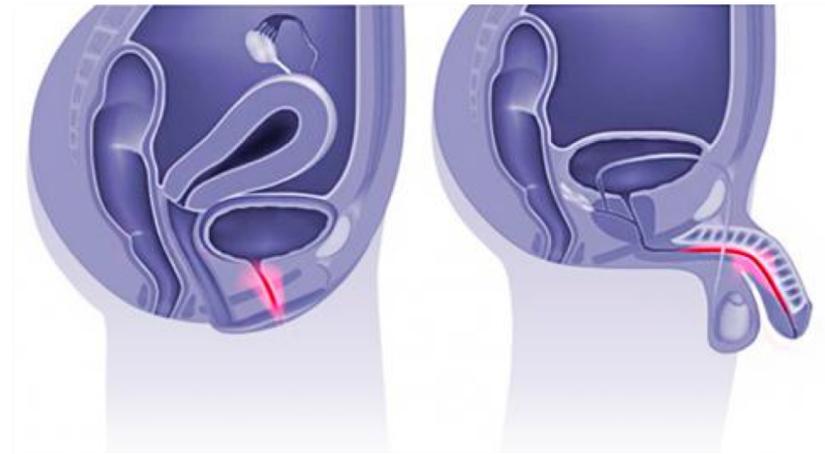
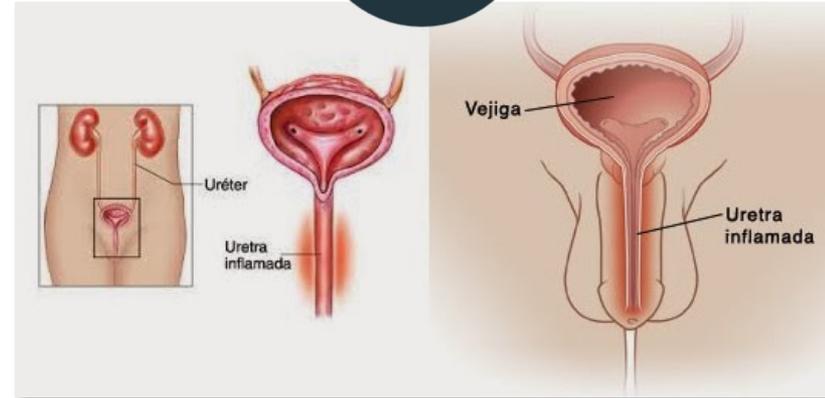
Sífilis primaria

Uretritis bacteriana

Uretritis irritativa de contacto

Uretritis. Clínica:

- Inflamación de la uretra
- **Exudado uretral** (seroso o purulento)
- Hematuria
- **Dolor uretral con la micción**
- Prurito
- Hematuria
- Adenopatías inguinales





Uretritis. Diagnóstico diferencial:



Uretritis Infecciosa (NG,
CT, MG, UU, TV,
Adenovirus, VHS1-2,
Haemophilus...)



Uretritis NO Infecciosa
(Sustancias irritantes,
alergias, traumatismos,
estenosis, tumores...)

Buena anamnesis: ¿RRSS?



Uretritis infecciosa. Diagnóstico diferencial:

Más frecuente

•Gonorrea (NG):

- Exudado purulento
- Incubación 2-7 días
- Asintomática (en 70% ♀ y en 10% ♂)

•Clamidia (CT):

- Exudado seropurulento
- Incubación 2-6 sem
- Asintomática (en 80% ♀ y en 50% ♂)

•*Mycoplasma genitalium* (MG)

•*Ureaplasma urealyticum* (UU)

•*Trichomonas vaginalis* (TV)

•Adenovirus

•VHS1 y VHS2

•*Haemophilus influenzae*...



20-40%
coinfección





Ante la clínica, ¿qué pruebas solicitarías?



Ninguna. No es necesario



Tira reactiva de orina



PCR uretral + Cultivo uretral para NG + PCR faríngea + PCR rectal



PCR uretral + Cultivo uretral para NG + PCR faríngea + PCR rectal + Serologías (VIH, Sífilis y virus hepáticos)



Ante la clínica, ¿qué pruebas solicitarías?

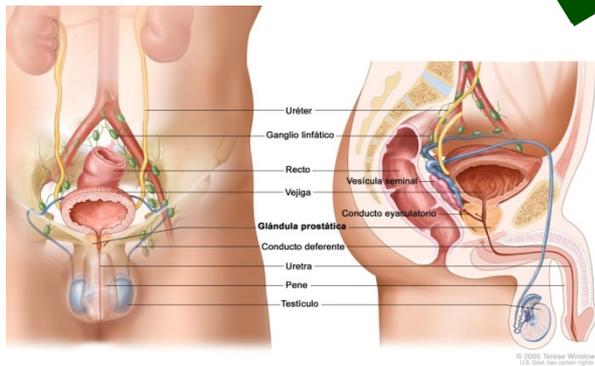
Ninguna. No es necesario

Tira reactiva de orina

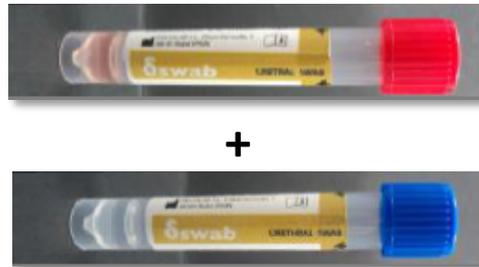
PCR uretral + Cultivo uretral para NG + PCR faríngea + PCR rectal

PCR uretral + Cultivo uretral para NG + PCR faríngea + PCR rectal + Serologías (VIH, Sífilis y virus hepáticos)

Uretritis. Pruebas complementarias ♂:



Con exudado:



- PCR-uretral
Clamidia +
Gonococo
- Cultivo uretral
Gonococo

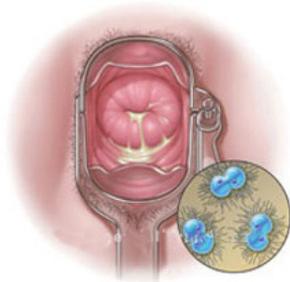
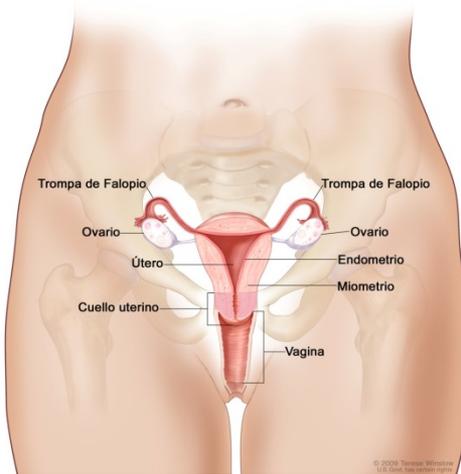
Sin exudado
o contactos:



- PCR-Orina
Clamidia y
Gonococo
[Orina del primer
chorro (>2h sin
orinar)]

Uretritis. Pruebas complementarias ♀:

**Cervicitis ♀
o contacto:**



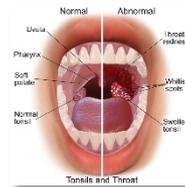
- PCR-vaginal o endocervical
Clamidia + Gonococo
- Cultivo endocervical Gonococo (si
mucho exudado)
- Cultivo vaginal



- Orina del
primer chorro
(>2h sin orinar)
- PCR-Orina
Clamidia y
Gonococo

Uretritis. Pruebas complementarias (resto de cribado de ITS):

- Si ha realizado **sexo oral**:



Faringe posterior y criptas amigdalinas



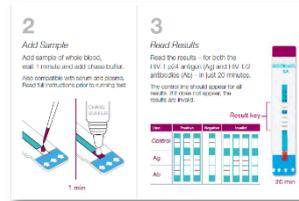
- **PCR-faringe CT y NG**

- Si ha realizado **sexo anal**:



- **PCR-rectal CT y NG**

- Si disponible, valorar:



- **Test Rápido VIH** (ALERE Ag y Ac (S y E 94-100%))

http://www.youtube.com/watch?v=SLvkhCXXajQ&feature=player_embedded

- Otras pruebas importantes (no olvidar):



- **VIH, Sífilis, VHA, VHB, VHC** (según el riesgo)

- **Cultivo NG** (en exudados)





Pruebas complementarias.

