

# INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL



*María José Ayuso Campos*  
*Obstetra - ginecóloga*

Son infecciones que se contagian de una persona a otra durante las relaciones sexuales

- vaginales
- anales
- orales



# MANEJO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- Diagnóstico
- Tratamiento
- Cribaje de otras ITS
- Educación sanitaria
- Estudio de contactos

# GUÍAS CLÍNICAS/DOCUMENTOS DE CONSENSO

ITS Catalunya



Guia de pràctica clínica  
sobre infeccions  
de transmissió sexual

GPC-ITS  
2009

VIH

HEPATITIS B

- **HERPES GENITAL**
- **SÍFILIS**
- **GONOCOCIA**
- **CHLAMYDIA TRACHOMATIS D-K**
- **TRICHOMONAS**
- **CONDILOMAS**

LINFOGRANULOMA VENÉREO

CHANCRO BLANDO



# MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS ITS

- ÚLCERAS GENITALES

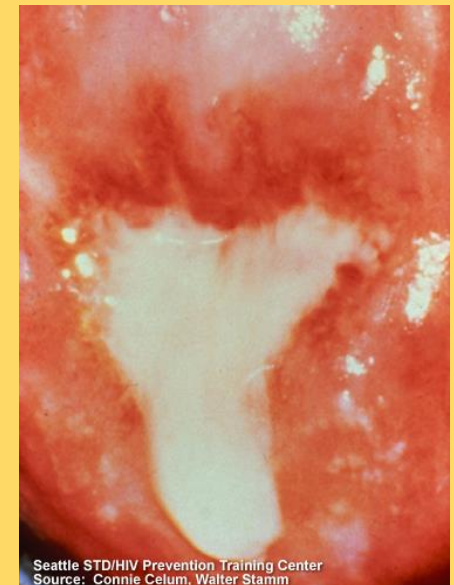


- URETRITIS/CERVICITIS/VAGINITIS

- VERRUGAS



- ASINTOMÁTICAS



# ITS QUE ORIGINAN ÚLCERAS GENITALES

- **HERPES GENITAL**

Herpes simple I y II

- **SÍFILIS**

Treponema pallidum

CHANCRO BLANDO

Haemophilus ducreyi

LINFOGRANULOMA VENÉREO

Chlamydia tracomatis L1-L2-L3

# HERPES GENITAL

Virus ADN de la familia herpesviridae. 2 serotipos



- VHS 1: la mayoría de lesiones en labios, mucosa oral, faringe o córnea
- VHS 2 : la mayoría de las lesiones de genitales





# CLÍNICA

**PRÓDROMOS:** Malestar , cefaleas, mialgias, fiebre, hormigueo, prurito, escozor o dolor local

## **LESIONES:**

Eritema, vesícula, erosión, úlcera y costra.

Pueden ser múltiples y en fases evolutivas diversas

Localización: cérvix, vulva, glande, prepucio, cuerpo del pene, nalgas, glúteos, perianal



**Disuria**, secreción uretral o vaginal

**Adenopatía inguinal** dolorosa

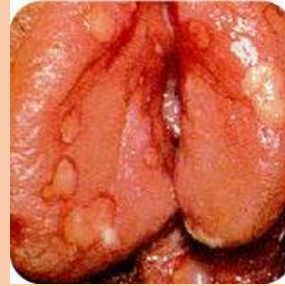
Después de la infección 1ª el *VHS queda latente* en los ganglios nerviosos sensitivos

Se puede reactivar periódicamente originando *recurrencias* (más frecuente en VHS II)

*Excreción vírica* durante las fases asintomáticas

# DIAGNÓSTICO

-Por la CLÍNICA



-TÉCNICAS DE LABORATORIO

**PCR:**

- Es la técnica de elección
- Más sensible que el cultivo
- condiciones de mantenimiento y transporte de muestras menos estrictas
- Permite identificar el serotipo (VHS-1 o VHS-2)



**CULTIVO:**

- Alta especificidad pero sensibilidad variable
- Permite identificar el serotipo



**SEROLOGÍA**

- Cribaje de parejas sexuales de personas infectadas



# TRATAMIENTO

- No existe tto médico que consiga eliminar el virus
- La infección puede ser controlada con tto antivírico
  - Acelera la curación de las lesiones
  - Alivia los síntomas
  - Evita las complicaciones
  - Reduce el riesgo de transmisión
- Analgésicos y ansiolíticos



