

TEMA 41

Resumen / Test

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS). CLASIFICACIÓN. SÍFILIS. GONORREA. TRICOMONIASIS. CANDIDIASIS. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (HPV). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. PREVENCIÓN. OTRAS ENFERMEDADES: VIH/SIDA. HEPATITIS. DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN PLACENTARIA. PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA SANITARIA EN PACIENTES CON ITS EN ANDALUCÍA

Autor

Vicente Velázquez Vázquez

Enfermero Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital de la Merced de Osuna.

Tema elaborado nuevo, versión Noviembre 2024.



Sindicato
de Enfermería
Andalucía

RESUMEN

1. Introducción, epidemiología general y clasificación

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) forman un grupo dentro de las enfermedades infecciosas en las que la transmisión sexual tiene un interés epidemiológico.

TABLA 1
Principales agentes y síndromes de ITS

Bacterias	Enfermedad
Treponema pallidum	Sífilis
Neisseria gonorrhoeae (gonococo)	Gonococia
Haemophilus ducrey	Chancro blando
Calymmatobacterium granulomatis	Granuloma inguinal
Chlamydia trachomatis	Linfogranuloma venéreo, uterinitis, cervicitis. Enfermedad Pélvica Inflamatoria.
Ureaplasma urealyticum	Uretritis, cervicitis, endometritis
Mycoplasma hominis	Vaginosis, uterinitis, endometritis
Gardnerella vaginalis	Vaginosis bacteriana
Virus	Enfermedad
Herpes simple VHS 1 y 2	Herpes genital
Papilomavirus HPV	Condilomas acuminados, Cáncer de cérvix, ano y pene
Molluscum contagioso	Moluscos contagiosos
Hepatitis B, C, D, E	Hepatitis
HIV	SIDA
Protozoos	Enfermedad
Tichomonas vaginalis	Vaginitis, uretritis
Hongos	Enfermedad
Cándida	Vulvovaginitis
Artópodos	Enfermedad
Pthirus pubis	Pediculosis pública (vulgarmente, ladillas)
Sarcoptes scabiei	Sarna

1.1. Epidemiología

En España, la situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual (ITS) ha mostrado un notable aumento en los últimos años. En 2023 se notificaron 84.000 diagnósticos de las ITS sometidas a vigilancia epidemiológica (sin incluir sífilis congénita ni VIH). Entre las infecciones más prevalentes destacan la gonorrea, la clamidía y la sífilis. Actualmente, se establecen las siguientes ITS dentro de las enfermedades de declaración obligatoria:

- Sífilis y sífilis congénita.
- Infección gonocócica.
- Infección por Chlamydia trachomatis.
- Linfogranuloma venéreo.
- VIH/SIDA.

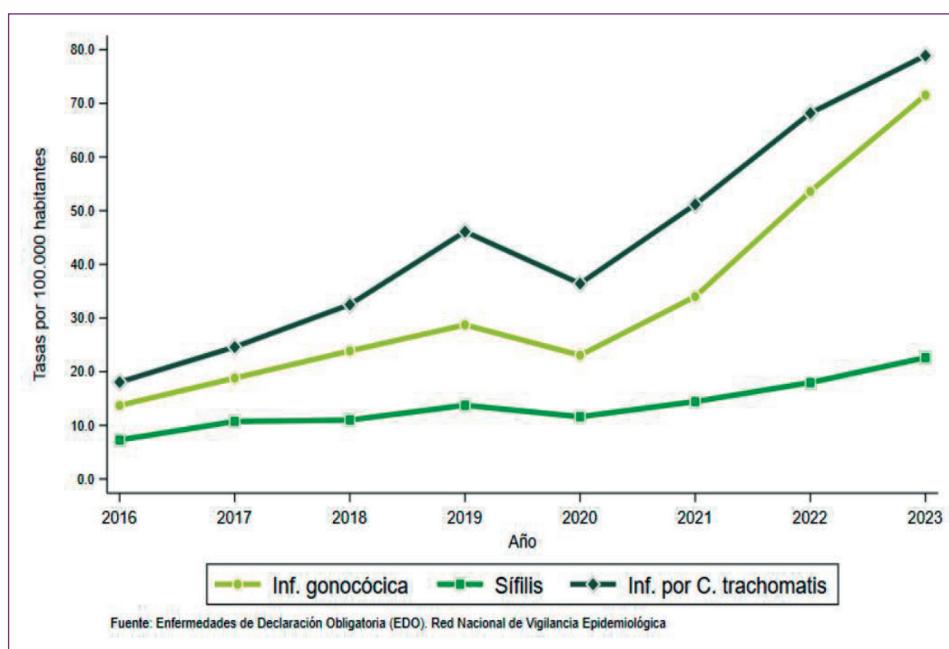
En Andalucía también es de declaración obligatoria el herpes genital.