Cribado en pacientes asintomáticos:

MUJERES ♀♂ ♀♀

Inspección visual para la detección de condilomas anogenitales

Estudio de **Gonococo, Clamidia o Tricomonas**

Por PCR en muestra vaginal o endocervical

Serologías: **VIH y Sífilis y VHC**

Ac y/o Ag VIH

RPR o VDRL (reagínicas) y TPHA o FTA (treponémicas)

VHC IgG (si relaciones sexuales con menstruación)

Asegurar estado vacunal **VHB**

HBsAc y anti HBc

HOMBRES HETEROSEXUALES ♂♀

Inspección visual para la detección de condilomas anogenitales

Estudio de **Gonococo y Clamidia**

Por PCR en muestra de orina (primer chorro)

Serologías: **VIH y Sífilis**

Ac y/o Ag VIH; ELISA; RPR o VDRL (reagínicas) y TPHA o FTA

(treponémicas)

Asegurar estado vacunal **VHB**

HBsAc y anti HBc

HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH) ♂♂

Inspección visual para la detección de condilomas anogenitales

Estudio de **Gonococo y Clamidia**

Por PCR en muestra de orina (primer chorro) + muestra rectal + muestra faríngea

Serologías: **VIH y Sífilis y VHC**

Ac y/o Ag VIH; ELISA

RPR o VDRL (reagínicas) y TPHA o FTA (treponémicas)

Asegurar estado vacunal **VHB y VHA**

HBsAc y anti HBc; VHA IgG



Ante la clínica, ¿qué tratamiento propondrías?



Ciprofloxacino 500 mg VO 1/12 h, 21 días



Azitromicina 1 g VO + Ceftriaxona 500mg IM



Amoxicilina/Ácido clavulánico 500/125 mg VO 1/8 h, 7 días



No tratar hasta tener resultados de pruebas



Ante la clínica, ¿qué tratamiento propondrías?

Ciprofloxacino 500 mg VO 1/12 h, 21 días

Azitromicina 1 g VO + Ceftriaxona 500mg IM

Amoxicilina/Ácido clavulánico 500/125 mg VO 1/8 h, 7 días

No tratar hasta tener resultados de pruebas



Uretritis. Tratamiento:

Si sospecha de ITS, se ha de tratar SIEMPRE en la consulta de manera empírica:

- Ceftriaxona 500 mg IM + Azitromicina 1 g VO (o Doxiciclina 500 mg/12 h, 7 d, si alergia a Azitromicina)
- Azitromicina 2 g VO DU (si alergia a Penicilina o Cefalosporinas)

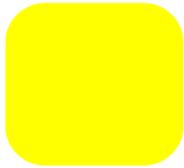
URETRITIS POR NG	URETRITIS POR CT	URETRITIS POR MG
<ul style="list-style-type: none">• Azitromicina 1 g VO + Ceftriaxona 500 mg IM	<ul style="list-style-type: none">• Azitromicina 1 g VO	<ul style="list-style-type: none">• Azitromicina 500 mg/d VO (1 día) seguido de Azitromicina 250 mg/d VO (4 días)
<ul style="list-style-type: none">• Azitromicina 2 g VO DU• Az 1 g VO + Cefixima 400 mg VO DU• Az 1 g VO + Espectinomicina 2 g IM UD **• Az 1 g VO + Cefotaxima 500 mg IM UD	<ul style="list-style-type: none">• Doxiciclina 100 mg VO 1/12 h (7 días) *• Eritromicina 500 mg/12h VO (10 días)• Ofloxacino 200 mg/12h VO (7 días) *	<ul style="list-style-type: none">• Moxifloxacino 400 mg/d VO (10-14 días)

* NO uso en embarazo o lactancia

** Medicación extranjera



¿Qué otras medidas recomendarías?



Abstinencia de relaciones sexuales 7-10 días y consejo sobre medidas de sexo seguro



Avisar a los contactos sexuales de las últimas semanas para realizar cribado y tratamiento si se confirma una ITS



Seguimiento del paciente y comprobación de curación con nueva PCR a las 5 semanas post tratamiento



Todas son ciertas



¿Qué otras medidas recomendarías?

Abstinencia de relaciones sexuales 7-10 días y consejo sobre medidas de sexo seguro

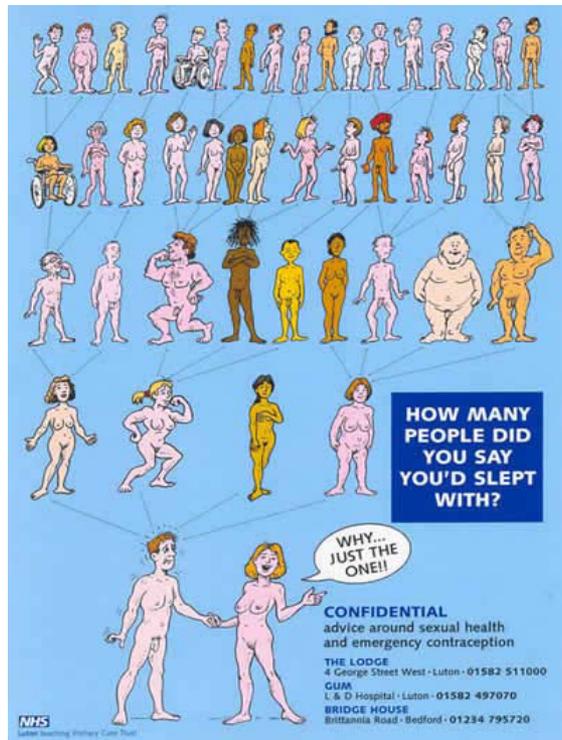
Avisar a los contactos sexuales de las últimas semanas para realizar cribado y tratamiento si se confirma una ITS

Seguimiento del paciente y comprobación de curación con nueva PCR a las 5 semanas post tratamiento

Todas son ciertas



Uretritis. Estudio de contactos:



¡Siempre tratar a los contactos!

Uretritis por NG

Parejas de **8**
semanas previas al
inicio de síntomas

Uretritis por CT

Parejas de **8**
semanas previas al
inicio de síntomas



Caso clínico. Seguimiento:

- Se visita en la consulta de Referente de ITS del Centro de Atención Primaria

• Resultados:

- Cultivo uretral: NG + (S a Ceftriaxona, R a Ciprofloxacino)
- PCR uretral: NG +, CT +
- PCR faríngea y rectal: NG -, CT -
- Serologías: VIH -, VHC-, Sífilis -
- PCR orina y faríngea (4-5 semanas post tratamiento): NG -, CT -

• Diagnóstico definitivo: URETRITIS GONOCÓCCICA Y POR CLAMIDIA

- Se notifica (se realiza declaración obligatoria y encuesta epidemiológica)

- **Estudio de contactos:** Se puede localizar al contacto, realizar cribado y tratarlo empíricamente con Azitromicina 1g VO + Ceftriaxona 500 mg IM. El resultado de pruebas del contacto es:

- PCR faríngea: NG +, CT +
- Resto de pruebas -



Y ahora id rápidamente a:

O si ya habéis pasado por todas las estaciones id a:

Sala Valverde
(planta baja)



TALLER GYMKHANA DE ITS

ESTACIÓN 3F5

Lorena Díez García, Susana Virginia Fontana, Elisabet González García,
MFyC, Grupo de Dermatología CAMFiC



III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria

La piel: contamos contigo

Barcelona 4 de Octubre de 2018 (10:00-11:30)
Facultad de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Barcelona



Grupo de Dermatología de CAMFiC
dermato@camfic.org



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària



Caso clínico 3F5:

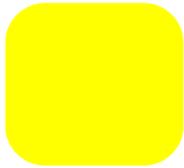
- **Descripción:** un paciente acude (un viernes por la tarde a última hora) por presentar desde hace 2 días lesión en surco balanoprepucial **ulcerada, indurada, no dolorosa**, de 9 mm de \varnothing , con bordes levemente sobreelevados y zona central eritematosa con alguna área más amarillenta. No refiere haber tomado ningún medicamento recientemente ni haberse aplicado producto tópico.
- **EF:** afebril, ADP inguinales bilaterales no dolorosas >1cm, no dolor escrotal, no otras lesiones cutáneo mucosas.
- **Historial sexual reciente:** RRSS HSH CP (SA insertivo) pero SP (SO insertivo y receptivo), hace 10 días.



Fuente: Dr. David García Hernández



Ante la clínica, ¿cuál es el diagnóstico más probable?