## **Tratamiento del primer episodio de herpes genital**

- aciclovir 200 mg 5 veces/d VO 5 d
- aciclovir 400 mg/8 h VO 5 d
- valaciclovir 1 g/12 h VO 5 d
- famciclovir 250 mg/8 h VO 5 d

Se puede alargar la pauta unos días más si se precisa

## **Tratamiento supresivo**

Se recomienda en pacientes con 6 o más episodios en un año

- Aciclovir 400 mg/d o 400 mg/12h VO diario
- Valaciclovir 500 mg/d VO diario
- Famciclovir 250mg/12 h VO diario

Se puede suspender a los 12 meses si ha sido efectivo (si sólo ha presentado 2 recurrencias como máximo)

En gestantes a partir de la sem 36 hasta el parto (para evitar la contaminación del RN en el canal del parto)

## **Tratamiento de las recurrencias**

Reduce la gravedad y la duración de las recurrencias

- Aciclovir 200 mg 5 veces / VO 5 d
- Aciclovir 400 mg/12 h VO 5 d
- Valaciclovir 500 mg/12 VO 5 d
- famciclovir 125 mg/12 VO 5 d

# SÍFILIS

**Treponema pallidum:** bacteria de la familia Spirochaetaceae



# EVOLUCIÓN CLÍNICA. ESTADIOS

## Estadio primario:

- incubación 9-90 días
- chancro, adenopatía regional
- cura en 4-6 semanas sin cicatriz



## Secundario

- . Erupción cutánea (roseola sifilítica)
- . Eritema papular que afecta palmas y plantas
- . lesiones mucosas, condilomas planos
- . alopecia
- . meningitis, cefaleas, uveítis



## Latente (asintomática)

Precoz < 1año > tardía

## Terciario

Sífilis cardiovascular (2-20 años)

- . aneurisma aórtico
- . regurgitación aórtica
- . estenosis coronaria

Neurosífilis (10-30 años)

- .cefaleas
- .vértigo.
- .alteraciones del carácter
- .demencia
- .ataxia

Gomas (1-45 años mediana de 15)



# DIAGNÓSTICO

## Métodos directos

Microscopía de campo oscuro

PCR

## Métodos indirectos

### TESTS TREPONÉMICOS

EIA (enzimoinmunoanálisis) detecta ac IgG o IgG+IgM

TPHA (hemaglutinación de ac antitreponema)

TPPA (Aglutinación de partículas treponémicas)

FTA-abs (Absorción de ac antitreponema)

### TEST NO TREPONÉMICOS

VDRL

RPR

EIA

POSITIVO

NEGATIVO

TPHA positivo  
RPR positivo

TPHA positivo  
RPR negativo

- **no evidencia de sífilis**
- no descarta infección reciente
- repetir si alta sospecha

RPR = o > 1/16

RPR < 1/16

**Infección pasada**

**INFECCIÓN  
ACTIVA**

- **Infección actual o pasada**
- Valoración clínica



# TRATAMIENTO

**SÍFILIS PRECOZ O INFECCIOSA:** Primaria, secundaria y latente precoz

2,4 millones UI de benzilpenicilina IM (1,2 millones en cada nalga) en dosis única

- Se administra en la consulta
- Reacción de Jarisch-Herxeimer



**SÍFILIS TARDÍA:** Latente tardía, de duración desconocida y terciaria (excepto neurosífilis)

2,4 millones UI de benzilpenicilina IM (1,2 millones en cada nalga) /semana durante 3 semanas

# SEGUIMIENTO

Serologías: **tests no treponémicos**

Sífilis precoz:

- a los 1, 3, 6 y 12 meses

Sífilis tardía:

- a los 3, 6, 12 y 24 meses

**Curación:** disminución de los títulos 4 veces con respecto al título inicial

El test treponémico no se negativiza nunca: **cicatriz serológica**

Los no treponémicos pueden quedar positivos a títulos bajos durante muchos años (1/8 o menos)

Si tenemos serología positiva para sífilis sin clínica:

- Interrogar al paciente
- Si no refiere haber sido dx y tratado previamente:  
**tratar como sífilis latente de duración desconocida**