Recomendaciones y medidas generales para una vida sexual segura:

- Mantener una conducta sexual sana: Hay que considerar muchas cosas antes de tener.
- relaciones sexuales. Debe existir comunicación con la pareja y abordar cómo se van a prevenir las ITS y el embarazo no planeado.
- En caso de mantener relaciones, limitar el número de parejas sexuales, evitar relaciones casuales y parejas de alto riesgo. Evitar relaciones sexuales con personas infectadas o que tengan síntomas de ITS.
- Evitar combinar el consumo de alcohol o drogas recreativas con las relaciones sexuales.
- Utilizar métodos preventivos: Si decides tener relaciones sexuales, sería ideal que ambos miembros de la pareja se hicieran antes una prueba de ITS. Deben usar pre-

FIGURA 1

Evolución de las tasas por 100.000 habitantes por infección de transmisión sexual, 2016-2023



servativo de principio a fin cada vez que tengan relaciones sexuales orales, anales o vaginales, aunque no se precise contracepción.

- Uso de servicios sanitarios: Consultar de forma inmediata si presenta lesiones genitales o si ha mantenido relaciones sexuales no protegidas con alguien que padezca una ITS.

2. Sífilis

La sífilis o lúes es una enfermedad moderadamente contagiosa (10% de contagios tras un coito único; 30-50% tras contactos repetidos), cosmopolita, crónica y potencialmente invalidante o mortal. La origina el *Treponema pallidum*, de la familia Espiroquetas.

La sífilis puede ser adquirida por contacto sexual, de forma congénita a través de la placenta (también puede ser al pasar por el canal del parto), por transfusión de sangre humana contaminada y por inoculación accidental directa. La forma más frecuente es por transmisión sexual.

En nuestro medio afecta predominantemente a varones, con una mediana de edad de 37 años (prevalencia, la edad de incidencia suele ser 25-34 años).

como los exantemas transitorios o persistentes en el tronco y las extremidades, más acusados en las palmas de las manos y en las plantas de los pies, o los condilomas planos altamente infectantes, situados en la vulva, periné y otras zonas húmedas.

- **Sífilis latente y terciaria o tardía:** La infección puede persistir en forma latente o progresar después de varios años hasta desarrollar una sífilis terciaria en el 33% de los casos no tratados. Este estadio incluye la forma benigna, que afecta a piel, huesos (puede causar fracturas) y vísceras, y otros cuadros mucho más graves: neurosífilis y sífilis cardiovascular (causa aneurismas aórticos y valvulopatías).

- **El Diagnóstico es clínico y serológico habitualmente:** La secuencia diagnóstica y de seguimiento habitual es: detección en prueba RPR, confirmación con prueba treponémica, y seguimiento evolutivo mediante títulos de anticuerpos RPR. También con la identificación microscópica del treponema obtenido a partir de las lesiones.

2.1. Clínica

Tanto la sífilis congénita como la adquirida se pueden subdividir en precoz y tardía; si se exceptúa el caso de la gestante, que la puede transmitir al feto en cualquier estadio de la enfermedad, la sífilis tardía de más de dos años de duración no es contagiosa.

- **Sífilis primaria:** Se caracteriza por el *chancro* de inoculación situado en el punto de penetración del treponema.
- **Sífilis secundaria:** Aparece entre 2 y 8 semanas después del chancro (este puede estar aún presente) y es consecuencia de la diseminación hemática de las espiroquetas. Se caracteriza por el gran polimorfismo de las lesiones cutáneo mucosas,

2.4. Tratamiento

Tratamiento recomendado para la **sífilis primaria, secundaria y latente precoz**:

- Penicilina benzatina G, 2.4 millones de unidades IM, dosis única.
- Si el paciente tiene alergia a la penicilina: Doxiciclina 100 mg, dos veces al día durante 14 días.