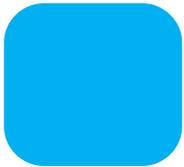
Chancro sifilítico



Herpes genital



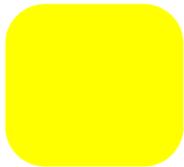
Úlcera traumática



Ninguna de las anteriores



Ante la clínica, ¿cuál es el diagnóstico más probable?



Chancro sifilítico (Sífilis precoz primaria)



Herpes genital



Úlcera traumática



Ninguna de las anteriores

Úlcera genital. Diagnóstico diferencial:



Úlcera genital infecciosa
(VHS1-2, Sífilis, LGV,
Haemophilus ducreyi,
Klebsiella granulomatis,
Estafilococos, Cándidas...)



Úlcera genital NO Infecciosa
(Traumatismos, sustancias
irritantes, eritema fijo
pigmentario, Enf. Behçet,
tumores...)

Buena anamnesis: ¿RRSS?

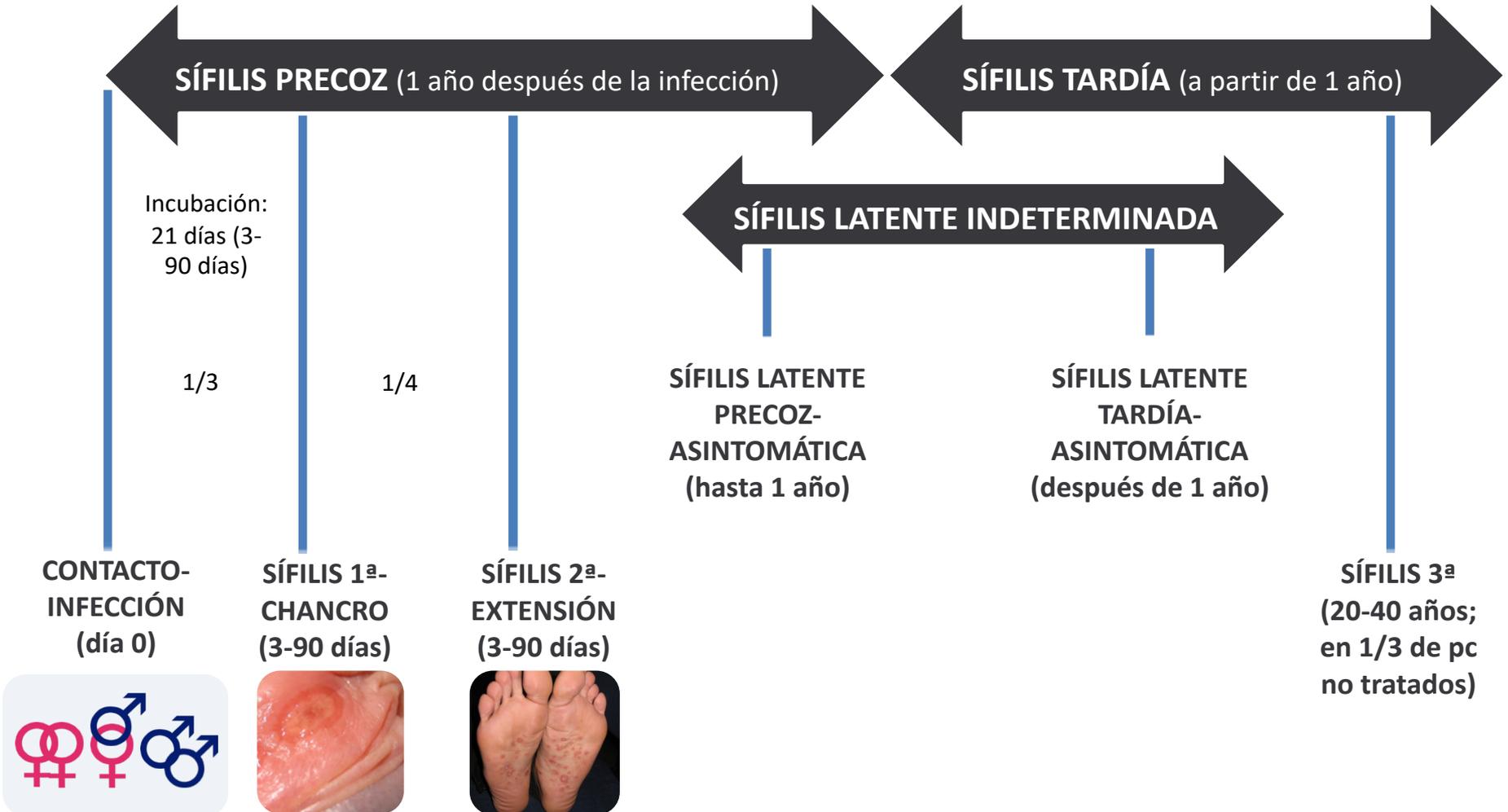
Úlcera genital. Diagnóstico diferencial:

Más frecuente ←

HERPES GENITAL	CHANCRO SIFILÍTICO	LINFOGRANULOMA VENÉREO	CHANCRO BLANDO (CHANCROIDE)	CHANCRO DURE (SIFILIS)
VHS1 y/o VHS2	<i>Treponema pallidum pallidum</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i> L1, L2, L3	<i>Haemophilus ducreyi</i>	<i>Treponema pallidum pallidum</i>
<ul style="list-style-type: none"> Lesiones múltiples superficiales lisas, erosiones, confluentes ocasionalmente Vesículas → Erosiones → Úlceras Dolor, prurito Mialgias. MEG, fiebre No/Sí ADP bilaterales dolorosas 	<ul style="list-style-type: none"> Lesión única profunda, bordes definidos, base lisa roja brillante y limpia Mácula → Pápula → Úlcera → Curación espontánea NO dolor ADP bilaterales NO dolorosas 	<ul style="list-style-type: none"> Lesión única plana, bordes y profundidad variables Pústula plana → Úlcera → Cura rápido ADP unilat inguinales-femorales, duras, dolorosas, inflamadas, supuran, fistulizan, se ulceran MEG, fiebre, proctitis 	<ul style="list-style-type: none"> Lesión única profunda, bordes definidos, base lisa roja brillante y limpia Mácula → Pápula → Úlcera → Curación espontánea NO dolor ADP bilaterales NO dolorosas 	<ul style="list-style-type: none"> Lesión única profunda, bordes definidos, base lisa roja brillante y limpia Mácula → Pápula → Úlcera → Curación espontánea NO dolor ADP bilaterales NO dolorosas
				

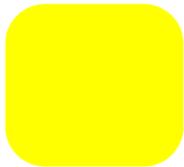
No en nuestro medio

Sífilis. Historia natural:





Ante la sospecha diagnóstica, ¿qué harías a continuación?



Actitud expectante. Se resolverá solo



Tratar en consulta



Tratar en consulta + solicitar PCR úlcera para VHS1-2 (si disponible)
+ serologías VIH/Sífilis



Tratar en consulta + solicitar PCR úlcera para VHS1-2 (si disponible)
+ serologías VIH/Sífilis + PCR faringe/orina CT/NG



Ante la sospecha diagnóstica, ¿qué harías a continuación?

Actitud expectante. Se resolverá solo

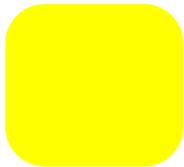
Tratar en consulta

Tratar en consulta + solicitar PCR úlcera para VHS1-2 (si disponible)
+ serologías VIH/Sífilis

Tratar en consulta + solicitar PCR úlcera para VHS1-2 (si disponible) + serologías VIH/Sífilis + PCR faringe/orina CT/NG



Ante la sospecha diagnóstica, ¿qué tratamiento recomendarías?



Ceftriaxona 500 mg IM (1 dosis)



Penicilina G Benzatina 2,4 millones UI IM (1 dosis)



Penicilina G Benzatina 2,4 millones UI IM (3 dosis; 1 dosis semanal)





Ante la sospecha diagnóstica, ¿qué tratamiento recomendarías?