# ITS QUE CAUSAN URETRITIS/CERVICITIS/VAGINITIS

GONOCOCIA



INFECCIÓN GENITAL X CHLAMYDIA TRACHOMATIS D-K



TRICOMONIASIS UROGENITAL



# GONOCOCIA: Neisseria gonorrhoeae

## CLINICA

En la mujer **70% asintomáticas o leves**

- Secreción endocervical mucopurulenta
- Leucorrea
- Dolor en hemiabdomen inferior
- Uretritis aguda
- Metrorragia
- Enfermedad inflamatoria pélvica



-En recto y faringe: asintomática

En el hombre **10% asintomáticos**

- Secreción uretral mucosa/purulenta
- Disuria
- Balanitis -Orquitis –epididimitis



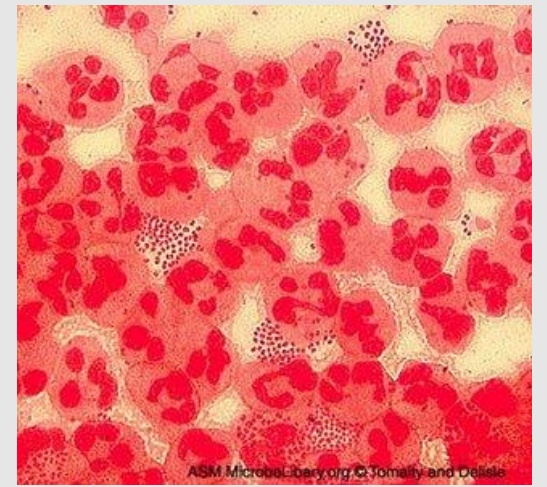
-En faringe: asintomática

-En recto: asintomática /dolor/secreción

# DIAGNÓSTICO

## GRAM

- Visualización directa del gonococo
- Útil para diagnóstico rápido pero no para faringe o recto



## CULTIVO

- Técnica de referencia
- En uretra y endocérnix, sensibilidad del 85-95%



## PCR

- Más sensibles que el cultivo (96%)
- Sensibilidad similar en muestras endocervical, uretral y orina
- PCR combinadas que detectan NG, CT y otros patógenos

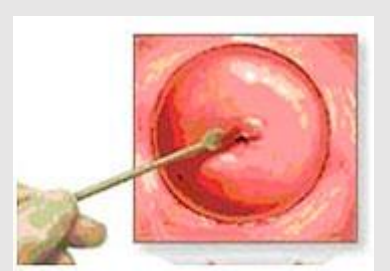
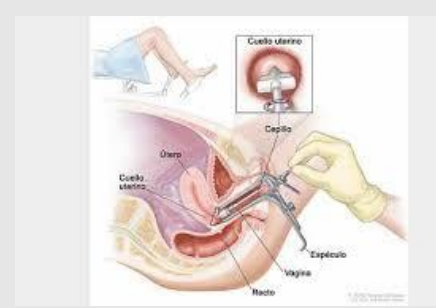


## RECOGIDA DE MUESTRAS

### Endocervicales

Inserir el espéculo sin lubricar

Introducir un escobillón estéril 1 -2 cm en el canal endocervical y rotarlo uno 180º



### Uretrales

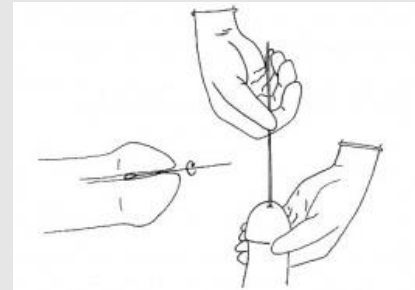
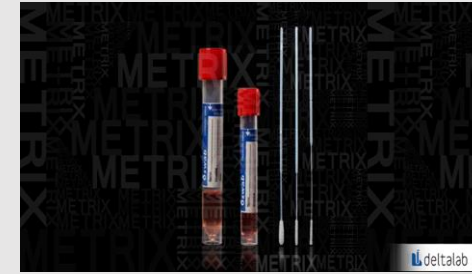
Puede ser un poco dolorosa

Utilizar escobillones finos

Inserir el escobillón lentamente dentro de la uretra 2-4 cm y rotarlo una vez

Retirar lentamente

En hombres: haciendo presión desde la base del pene hacia el glande unas 3-4 veces