Tratamiento recomendado para la **sífilis latente tardía o de duración incierta**:

- Penicilina benzatina G, 2.4 millones unidades IM, tres dosis separadas entre sí 1 semana.

- Si el paciente tiene alergia a la penicilina: Doxiciclina 100 mg, dos veces al día durante 28 días.

3. Gonorrea

Causado por el gonococo gram negativo *Neisseria Gonorrhoeae*. Es altamente infectante, fundamentalmente se transmite por contacto sexual. La prevalencia de transmisión en las mujeres compañeras sexuales de los hombres infectados es del 50-90%.

3.1. Clínica y diagnóstico

En los casos clínicos, los síntomas suelen ser abundantes, pues los leucocitos atraídos a la zona dan lugar a un exudado y leucorrea purulenta autoinfectante, que puede afectar al ano.

También pueden presentar disuria y aumento de frecuencia miccional (uretritis gonocócica). Las mujeres presentan relaciones sexuales dolorosas con sensación de quemazón y el varón dolor y escozor en la uretra con testículos inflamados. En los casos de infección bucal la manifestación es la faringitis.

En casos no tratados el 10-15% de las cervicitis produce en 1 año una infección ascendente desde el orificio cervical interno dando lugar a Enfermedad Pélvica Inflamatoria; es

el resultado más común y a menudo aparece inmediatamente después de la menstruación, pudiendo dejar como secuela infertilidad.

Durante la gestación se asocia con abortos, retrasos en el crecimiento, prematuridad, rotura prematura de membranas y sepsis posparto. En el parto, el contacto fetal con la zona infectada, origina oftalmía neonatal en ausencia de profilaxis antibiótica local.

El Diagnóstico se basa en la demostración del microorganismo en la muestra del exudado obtenido preferentemente del cérvix, y transportada en medio adecuado para realizar tinción de Gram. Puede requerirse posterior confirmación con cultivo de Thayer-Martin.

3.2. Tratamiento

Se recomienda ceftriaxona (250 mg, IM M en dosis única) seguida de doxicilina por vía oral o azitromicina 1g VO, por la posible asociación de clamidias. Durante la gestación la doxiciclina puede sustituirse por eritromicina por vía oral.

4. Chlamydia Trachomatis

La infección por Chlamydia es la causa de ITS más frecuente en EEUU y Europa y una infección de alta prevalencia en muchas áreas desarrolladas del mundo.

4.1. Clínica y diagnóstico

La sintomatología en la mujer es con frecuencia silente, y puede permanecer así durante meses para diagnosticarse sólo como consecuencia de los síntomas del compañero.

En los casos sintomáticos en la mujer pueden ocurrir múltiples cuadros. La uretritis produce disuria y polaquiuria; la endocervicitis se asocia con leucorrea o secreción purulenta y sangrado postcoital, apareciendo el cuello congestivo y con una ectopia edematosas de fácil sangrado al contacto. Puede haber inflamación de las glándulas de Skene y Bartholino.

La infección ascendente en la mujer, una vez sobrepasada la barrera del moco cervical, dará lugar a una EIP, en la que también pueden ocurrir una perihepatitis o una periappendicitis.

En ambos sexos se puede llegar a la formación de un linfogranuloma venéreo, típico de áreas

tropicales, cuya transmisión se hace a través de lesiones cutáneo-mucosas, generalmente en el momento del contacto sexual. La lesión consiste en una ulceración indolora, edematosas de base granular que posteriormente presenta afectación ganglionar.

El diagnóstico se realiza a partir de muestras de uretra, cérvix o conjuntiva, que precisan un medio de transporte especial y rápido y un cultivo celular.

4.2. Tratamiento

Se realiza con azitromicina 1g VO dosis única.

5. Tricomoniasis

El *Trichomona vaginalis* es un protozoo unicelular anaerobio que sólo afecta a humanos, por lo que éstos son sus reservorios.

Las tricomonas suelen ocupar, además de la vagina, las glándulas de Skene, e incluso pueden ascender a la uretra y la vejiga. Es posible el ascenso del germen a las vías genitales altas y su papel en las Enfermedades Inflamatorias Pélvicas.