Ceftriaxona 500 mg IM (1 dosis)

Penicilina G Benzatina 2,4 millones UI IM (1 dosis)

Penicilina G Benzatina 2,4 millones UI IM (3 dosis; 1 dosis semanal)

+



Sífilis. Tratamiento:

	Primaria, Secundaria, Latente precoz, Contactos	Latente tardía, Latente indeterminada	Neurosífilis o Terciaria
Elección	<ul style="list-style-type: none">• Penicilina G benzatina 2400000 UI IM (1 dosis) *	<ul style="list-style-type: none">• Penicilina G benzatina 2400000 UI IM (3 dosis; 1 cada semana)	
Alternativas	<ul style="list-style-type: none">• Doxiciclina 100 mg/12h VO (14 d) **• Terapia desensibilizadora a Penicilina (en Hospital)	<ul style="list-style-type: none">• Doxiciclina 100 mg/12h VO (28 d) **• Terapia desensibilizadora a Penicilina (en Hospital)	DERIVAR A HOSPITAL

* Avisar de posible reacción de Jarisch-Herxheimer (aparece a las 4-12h postinyección por destrucción de espiroquetas; con fiebre, mialgias o aparición de más lesiones). Se trata con AINEs o AAS

** No en gestantes





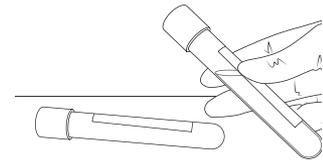
Caso clínico. Seguimiento:

- Se visita en la consulta de Referente de ITS del Centro de Atención Primaria 14 días después.



• Resultados:

- PCR faríngea y orina: NG -, CT -
- Serologías: VIH -, VHC-, Sífilis + (CLIA +, TPHA +++, **RPR 1/4**)

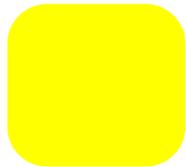


- **Diagnóstico definitivo: SÍFILIS PRECOZ PRIMARIA**





A continuación, ¿qué NO sería necesario hacer?



Notificar el caso (realizar declaración obligatoria y encuesta epidemiológica)



Control analítico de RPR a los 3, 6 y 12 meses



Estudiar y tratar a todos los contactos de los últimos 12 meses



Consejo de sexo seguro



A continuación, ¿qué NO sería necesario hacer?

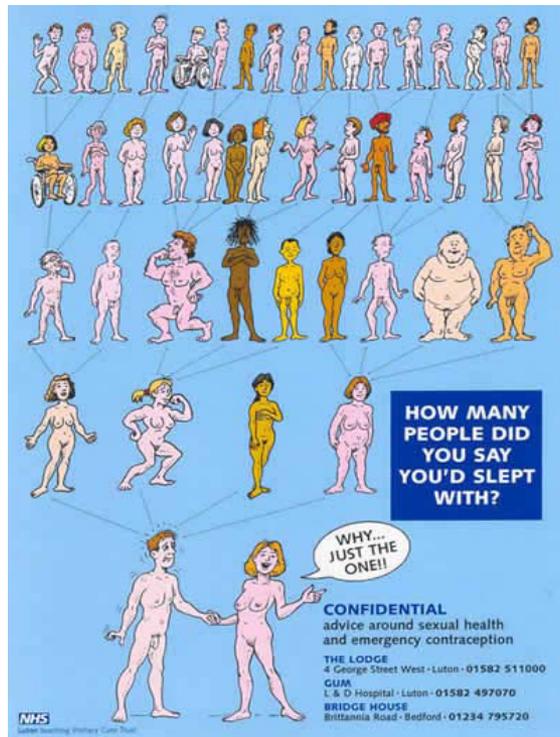
Notificar el caso (realizar declaración obligatoria y encuesta epidemiológica)

Control analítico de RPR a los 3, 6 y 12 meses

Estudiar y tratar a todos los contactos de los últimos 12 meses

Consejo de sexo seguro

Sífilis. Estudio de contactos:



¡Siempre estudiar y tratar a los contactos!

Primaria

Parejas de **3 meses** previos a la aparición de la clínica

Secundaria

Parejas de **6 meses** previos a la aparición de la clínica

Latente precoz

Parejas de **12 meses** previos al diagnóstico



Y ahora id rápidamente a:

O si ya habéis pasado por todas las estaciones id a:

**Sala
Valverde**
(planta baja)



TALLER GYMKHANA DE ITS

ESTACIÓN 4F5

Gemma Ferriz i Villanueva², Adriana Margets Alomar², Carme Roca Saumell¹

- 1) MFyC, Referente de ITS, CAMFiC
- 2) MFyC, Grupo de Dermatología CAMFiC



III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria
La piel: contamos contigo

Barcelona 4 de Octubre de 2018 (10:00-11:30)
Facultad de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Barcelona



Grupo de Dermatología de CAMFiC
dermato@camfic.org

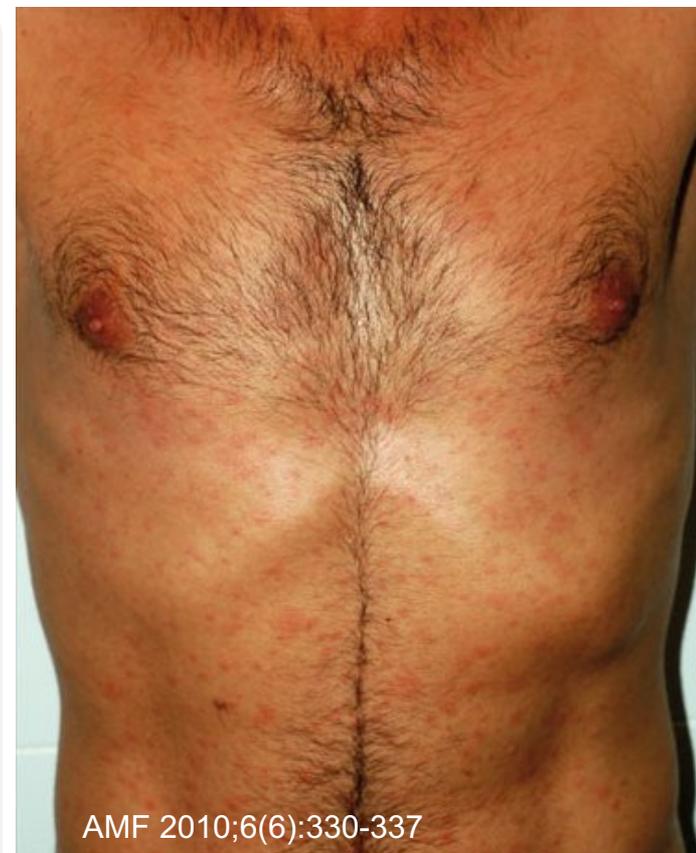


CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària



Caso clínico 4F5:

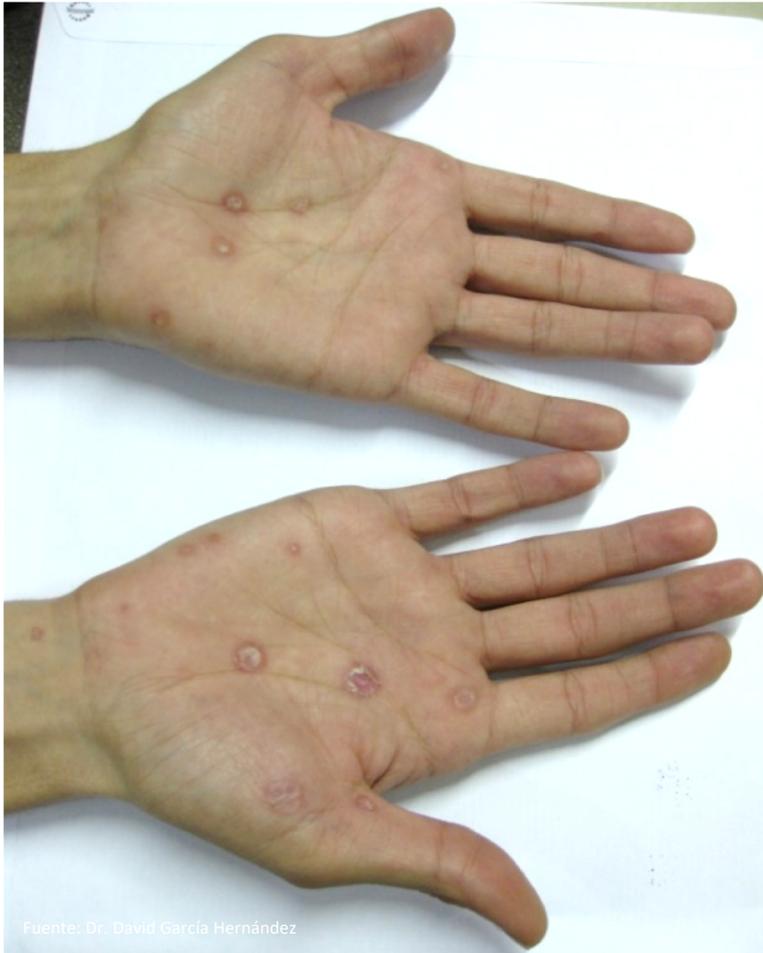
- **Descripción:** Hombre de 38 años, homosexual, sin antecedentes patológicos de interés, que consulta por erupción cutánea ligeramente pruriginosa y sensación distérmica no termometrada desde hace 10 días. Hace 2 meses presentó una úlcera genital que se resolvió espontáneamente.
- **EF:** BEG, afebril, exantema maculopapular eritematoso generalizado que afecta a las palmas de las manos y a las plantas de los pies. ADP generalizadas.
- **Historial sexual reciente:** Refiere relaciones sexuales de riesgo durante el último año (sexo oral sin preservativo).