### Faríngeas

Parte posterior de la faringe y de las criptas amigdalinas

### Rectales

Inserir el escobillón 2-3 cm dentro del canal anal y hacerlo rotar contra las criptas rectales unos segundos

### Orina (primer chorro)

Histerectomizadas, rechazo al examen ginecológico, hombres



# TRATAMIENTO DE LA GONOCOCIA

-20-40% de casos se acompaña de Chlamydia trachomatis D-K

-El tto ha de cubrir los dos gérmenes

## Elección:

**Ceftriaxona 500** mg IM en dosis única

+

**azitromicina** 1g VO en dosis única o **doxiciclina** 100 mg/12h VO 7 d



## Alternativos:

- cefixima 400 mg VO en dosis única (no cubre faringe) o

- ciprofloxacino 500 mg VO en dosis única o

- espectinomicina 2g per via intramuscular en dosis única (no cubre faringe)

+

- azitromicina 1g per VO en dosis única o doxiciclina 100 mg/12h VO 7 d

- azitromicina 2g VO en dosis única

## Seguimiento clínico

- según las características del paciente y de la clínica que presenta:  
visita de seguimiento a las 48-72 h de instaurar el tto

## Seguimiento post-tratamiento

- se puede hacer mediante cultivo o PCR
- es necesario siempre comprobar la curación:
  - en gestantes
  - en afectación faríngea
  - si sospechamos incumplimiento del tto o reinfección



# CHLAMYDIAS D-K

## CLÍNICA

**En la mujer** 70-80% asintomática

- Cervicitis
- Sangrado post-coital o intermenstrual
- Leucorrea
- Dolor abdomen inferior
- Uretritis aguda
- Dolor anexial a la expl vaginal
- Enfermedad inflamatoria pélvica

**En ambos:**

- . Artritis reactiva (síndrome de Reiter)
- . Dolor en hipocondrio derecho, perihepatitis (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis)

**En el hombre** 50% asintomática

- Secreción mucosa o mucopurulenta escasa
- Uretritis aguda
- Orquitis-epididimitis



# DIAGNÓSTICO

## -PCR



Altamente sensible (95%) y específico (98%) en muestras endocervicales, uretrales y orina de primer chorro

En orina de primer chorro

- . facilita la recogida de la muestra ya que no se realiza de forma invasiva
- . el paciente debe estar 2 h sin orinar y recoger los 10 primeros ml de la micción
- . debe guardarse en nevera y llevar al laboratorio en menos de 48 h

## -Pruebas de detección de antígenos

# TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN por CHLAMYDIA

## Elección:

doxiciclina 100 mg/12h VO 7 días o azitromicina 1g VO en dosis única

## Alternativo:

eritromicina 500 mg/12h VO 10 días o ofloxacino 200mg/12 h VO 7 días

## Seguimiento clínico

- Según las características del paciente y la clínica que presenta
- Visita de seguimiento a las 48-72 h de instaurar el tto

## Seguimiento post-tratamiento

- Si el tto se ha realizado correctamente no hace falta comprobar la curación
- Siempre se hará si:
  - . No se pueda asegurar el buen cumplimiento
  - . En mujeres embarazadas
  - . En caso de afectación faríngea

# TRICHOMONIASIS

## CLINICA

**En la mujer** -50%: asintomática

-vaginitis/cervicitis:

- . leucorrea amarillo-verdosa-gris maloliente y espumosa
- . prurito
- . dispareunia

-uretritis:

- . disuria
- . dolor en hipogastrio



**En el hombre** -90% asintomática

-uretritis:

- . secreción serosa/purulenta
- . disuria



## DIAGNÓSTICO

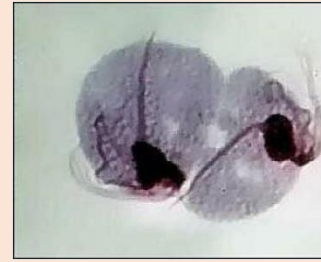
-Examen en fresco: observación directa del parásito

-**Cultivo** del exudado vaginal/uretral

-**PCR**

-Citología:

- . Poca sensibilidad y especificidad
- . Su uso aislado no es suficiente para establecer el diagnóstico
- . Siempre se debe confirmar mediante cultivo / PCR



## TRATAMIENTO

METRONIDAZOL VO 2 g en dosis única (8 comp de 250 mg)

o

TINIDAZOL VO 2 g en dosis única (4 comp de 500 mg)