5.1. Clínica y diagnóstico

Entre los síntomas puede existir prurito, junto a leucorrea intensa, de aspecto espumoso

y color blanco amarillento o verdoso; muchas veces maloliente, porque la infección puede acompañarse de una proliferación de especies de bacteroides. Puede existir disuria y polaquiuria.

El diagnóstico de la tricomoniasis se realiza en función de la clínica y de una exploración detallada, siendo importante el diagnóstico diferencial con las candidiasis y la vaginosis.

El tratamiento habitual es Metronidazol o 5-nitrometronidazol (tinidazol) por vía oral y una dosis extra vía tópica durante la noche.

6. Candidiasis

La especie *Candida* es parte de la flora transitoria normal del cuerpo humano, y puede detectarse en el tracto orointestinal del 50% de los adultos. Se estima que, hasta el 75% de las mujeres sufren candidiasis vaginal al menos una vez en su vida durante su edad reproductiva.

Es dudosa la transmisión sexual, aunque parece apoyarla el aumento de colonización micótica en los compañeros sexuales de las infecadas, y su relación con el número de coitos.

6.1. Clínica y diagnóstico

Los síntomas principales son el prurito, que empeora con el calor y por la noche, y la leu-correa adherente, cuyo aspecto ha sido comparado con el del requesón; más rara es la sensación de quemazón en el vestíbulo y la vulva.

EL tratamiento, en función de si es una candidiasis complicada o no complicada, es con clotrimazol, miconazol, fluconazol, en preparaciones y pautas varias: cremas y óvulos locales, comprimidos orales, etc.

7. Virus del papiloma humano (HPV)

La infección por VPH es la ITS más frecuente en el mundo y hasta tres cuartas partes de la población se infectará en algún momento por VPH. El mecanismo de transmisión se produce por contacto sexual y el grado de contagiosidad es elevado (tras un solo contacto se infectan más del 60% de las parejas).

Los factores de riesgo implicados son un número elevado de parejas sexuales, el inicio precoz de relaciones y la homosexualidad.

7.1. Clínica y diagnóstico

La infección por el VPH suele ser asintomática en la mayoría de los casos. Los causantes de lesiones no displásicas (no oncológicas) producen verrugas (o condilomas acuminados) anogenitales y bucales, lesiones benignas causadas por la infección del virus.

del papiloma humano (VPH). Los VPH responsables del 95% de los condilomas son los VPH tipo 6 y 11. La forma de presentación de los condilomas es muy variable.

El **diagnóstico** se realiza mediante exploración física.

7.2. Prevención Primaria

La medida más efectiva para la prevención de las lesiones benignas o malignas consecuencia de la infección por HPV es la vacunación.

- Se vacunará a todos los chicos y chicas de 12 años con una dosis de Gardasil 9.

- Edad de Rescate: Entre los 13 y 18 años, todos los chicos y chicas que no hayan recibido ninguna dosis de ninguna vacuna (Cervarix, Gardasil, o Gardasil 9), recibirán 1 dosis.
- En caso de trasplantados (hombres y mujeres) y personas con infección VIH (independientemente de carga viral o tratamiento antiretroviral), se amplía la edad de administración hasta los 45 años, con pauta de tres dosis (0-2-6 meses).
- Mujeres con antecedentes de lesiones preneoplásicas de cérvix de alto grado (CIN2 o CIN3) que hayan precisado tratamiento escisional o destructivo (láser, conización, crioterapia, etc), se le administrará tres dosis (pauta 0-2-6 meses). Independientemente de su edad, actividad sexual, o si han tenido confirmación de la infección HPV o no.
- Personas afectadas de síndrome de WHIM (enfermedad que causa inmunodeficiencia), recibirán tres dosis (pauta 0-2-6 meses) a cualquier edad, y desde los 9 años.
- Personas en situación de prostitución y/o hombres homosexuales, se administrarán dos dosis (pauta 0-6 meses) si son inmunocompetentes, y hasta los 26 años.
- En general, siempre se debe administrar pauta de tres dosis (0-2-6 meses) en personas con inmunodepresión.

Gardasil 9® está indicada para la inmunización activa de individuos a partir de los 9 años de edad frente a las siguientes enfermedades por VPH:



- Lesiones precancerosas y cánceres que afectan al cuello de útero, vulva, vagina y ano causados por los tipos del VPH de la vacuna.
- Verrugas genitales (Condiloma acuminata) causados por tipos específicos del VPH.