AMF 2010;6(6):330-337



Caso clínico 4F5





Ante la clínica, ¿cuál es el diagnóstico más probable?



Pitiriasis rosada de Gibert



Picadas de insecto



Sífilis precoz secundaria



Psoriasis en gotas



Ante la clínica, ¿cuál es el diagnóstico más probable?

Pitiriasis rosada de Gibert

Picadas de insecto

Sífilis precoz secundaria

Psoriasis en gotas

Sífilis secundaria. Diagnóstico diferencial:

PSORIASIS GUTTATA

- Placas eritematosas
- Borde neto
- Descamación nacarada
- Asintomática
- 0,5-1,5 cm

- Localización:
- ✓ Caras extensoras articulaciones, cuero cabelludo
- ✓ Zona lumbar baja y periumbilical
- ✓ Respeta palmas y plantas
- Dx clínico
- Autolimitado. 3-4m



PITIRIASIS ROSADA

- Placa Heráldica: placa ovalada de 2,5 cm solitaria, eritematosa
- Descamación marginal
- Asintomática
- 5-10 días sig: lesiones similares pero más pequeñas: 1-3cm

- Localización:
- ✓ Placa Heráldica: tórax o abdomen
- ✓ Resto distribución en árbol de pascua
- Pitiriasis palmoplantar (20%)
- Dx clínico
- Curso autolimitado. 5-10 semanas



SÍFILIS SECUNDARIA

- Exantema maculopapular
- No pruriginoso (10-15%) pruriginoso
- No descamación
- En palmas y plantas (collarete de Biett)
- Lesiones del mismo tamaño bien definidas y simétricas

- Localización:
- ✓ Tronco, extremidades
- ✓ Afectación palmoplantar
- Dx serológico
- Resolución 3-12 semanas



LIQUEN PLANO

- Pápulas eritematovioláceas confluentes, brillantes 1-10 mm
- Estrías blanquecinas (E. de Wickham)
- Descamación fina
- Distribución simétrica
- Muy pruriginosas

- Localización:
- Generalizada con predilección por cara anterior de muñecas y tobillos
- Dx clínico
- Curso crónico con exacerbaciones periódicas



EXANTEMA VÍRICO

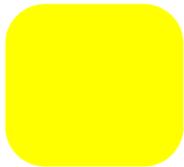
- Exantema maculopapular
- Infancia
- Contexto epidemiológico
- Signos y síntomas acompañantes (fiebre)

- Localización:
- ✓ Tronco y extremidades
- ✓ Puede afectar palmas y plantas
- Dx clínico





Ante la sospecha diagnóstica, ¿qué actitud recomendarías?



Derivación preferente al servicio de Dermatología de referencia



Tratamiento empírico



Determinación serología luética



Determinación serología luética y otras ITS (VIH, VHB, VHC..)



Ante la sospecha diagnóstica, ¿qué actitud recomendarías?

Derivación preferente al servicio de Dermatología de referencia

Tratamiento empírico

Determinación serología luética

Determinación serología luética y otras ITS (VIH, VHB, VHC..)



Sífilis. Diagnóstico serológico

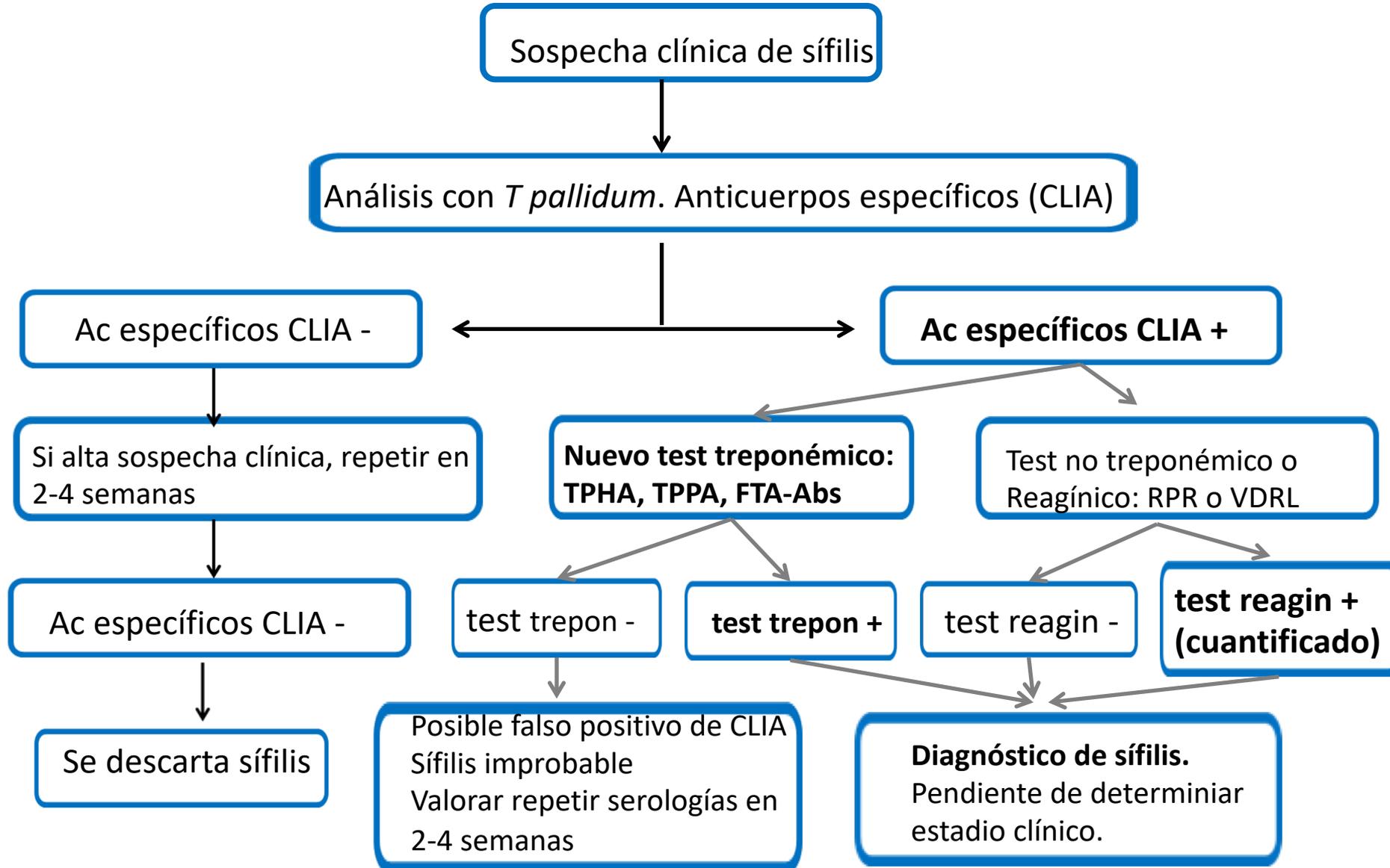
NO TREPONÉMICAS o REAGÍNICAS (RPR o VDRL)

- NO específicas *T pallidum*
- Positivizan a las 2-3 semanas después de la aparición del chancro
- Falsos Positivos: edad avanzada, VIH, TBC, hepatitis, drogas
- Correlación con actividad
- Monitorización respuesta tratamiento. Siempre deben presentarse cuantificadas (1/2, 1/4, 1/8, 1/16,.....)
- Negativizan después del tratamiento (tto)

TREPONÉMICAS (TPHA, TPPA, FTA-Abs)

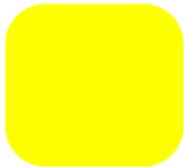
- Específicas *T pallidum*
Prueba treponémica negativa DESCARTA sífilis
- Positivizan a las 2 semanas después de la aparición del chancro (antes que las pruebas reagínicas)
- Falsos Positivos: enfermedad periodondal, Mononucleosis Infecciosa (MNI), colagenopatías, drogas
- No correlación con actividad, no valoran respuesta al tratamiento y no se cuantifican
- Permanecen positivas toda la vida, independientemente de la fase y del tto
- Son las que usualmente se determinan en las pruebas rápidas

Sífilis. Algoritmo diagnóstico serológico





Ante la sospecha diagnóstica, ¿qué tratamiento recomendarías?