¡Advertir siempre del **efecto disulfiram o antabús!**:

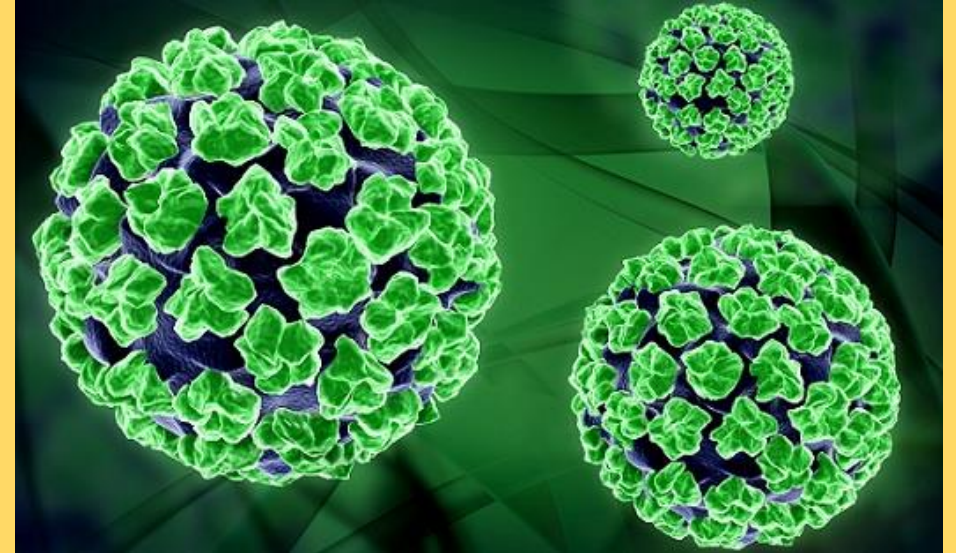
-Náuseas, vómitos, vértigos, cefalea, sudoración, hipotensión y taquicardia

NO ingerir alcohol en 72 h después del tto



# ITS QUE CAUSAN LESIONES VERRUCOSAS

CONDILOMAS  
(VPH 6 y 11)



MOLUSCOS  
(*Moluscum contagiosum*)



# CONDILOMAS

## DIAGNÓSTICO

-**Lesiones exofíticas pediculadas con forma de coliflor** de color rosado, blanquecino o gris

- Múltiples
- En zonas húmedas, sobre todo en región anogenital
- Suelen ser asintomáticas
- Pueden ocasionar prurito, dolor o sangrado



### Localización

- En el hombre
  - . cuerpo del pene
  - . surco balano-prepucial, freno del prepucio , glande
  - . escroto, zona inguinal, meato uretral, región perianal y pubis
- En la mujer:
  - . introito vulvar, labios menores y mayores, región perianal
  - . clítoris, meato uretral, canal vaginal, exocervix

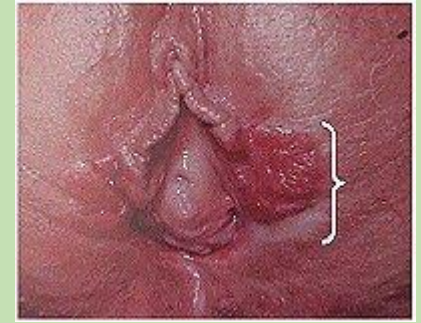


Fig 1. Lesiones papilomatosas verrucosas perianales

**Inspección** del área genital y perianal

**Examen con espéculo** del cérvix y la vagina

**Anuscopia** si coito anal receptivo y/o lesiones en el canal anal



**Aplicación de ácido acético al 5%** durante 5 minutos

si se tiñe de color blanco confirma el dx



**Biopsia** en caso de:

-dudas diagnósticas:

. formas atípicas, pigmentadas,

. signos de malignidad: sangrado, induración, ulceración

-no respuesta al tratamiento estándar

-Empeoramiento a pesar del tto.