Incluye los genotipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58. Se estima que estos genotipos causan aproximadamente el 90% de la patología relacionada con VPH en España.

7.3. Prevención secundaria. Estrategias de cribado de cáncer de cérvix

En caso de infección persistente por un genotipo oncocéntrico (5% -10% de los casos), la infección por VPH podría producir lesiones y cáncer. Así, se considera que la infección por VPH es una causa necesaria pero no suficiente para el desarrollo de cáncer de cuello de útero.

La infección por VPH está implicada en prácticamente todos los cánceres de cuello uterino y una proporción significativa de cánceres anogenitales como el de vulva, vagina, pene y ano, y orofaríngeos, tanto en mujeres como en hombres.

La prevalencia de las infecciones por VPH depende del comportamiento sexual de la población, asociándose un mayor riesgo de infección por VPH ante edad temprana de inicio de las relaciones sexuales, número elevado de parejas sexuales a lo largo de la vida y el comportamiento sexual de las parejas sexuales.

La estrategia actual de cribado de cáncer de cérvix en Andalucía es de tipo **poblacional universal**, no oportunista, **entre 25 y 65 años**, excluidas las mujeres que no hayan tenido relaciones sexuales o a las sometidas a histerectomía por causas no neoplásicas.

1. Mujeres con edades comprendidas entre 25 y 29 años: Citología cada tres años si no han recibido vacunación adecuada anti-HPV. Si están vacunadas puede consi-

derarse posponer el inicio del cribado a los 30 años, tal como sigue:

2. Independientemente del estado vacunal, mujeres con edades comprendidas entre 30 y 65 años: Determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR), repetir cada 5 años si los resultados van siendo negativos y se recomienda toma de muestra en medio líquido para permitir la posibilidad de realizar citología reflexa o en diferido. Cuando se obtenga un resultado VPH-AR positivo, complementar triaje con citología y si esta es negativa, repetir VPH-AR al año.

La **edad de finalización** del cribado será a los 65-70 años con la condición de que el cribado haya sido negativo durante los 10 últimos años (dos pruebas de VPH o tres citologías negativas). En las mujeres con antecedentes de patología cervical, la finalización del cribado se puede realizar tras un periodo mínimo de cribado de 20 años desde la resolución de la patología y con pruebas de cribado negativas (5).

En **mujeres gestantes** se recomienda realizar el cribado si no se la ha realizado conforme al cribado, y siempre que sea necesario y posible, se aconseja hacer el cribado durante el primer trimestre de la gestación, y realizando la toma endocervical con escobillón con suavidad y sin penetrar excesivamente en el canal. En el caso de citologías con informe L-SIL, la mayoría de sociedades recomiendan la valoración del caso 6-8 semanas tras el parto.

Cuando se trate de H-SIL, debe realizarse una colposcopia dirigida para confirmación histológica, evitando realizar legrado endocervical o terapia escisional directa. Debe repetirse cada 12-16 semanas y a las 6-8 semanas postparto, pero sólo se repetirá la biopsia ante la sospecha de progresión lesional.

7.4. Tratamiento

Los condilomas pueden tratarse con diversas terapias tópicas, que pueden también usarse durante el embarazo si es necesario.



8. VIH/Sida

La infección por el VIH es una de las infecciones de transmisión sexual más importantes. Existen dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2.

Las principales vías de transmisión son:

- **Transmisión sexual:** es la vía más importante de transmisión del VIH a nivel mundial.
- **Transmisión parenteral:** por inoculación de sangre contaminada o productos derivados. En España es el mecanismo de transmisión más frecuente.
- **Transmisión perinatal:** la transmisión de VIH de la madre infectada al hijo se puede realizar a tres niveles: transplacentaria (35-40%), parto (60-75%) y lactancia materna.

8.1. Clínica y diagnóstico

El período de incubación es de 3 a 6 semanas, tras el que puede aparecer un síndrome febril inespecífico y autolimitado. Posteriormente puede seguirse de un periodo largo de latencia y a continuación desarrollar un síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Las personas infectadas pueden permanecer asintomáticas hasta que presentan infecciones oportunistas o neoplasias que son las que definen el SIDA.