Penicilina G benzatina 2400000 UI IM (3 dosis)



Si alergia a la Penicilina, doxiciclina 100mg/12h 7 días



Penicilina G benzatina 2400000 UI IM (1 dosis)



Si alergia a la Penicilina, doxiciclina 200mg/12h 14 días



Ante la sospecha diagnóstica, ¿qué tratamiento recomendarías?



Penicilina G benzatina 2400000 UI IM (1 dosis)





Sífilis. Tratamiento:

	Primaria, Secundaria, Latente precoz, Contactos	Latente tardía, Latente indeterminada	Neurosífilis o Terciaria
Elección	<ul style="list-style-type: none">• Penicilina G benzatina 2400000 UI IM (1 dosis) *	<ul style="list-style-type: none">• Penicilina G benzatina 2400000 UI IM (3 dosis; 1 cada semana)	
Alternativas	<ul style="list-style-type: none">• Doxiciclina 100 mg/12h VO (14 d) **• Terapia desensibilizadora a Penicilina (en Hospital)	<ul style="list-style-type: none">• Doxiciclina 100 mg/12h VO (28 d) **• Terapia desensibilizadora a Penicilina (en Hospital)	DERIVAR A HOSPITAL

* Avisar de posible reacción de Jarisch-Herxheimer (aparece a las 4-12h postinyección por destrucción de espiroquetas; con fiebre, mialgias o aparición de más lesiones). Se trata con reposo y paracetamol

** No en gestantes



Y ahora id rápidamente a:

O si ya habéis pasado por todas las estaciones id a:

**Sala
Valverde**
(planta baja)



TALLER GYMKHANA DE ITS

ESTACIÓN 4F6

Antoni Arévalo Genicio, Anna Ripoll Ramos
MFyC, Grupo de Dermatología CAMFiC



III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria
La piel: contamos contigo

Barcelona 4 de Octubre de 2018 (10:00-11:30)
Facultad de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Barcelona



Grupo de Dermatología de CAMFiC
dermato@camfic.org



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària



Caso clínico 4F6:

- El acompañante de una paciente recién visitada aprovecha la visita para consultarnos por unas lesiones que presenta en el glande y en la base del pene desde hace 1 mes





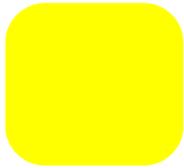
Caso clínico 4F6:



Fuente: Dr. David García Hernández



En principio, ¿cómo haríamos el diagnóstico?



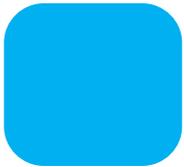
Biopsia de todas las lesiones



Clínico (también se puede aplicar ácido acético 5% o valoración dermatoscópica)



Serologías



PCR de una de las lesiones



En principio, ¿cómo haríamos el diagnóstico?

Biopsia de todas las lesiones

Clínico (también se puede aplicar ácido acético 5% o valoración dermatoscópica)

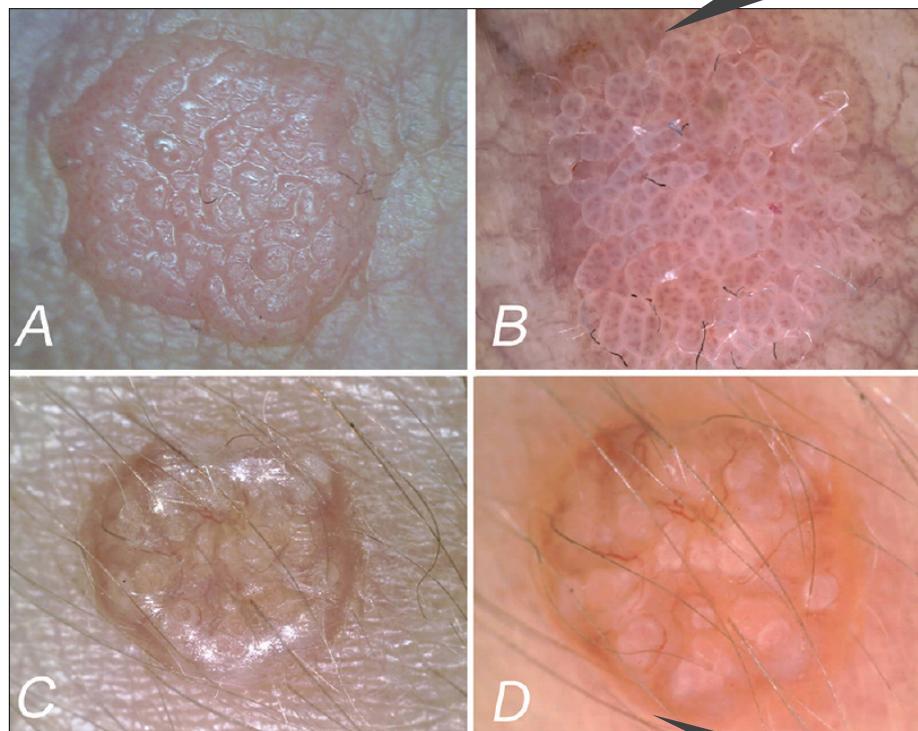
Serologías

PCR de una de las lesiones

Condilomas. Diagnóstico:



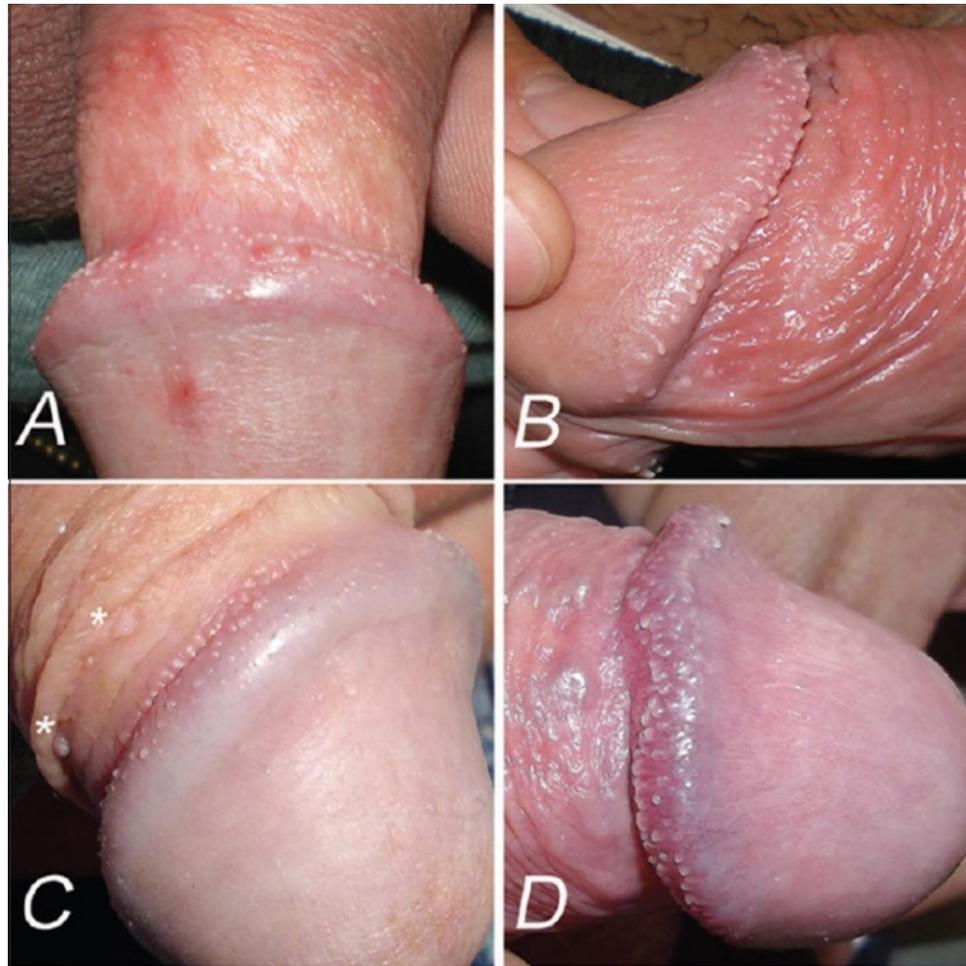
- Blanquea con ácido acético 5%
- Con dermatoscopia → imágenes globulares blancas con punto central rojo



<http://www.odermatol.com/issue-in-html/2015-1-6-video/>

Molusco

Condilomas. Diagnóstico diferencial:

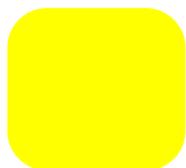


Pápulas perladas del pene

- NO blanquean con ácido acético
- Benignas (variantes anatómicas)



¿Qué tratamiento propondrías?