# TRATAMIENTO DE LOS CONDILOMAS

## AUTOADMINISTRADOS:

- Se los aplica el propio paciente en su domicilio
- Se aconseja no tener RS durante su uso:
  - Puede alterar los preservativos
  - Puede provocar irritación a la pareja sexual

## Imiquimod

### -Inmunomodulador:

Estimula la respuesta local de citotoxinas e interferón

-Indicado para tratar **lesiones externas**

-**No recomendado durante el embarazo**

-Efectos adversos: irritación, eritema local, aparecen al cabo de unas semanas

-Se aplica sobre las lesiones **1 vez/d al ir a dormir, 3 d alternos a la semana** máximo de 16 sem

-



## TRATAMIENTOS AUTOADMINISTRADOS

### Podofilotoxina

- En crema al 5% o en solución al 0.15%
- Efecto citotóxico: necrosis de los tejidos
- Indicado para **lesiones externas** y en una **superficie total de < de 10 cm**
- Contraindicado en embarazo y lactancia**
- Efectos adversos: eritema, escozor, escoriaciones
- Se aplica **dos veces/d 3 d consecutivos/semana** un máximo de 4 semanas seguidas



### Sinecatequinas

- pomada
- lesiones externas**
- 3 aplicaciones /d hasta 16 semanas**
- no está aprobado su uso en gestantes



## TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS EN LA CONSULTA

### Ácido tricloroacético

-lesiones pequeñas **de cualquier localización** incluidas mucosa vaginal y recto

**-Se puede usar durante el embarazo**

-Efectos adversos: irritación, dolor o ulceraciones locales

### Resina de podofilino

No recomendado por escasa eficacia y efectos adversos graves y sistémicos

### Interferón

No recomendado por coste elevado, efectos adversos y respuesta variable

### Crioterapia



## CRIOTERAPIA

Aplicación de nitrógeno líquido mediante spray, torunda o crio-sonda

Provoca:

- Necrosis dérmica y epidérmica
- trombosis microvascular
- Destrucción de la verruga por congelación

Se pueden tratar **verrugas internas y externas de cualquier localización**

Ciclos de congelación-descongelación de 10-20 s cada uno

Sobre la verruga y un margen de piel sana de unos 2 mm

Se van haciendo sesiones cada 7-10 d hasta que desaparezcan todas las lesiones

Efectos adversos:

Dolor leve-moderado durante la aplicación y molestias leves 24 h después

Hipo-pigmentación, formación de cicatrices, irritación o ulceración locales muy raramente

Es una técnica sencilla y barata

**Se puede usar en el embarazo**



## OTRAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

-Excisión quirúrgica (curetaje, excisión con tijeras o bisturí)

-Electrocoagulación

-Tratamiento con láser



# Moluscos

***Moluscum contagiosum***, familia poxviridae

Puede aparecer en niños

Adulto + zona genital: ITS

**Dx:** clínica

**Tto:**

-Curetaje

-Crioterapia



# CRIBAJE DE ITS

Ofrecer siempre cribaje de otras ITS !!!

## Serologías

- VIH
- Sífilis
- Hepatitis B (si no está vacunado)

**Cultivos/PCR x gonococo** (endocervical, rectal, uretral, faríngeo)

**PCR x chlamydia** (endocervical, uretral, orina de primer chorro)

No se realiza cribaje sistemático de

- Hepatitis C (sólo si FR)
- Herpes
- Trichomonas (sólo si leucorrea)
- VPH



# EDUCACIÓN SANITARIA Y VACUNACIÓN

Información sobre prevención de ITS:

- posibilidades de contagio
- métodos de barrera
- uso correcto de MB

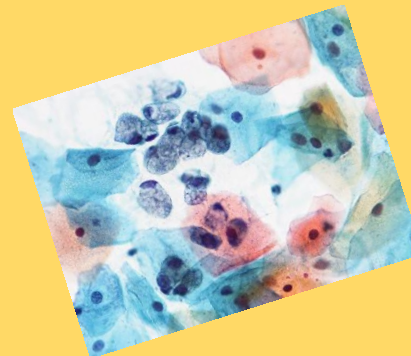


Promover el estudio de los contactos



Aconsejar

- Citología de cérvix según protocolo
- Vacunas
  - . Hepatitis B
  - . Hepatitis A
  - . VPH