Todos los órganos y sistemas corporales pueden presentar lesiones directamente relacionadas con el VIH o con las infecciones oportunistas asociadas. Los síntomas preponderantes en las afecciones propias del VIH son: *pérdida de peso, fiebre, astenia y anorexia*. También hay, entre otras, manifestaciones ginecológicas: varias enfermedades ginecológicas pueden alterarse por la infección VIH (neoplasia cervical intraepitelial, cáncer invasivo de cérvix, sífilis, herpes, candidiasis vaginal, condilomas genitales), y además pueden hacerse refractarias a los tratamientos usuales, especialmente cuando se deteriora la función inmunitaria.

Diagnóstico

El cribado o prueba inicial se realiza con una ELISA, que de ser positiva se repetirá en la misma muestra. Posteriormente, si continua siendo positiva, se hará una prueba diagnóstica de confirmación que es el Western-Blot, específica.

8.2. Prevención

Además de las recomendaciones habituales y generales de practicar sexo de forma segura y responsable, en la prevención de la transmisión del VIH se deben destacar especialmente:

- Usar preservativo (masculino o femenino) en las relaciones sexuales con penetración.
- Utilizar material estéril y evitando el uso compartido de jeringuillas, agujas y otros útiles de inyección si se consumen drogas inyectadas. Utilizar instrumentos para perforar la piel de un solo uso o estériles. No compartir cuchillas de afeitar ni cepillos de dientes.
- Profilaxis pre-exposición farmacológica mediante combinación de antirretrovirales, dispensados en determinadas situaciones o prácticas de riesgo.
- Profilaxis post-exposición, ocupacional y no ocupacional, farmacológica mediante combinación de antirretrovirales.

8.3. Tratamiento

Ningún medicamento por sí solo es suficiente para controlar efectivamente la infección, por lo que se usan terapias combinadas de:

- Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (Nevirapina, Delavirdina, Efavirenz).



- Análogos nucleósidos inhibidores de la transcriptasa inversa. NRTI (Zidovudina. Didanosina, Zalcitabina, Lamivudina).
- Inhibidores de la proteasa (Saquinavir, Ritonavir, Indinavir, Nelfinavir).

9. Hepatitis B

El agente etiológico es un virus ADN de la familia *hepadnaviridae*, y sus mecanismos de transmisión son:

- Vía parenteral, por inoculación percutánea de sangre o derivados procedentes de un individuo infectado a través de objetos contaminados.
- Vía sexual.
- Transmisión vertical: es el momento del parto en el que hay más riesgo de contagio. No hay evidencias de que la cesárea pueda prevenir el contagio y la lactancia no aumenta el riesgo de transmisión de VHB.
- Transmisión horizontal: no existe una exposición parenteral, sexual o perinatal conocida.
- Infección nosocomial.

9.1. Clínica y diagnóstico

El diagnóstico es fundamentalmente serológico (Tabla 2).

9.2. Prevención

El método más eficaz para prevenir la infección de VHB es la administración de la vacuna contra la hepatitis B a recién nacidos, a grupos de riesgo y a los adolescentes.

TABLA 2

Marcadores serológicos de la hepatitis B en diferente fases de la infección

Fase de la infección	Antí-HBc					
	HBsAg	Anti-HBs	IgG	IgM	HBeAg	Anti-HBe
Periodo de incubación tardío	+	-	-	-	+/-	-
Hepatitis aguda	+	-	+	+	+	-
Hepatitis aguda HbsAg-negativa	-	-	+	+	-	-
Portador HbsAg sano	+	-	+++	-	-	+
Hepatitis B crónica replicativa	+	-	+++	+/-	+	-
Hepatitis crónica mínimamente replicativa	+	-	+++	-	-	+
Infección HBV pasada reciente	-	++	++	+/-	-	+
Infección VHB pasada distante	-	+/-	+/-	-	-	-
Vacunación reciente	-	++	-	-	-	-

10. Hepatitis C

Habitualmente presenta dos típicos patrones epidemiológicos: la transmisión parenteral y la entérica (menos frecuente). En cuanto a la primera, es similar a la del VHB (transfusiones, adicción a drogas inyectables y pinchazos accidentales). Pero al faltar este antecedente expositivo en más del 50% de los casos, el resto debe imputarse a la transmisión sexual y a la vertical, aunque el riesgo parece menor que para el VHB.

El agente es un virus provisto de una envoltura lipídica y con un genoma *RNA*.