Crioterapia



Imiquimod crema (3 veces/semana)



 y  son correctas



Curetaje



¿Qué tratamiento propondrías?

Crioterapia

Imiquimod crema (3 veces/semana)

  y  son correctas

Curetaje



Condilomas. Tratamiento:



	Aplicación	Embarazo	Mucosas
Imiquimod	Autoaplicación	No estudios	No
Podofilotoxina	Autoaplicación	No	No
Sinecatequinas	Autoaplicación	No estudios	No
Crioterapia	Sanitario	Sí	Sí
Ácido Tricloroacético (70-90%)	Sanitario	Sí	Sí
Resina Podofilino	Sanitario	No	No



Y ahora id rápidamente a:

O si ya habéis pasado por todas las estaciones id a:

Sala Valverde
(planta baja)



TALLER GYMKHANA DE ITS

ESTACIÓN 4F7

Mireia Alberny Iglesias¹, Mariam de la Poza Abad¹, Cinta Estrada Alifonso²

1) MFyC, Referente de ITS, CAMFiC

2) MFyC, Grupo de Dermatología CAMFiC



III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria

La piel: contamos contigo

Barcelona 4 de Octubre de 2018 (10:00-11:30)

Facultad de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Barcelona



Grupo de Dermatología de CAMFiC

dermato@camfic.org



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària



Caso clínico 4F7:

- **Descripción:** Paciente de 60 años acude al centro por lesiones en labios mayores de 2 días de evolución. La paciente refiere que le llevan saliendo desde hace más de 10 años 2 ó 3 veces al año
- **EF:** Lesiones vesiculares agrupadas no dolorosas, sobre base eritematosa.
- **Historial sexual reciente:** Niega contactos sexuales actuales. Explica una relación mantenida en el tiempo durante unos años pero que terminó hace 10 años.





Ante la clínica, ¿cuál es el diagnóstico más probable?



Condiloma



Herpes zoster



Herpes simple



Verrugas genitales - VPH



Ante la clínica, ¿cuál es el diagnóstico más probable?

Condiloma

Herpes zoster

Herpes simple

Verrugas genitales - VPH

Úlcera genital. Diagnóstico diferencial:

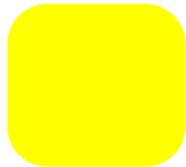
Más frecuente ←

HERPES GENITAL	CHANCRO SIFILÍTICO	LINFOGRANULOMA VENÉREO	CHANCRO BLANDO (CHANCROIDE)	CHANCRO DURO (SIFILIS)
VHS1 y/o VHS2	<i>Treponema pallidum pallidum</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i> L1, L2, L3	<i>Haemophilus ducreyi</i>	<i>Treponema pallidum pallidum</i>
<ul style="list-style-type: none"> Lesiones múltiples superficiales lisas, erosiones, confluentes ocasionalmente Vesículas → Erosiones → Úlceras Dolor, prurito Mialgias. MEG, fiebre No/Sí ADP bilaterales dolorosas 	<ul style="list-style-type: none"> Lesión única profunda, bordes definidos, base lisa roja brillante y limpia Mácula → Pápula → Úlcera → Curación espontánea NO dolor ADP bilaterales NO dolorosas 	<ul style="list-style-type: none"> Lesión única plana, bordes y profundidad variables Pústula plana → Úlcera → Cura rápido ADP unilat inguinales-femorales, duras, dolorosas, inflamadas, supuran, fistulizan, se ulceran MEG, fiebre, proctitis 	<ul style="list-style-type: none"> Lesión única o múltiple (aparece en parejas) (múltiples) (granulomatosa, profunda) (marcado, sangra irregular) → Nódul (dolor) (NO ADP) (Pseudobubones (granuloma inguinal subcutáneo) a los 2m Elefantiasis Evol CRÓNIC, tropical 	<ul style="list-style-type: none"> Lesión única o múltiple (aparece en parejas) (múltiples) (granulomatosa, profunda) (marcado, sangra irregular) → Nódul (dolor) (NO ADP) (Pseudobubones (granuloma inguinal subcutáneo) a los 2m Elefantiasis Evol CRÓNIC, tropical
				

No en nuestro medio



Ante la clínica, ¿qué pruebas solicitarías?



PCR herpes virus



No solicitaría ninguna prueba trataría directamente



Biopsias de las lesiones



PCR herpes virus + serologías (sífilis, VIH, VHC, etc.)



Ante la clínica, ¿qué pruebas solicitarías?

PCR herpes virus

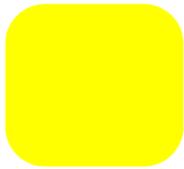
No solicitaría ninguna prueba trataría directamente

Biopsias de las lesiones

PCR herpes virus + serologías (sífilis, VIH, VHC, etc.)



Ante la sospecha diagnóstica, ¿qué tratamiento recomendarías?



Curas tópicas con yodo



Valaciclovir 500mg/12h 5 días



Valaciclovir 1gr/12h 3 días



Aciclovir 800mg/8h 5 días



Ante la sospecha diagnóstica, ¿qué tratamiento recomendarías?

Curas tópicas con yodo

Valaciclovir 500mg/12h 5 días

Valaciclovir 1gr/12h 3 días

Aciclovir 800mg/8h 5 días



Herpes genital. Tratamiento:

Primer episodio de herpes genital (HG)*

- Aciclovir: 400mg/8h, 5 días ó
200mg 5 veces/d, 5 días
- Valaciclovir: 500mg-1g/12h, 5 días
- Famciclovir: 250mg/8h, 5 días

* Si las lesiones o la clínica no han mejorado en 5 días → Se puede alargar el tratamiento



Herpes genital. Tratamiento:

Primer episodio de HG en gestante

- **Primer y segundo trimestre:**

- Aciclovir 400 mg/8h, 5 días

- **Tercer trimestre (semana 36 o más):**

- Aciclovir 400 mg/8h, hasta el parto

Primer episodio de HG en paciente VIH+

- Aciclovir 400 mg 5 veces/d, 7-10 días
- Valaciclovir 1 gr/12h, 10 días
- Famciclovir 250-750 mg/12h, 10 días



Herpes genital. Tratamiento:

Objetivo: reducir la gravedad de la clínica y su duración. Inicio en cuanto haya pródromos:

- Aciclovir: 200mg 5 veces al día ó 400/8h, 5 días
- Valaciclovir: 500mg/12h, 3-5 días o
- Famciclovir: 125mg/12h, 5 días

Durante el embarazo:

- Aciclovir 400 mg/8h, 5 días (por mayor experiencia)

Paciente VIH+:

- Aciclovir 400 mg 5 veces al día, 5-10 días o
- Valaciclovir 1 gr/12h, 5-10 días o
- Famciclovir 500 mg/12h, 5-10 días



Herpes genital. Tratamiento:

Terapias cortas en recurrencias*:

- Aciclovir: 800mg/8h, 2 días
- Valaciclovir: 500mg/12h, 3 días o
- Famciclovir: 1g/12h, 1 día

*<https://www.iusti.org/regions/Europe/pdf/2017/Herpes.pdf>



Herpes genital. Tratamiento:

Tratamiento supresor del HG recidivante (≥ 6 /año):

Objetivo: reducir la frecuencia de las recurrencias un 70-80%. Se puede cesar a los 12 meses y valorar. Experiencia con aciclovir 7 años; Valaciclovir y Famciclovir 1 año.

Pautas:

- Aciclovir: 400mg/12h
- Valaciclovir: 500-1000mg/24h
- Famciclovir: 250mg/12h



Herpes genital. Tratamiento:

Tratamiento supresor del HG en gestante:

Características: se consigue reducir recurrencias y excreción vírica →
Prevención de transmisión vertical y del número de cesáreas.