# ESTUDIO DE CONTACTOS

**Herpes:** Evaluar todos los contactos y tratar si presentan lesiones.

**Sífilis:** Evaluar y tratar todos los contactos

- *3 meses previos* a la aparición del chancro

- *6 meses previos* a la aparición de lesiones de secundarismo

- *El último año* en el caso de sífilis latente precoz

**Gonococia :** Evaluar y tratar todos los contactos en *2 meses previos* al inicio de los síntomas o al dx

**Chlamydia:** Evaluar y tratar todos los contactos en *2 meses previos* al dx o al inicio de los síntomas

**Trichomonas:** Evaluar y tratar todos los contactos en *2 meses previos* al dx o al inicio de los síntomas

**Condilomas:** Evaluar los contactos más recientes y tratar si presentan lesiones

**OFRECER CRIBAJE DE ITS !!!**



## Estudi de contactes en infeccions de transmissió sexual

### INFORMACIÓ PER A LA PERSONA QUE HA ESTAT EN CONTACTE SEXUAL AMB EL/LA PACIENT

En els últims mesos, o setmanes, has estat exposat a una infecció de transmissió sexual (ITS).

És necessari que et visiti un professional sanitari tan aviat com sigui possible, encara que no tinguis símptomes. Amb aquest full et pots adreçar al teu centre de salut de referència, o obtenir visita amb el metge/essa de família o infermer/a, llevador/a o ginecòleg/oga.

No mantinguis relacions sexuals fins que et visiti el metge/essa. Guarda aquesta targeta i entrega-la en el moment de la visita.

Si no saps a quin centre anar, pots trucar a CatSalut Respon al telèfon **061** a qualsevol hora.

### PER ENTREGAR-HO AL METGE/METGESSA QUE VISITA A LA PERSONA QUE HA ESTAT EN CONTACTE AMB EL PACIENT

El portador d'aquesta targeta ha estat exposat a una infecció de transmissió sexual (ITS) per part d'un/a pacient visitat/da al nostre centre el dia \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ i diagnosticat/da de:

TP  NG  CT  VIH  VHB  LGV  Altres (especificar) \_\_\_\_\_

La pauta de tractament utilitzada ha estat: \_\_\_\_\_

Es recomana l'avaluació d'aquesta infecció i d'altres ITS, i que se li ofereixi consell sanitari.

Ben cordialment,

Segell del Centre i signatura del metge

ITS		TIPO DE DECLARACIÓN
Infección genital por Chlamydia trachomatis D-K		<b>MDO Individualizada (MDI)</b>
<b>Infección genital per Neisseria gonorrhoeae</b>		<b>MDO individualizada (MDI)</b>
Condilomas		MDO numérica
Tricomoniasis		MDO numérica
Herpes genital		MDO numérica
<b>Sífilis infecciosa o precoz</b>		<b>MDO individualizada (MDI)</b>
Sífilis no infecciosa o tardía		MDO numérica
<b>Infección por VIH</b>		<b>MDO individualizada (MDI)</b>

**Enquesta epidemiològica individualitzada de les infeccions de transmissió sexual. Informe de cas**

**Dades sociodemogràfiques**

1. CIP \_\_\_\_\_

Inicials cognoms \_\_\_\_\_ Sexe  Home  Dona  
(H:0, D:1) Any \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Dia naixem. \_\_\_\_\_ Digits de control \_\_\_\_\_

2. Nom i cognoms \_\_\_\_\_

4. Data de naixement (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_

5. Edat en el moment del diagnòstic \_\_\_\_\_ Anys

6. Municipi de residència habitual (adreça completa) \_\_\_\_\_ Districte municipal \_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_  
País \_\_\_\_\_ Telèfon \_\_\_\_\_

7. País d'origen \_\_\_\_\_  
Any arribada (si no és nascut a Espanya) \_\_\_\_\_

8. Si resideix a l'estranger, especificar país \_\_\_\_\_

9. Nivell d'instrucció  Sense formació  Educació primària  Educació secundària  Educació universitària  Desconegut/no hi consta

**Dades del metge/ssa notificant**

10. Nom i cognoms \_\_\_\_\_ 11. Centre sanitari \_\_\_\_\_ 12. Telèfon \_\_\_\_\_

13. Unitat  ASSIR  EAP  UITS  Dermatòleg  Urgències hospitalàries  Unitat VIH  Uròleg  Altres \_\_\_\_\_

14. Motiu visita  Atenció mèdica  Control TS  Embaràs  Estudi de contactes  
 Seguiment clínic ITS/VIH  Cribratge ITS/VIH  Informació general  Altres \_\_\_\_\_