Pauta en gestantes ≥ 36 semanas:

- Aciclovir: 400mg/8h, hasta el final del embarazo

Tratamiento supresor del HG en pacientes VIH+:

Características: la eficacia es menor en estos pacientes. Se recomienda parar el tratamiento cuando la carga vírica del VIH es muy baja o indetectable y la cifra de CD4 se ha recuperado.

Pautas:

- Aciclovir 400-800 mg/8-12h
- Valaciclovir 500 mg/12h
- Famciclovir 500 mg/12h

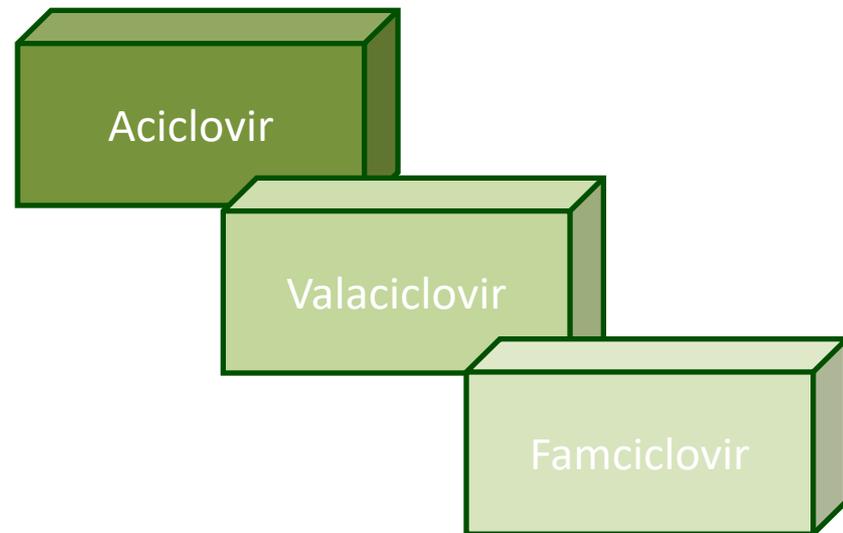


Herpes genital. Tratamiento:

Fármaco de elección:

- Igualdad de eficacia
- Diferencia de posología
- Diferencia de precio

Más eficiente: Aciclovir



Fármaco	Posología	Precio	Eur/d
Aciclovir	400mg/8h o 200 mg/4h	9,8€ 25 comp de 200 mg	2,5€
Valaciclovir	1 g/ 12 h	48,49€ 21 comp d'1 g	4,8€
Famciclovir	250 mg/8 h	65,5 € 21 comp de 250 mg	9€



Y ahora id rápidamente a:

O si ya habéis pasado por todas las estaciones id a:

**Sala
Valverde**
(planta baja)



TALLER GYMKHANA DE ITS

REPASO FINAL

(En Sala Valverde-Planta baja)

Mireia Alberny Iglesias¹, Antoni Arévalo Genicio², Mariam de la Poza Abad¹, Lorena Díez García², Cinta Estrada Alifonso², Gemma Ferriz i Villanueva², Susana Virginia Fontana², David García Hernández^{1,2}, Elisabet González García², Adriana Margets Alomar², Montse Mullol Tarragona², Anna Ripoll Ramos², Carme Roca Saumell¹

- 1) MFyC, Referente de ITS, CAMFiC
- 2) MFyC, Grupo de Dermatología CAMFiC



III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria
La piel: contamos contigo

Barcelona 4 de Octubre de 2018 (10:00-11:30)
Facultad de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Barcelona



Grupo de Dermatología de CAMFiC
dermato@camfic.org



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària



Bibliografía:

1. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. ITS: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. 2011.
2. Royal College of General Practitioners Sex, Drugs, HIV and Viral Hepatitis Group (RCGP), British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). Sexually Transmitted Infections in Primary Care. 2013.
3. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Guia de pràctica clínica sobre infeccions de transmissió sexual. 2009.
4. Información Farmacoterapéutica de la Comarca. Infecciones de Transmisión Sexual. Osakidetza. 2009; 17 (10).
5. BCCDC. British Columbia Treatment Guidelines Sexually Transmitted Infections in Adolescents and Adults 2014.
6. Salamanca Ballesteros A, et al. Evidencias clínicas de la fitoterapia en las infecciones genitales bajas. Fitoterapia. 2012; 12 (1):37-44.
7. Muñoz-Santos C, et al. Nuevos tratamientos en la infección por virus del papiloma humano. Actas dermosif. 2013; 104 (10):883-889.
8. Semfyc. Guía Terapéutica en Atención Primaria Quinta Edición. 2014.
9. Macdonald N, et al. Risk factors for rectal lymphogranuloma venereum in gay men: results of a multicentre case-control study in the U.K. Sexually transmitted infections. 2014 Jun; 90 (4):262-8.
10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) - NHS. A guideline developer's handbook (guideline no. 50). 2008; (50).
11. Ward H and Bell G. Partner notification. Medicine (Abingdon, England: UK ed.). 2014 Jun; 42 (6):314-317.
12. U.S. Department of Health and Human Services. CDC. Recommendations for the Laboratory-Based Detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae 2014. Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports. 2014; 63 (2).
13. Tiplica GS, et al. 2015 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections. JEADV. 2015 Jul; 29 (7):1251-7.
14. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida a Catalunya. Vigilància epidemiològica sentinella de les infeccions de transmissió sexual (ITS) a Catalunya, 2015.



Repaso. Etiología de las ITS:

Bacterias

Sífilis
Gonococia
Clamidiasis
Linfogranuloma venéreo
Chancroide
Granuloma inguinal



Virus

Herpes genital
Condilomas (VPH)
Molusco contagioso
Hepatitis (VHA, B y C)
VIH

Protozoos

Tricomoniasis vagin

Artrópodos

Pediculosis pubis
Escabiosis

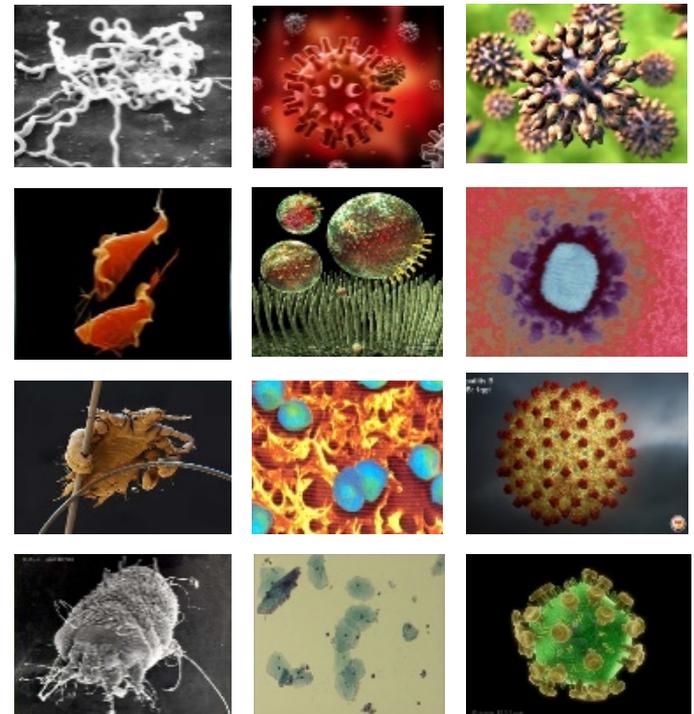


Repaso. Importancia de las ITS:

- **Complicaciones:**
 - Diseminación de la infección a otros órganos (EIP...)
 - Cáncer (Cérvix)
 - Infertilidad
 - Muerte
- **Sinergias:** mayor riesgo de contagio de VIH
- **Problema de Salud Pública:**
 - Aumento progresivo de la incidencia
 - Afectación destacable en determinados colectivos (jóvenes, HSH...)
 - Impacto socioeconómico
 - Necesidad de implicación de todos los agentes sanitarios

Repaso. Importancia de las ITS:

- Aumento de prevalencia e incidencia de ITS como sífilis y uretritis (por NG y CT)
- Atención Primaria → Papel fundamental:
 - Asistencia
 - Diagnóstico
 - Tratamiento
 - Seguimiento
 - Prevención
 - Cribado
 - Coordinación





¿Alguna pregunta?





Resultados por equipo:

Equipo	Puntuación
Aciclovir	
Azitromicina	
Ceftriaxona	
Doxiciclina	
Penicilina	



¡Muchas gracias!





CAMFiC

societat catalana de medicina
familiar i comunitària



III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria La piel: contamos contigo

30 de mayo de 2017, Hotel Barceló Sants, Barcelona