15. Data de notificació (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_  
Signatura \_\_\_\_\_

**Dades sociodemogràfiques**

16. Diagnòstic \_\_\_\_\_ 17. Data diagnòstic (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_ 18. Tipus de diagnòstic \_\_\_\_\_ 19. Localització \_\_\_\_\_ 20. Síntomes \_\_\_\_\_ 21. Inici símptomes (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_ 22. Tractament \_\_\_\_\_ 23. Evidència curació \_\_\_\_\_

	Sospita	Confirmat	Pell	Genital	Anal	Perineal	Oral/faringe	No genital/òrgans	Altres	Sí	No
Limfogranuloma veneri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gonocòccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sífilis (estadi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Antecedents clínics**

	Sí	No	Desc. / No contesta
24. Coinfecció amb el VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Coinfecció amb el VHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Coinfecció amb el VHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Embaràs en el moment del diagnòstic (dones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Diagnòstic previ d'ITS en els darrers 12 mesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.2. Ha estat tractada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.1. Data diagnòstic VIH (dd/mm/aa)			_____
24.2. Data darrer test VIH negatiu (dd/mm/aa)			_____
27.1. Setmanes de gestació			_____
28.1. Especifiqueu ITS prèvia			_____

**Epidemiologia i conducta**

29. Orientació sexual  Heterosexual  Homosexual  Bisexual  Transsexual  Desconegut

30. Nombre de parelles sexuals diferents en els darrers 12 mesos \_\_\_\_\_  
Sí No Desc

31. Ha tingut una nova parella sexual en les darrers 3 mesos?  Sí  No  Desc

32. Ha utilitzat el preservatiu en la darrera relació sexual?  
32.1 Especifiqueu el tipus de parella de la darrera relació sexual  Estable  Esporàdica  Desc.

33. Ha tingut contactes sexuals# a l'estranger en els darrers 12 mesos?  
33.1 Especifiqueu país \_\_\_\_\_

34. Ha tingut contactes sexuals# després del consum de cànnabis, alcohol (més de 4 cops en una ocasió) o altres drogues (injectades o no) en els darrers 12 mesos?

35. Ha tingut contactes sexuals# en llocs o xarxes de trobades sexuals en els darrers 12 mesos?

36. Ha tingut contactes sexuals# amb persones que exercien la prostitució en els darrers 12 mesos?

37. Ha exercit o exercix la prostitució (TSC) o ha mantingut relacions sexuals amb la finalitat d'obtenir

# S'entén per contactes sexuals qualsevol relació sexual (coital, anal, oral, oroanal) amb o sense protecció

**Dades de laboratori**

38. Laboratori \_\_\_\_\_ 39. Data presa de mostra (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_

40. Microorganisme	41. Tipus de mostra	42. Tècnica analítica	43. Resultat	
Treponema pallidum	<input type="checkbox"/>	Orina <input type="checkbox"/> Frotis vaginal <input type="checkbox"/> Cèrvix <input type="checkbox"/> Uretra <input type="checkbox"/> Anus/recte <input type="checkbox"/> Sèrum <input type="checkbox"/> Oral/faringe <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Desconegut <input type="checkbox"/> Altres <input type="checkbox"/>	Examen fresc <input type="checkbox"/> Tincions <input type="checkbox"/> Cultius <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Camp pulsat <input type="checkbox"/> Hibridació DNA <input type="checkbox"/> Detecció antígen <input type="checkbox"/> Ser. Antic. Treponèmics <input type="checkbox"/> Ser. Antic. reagènics <input type="checkbox"/> Altres <input type="checkbox"/>	Positiu <input type="checkbox"/> Negatiu <input type="checkbox"/> No hi consta <input type="checkbox"/>
Chlamydia trachomatis	<input type="checkbox"/>		Tipatge <input type="checkbox"/>	
Neisseria gonorrhoeae	<input type="checkbox"/>		L1 <input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/>	

**Estudi de contactes**

44. S'ha iniciat estudi de contactes?  
 Sí  No  Desconegut/no hi consta

44.1. Nombre de contactes sexuals en els darrers 3 mesos \_\_\_\_\_  
Home Dona Total contactes

44.2. Nombre de contactes que el pacient pot localitzar \_\_\_\_\_

44.3. Nombre de contactes que s'han pogut localitzar \_\_\_\_\_

44.4. Nombre de contactes que s'han pogut tractar \_\_\_\_\_

**38. Observacions i/o comentaris**