10.1. Clínica y Diagnóstico

La infección aguda es asintomática en un 80% de los casos. El 80% de las hepatitis agudas C se cronifican y de éstas un 50% desarrollan cirrosis en 20 años, algunas de estas cirrosis son asiento de hepatomas. Cuando es sintomática, la clínica no es distinguible de las hepatitis producidas por otros virus.

Para el diagnóstico, se utiliza la técnica ELISA, pero con una apreciable incidencia de falsos positivos; la técnica PCR es muy exacta.

11. Enfermedades de transmisión placentaria

11.1. Sífilis congénita

La infección del feto puede producirse en cualquier mujer no tratada, aunque es más frecuente en los estadios precoces de la infección. La gravedad clínica va desde el aborto tardío al parto pretérmino, muerte neonatal, infección neonatal e infección latente. Sin embargo, la detección precoz en el primer trimestre de embarazo (serología de detección a todas las embarazadas en semana 8-10), y el tratamiento a la madre antes de la semana 18 es muy efectivo para curar la enfermedad y evitar la transmisión vertical.

La sífilis congénita puede ser temprana o tardía:

- La forma temprana, que se observa antes del segundo año de vida, puede ser fulminante. Puede manifestarse como una infección diseminada, o por lesiones mucocutáneas similares a la sífilis secundaria del adulto, osteocondritis y pseudoparálisis de Parrot, rinitis, hepatoesplenomegalia con ictericia, anemia y edema, y afectación del SNC.

- La forma tardía, con una persistencia de más de dos años, puede originar queratitis intersticial, deformaciones de huesos (tibias en sable, protuberancia frontal, sinovitis en rodillas), y dientes (Hutchinson) sordera del VIII par, neurosífilis y otras manifestaciones terciarias.

El tratamiento de la sífilis congénita se llevará a cabo según el tratamiento que haya recibido la madre durante el embarazo, y la clínica que presente el recién nacido:

- En el caso de que la madre haya sido tratada adecuadamente (antes o durante el embarazo), finalizando el tratamiento con más de 30 días antes del parto, y el recién nacido esté clínica y analíticamente asintomático se le realizará un seguimiento serológico hasta los resultados negativos. Sólo se administrará una dosis única de Penicilina si existe imposibilidad de realizar el seguimiento.
- En el caso en el que la madre no haya sido tratada, o el tratamiento haya sido inadecuado (o no bien documentado), el

tratamiento que recibirá el recién nacido dependerá de los resultados de las serologías, radiografías de huesos largos y puncción lumbar (bioquímica, recuento leucocitario y VDRL):

- Pruebas indicadoras de sífilis congénita:
 - Penicilina G sódica IV administrada 50.000 UI/kg cada 12 h en los primeros 7 días del nacimiento y luego cada 8 h hasta un total de 10 días.
 - Penicilina G Procaína 50.000 U/Kg/ día IM cada 24h durante 10 días.
 - Si el tratamiento de interrumpiera en cualquier momento por más de 24 horas, se reiniciaría la pauta completa.
- Ausencia de indicadores de positividad:
 - Penicilina G sódica IM o IV 100.000-150.000 U/kg/día en dos dosis.
 - Penicilina G procaína 50.000 U/kg/día IM 1 dosis diaria durante 10 días.
 - Sólo como alternativa 1 dosis única de penicilina G benzatina 50.000U/kg.

11.2. Herpes

El herpes genital se considera como una de las ITS más frecuentes de la presente década. Es la causa más común de infección vesicular ulcerativa en los adolescentes. El contagio fetal puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, sin embargo, el mayor peligro de contagio aparece durante el parto cuando ocurre una rotura de membranas, provocando en el recién nacido encefalitis herpética, conjuntivitis y afecciones en piel y cavidad oral. Sin tratamiento en la madre, la tasa de transmisión es del 50% en herpes primario, y del 1-4% en las recurrencias.

Las principales medidas para prevenir la TV del VHS son la realización de una cesárea cuando existan lesiones herpéticas al inicio del parto (sobre todo lesiones primarias) y la administración de tratamiento a la madre para disminuir la excreción viral, existiendo dos pautas vía oral: aciclovir 400 mg/8h, o valaciclovir 1g/12h, ambas 7-10 días desde el diagnóstico en el caso de herpes primario, y sólo 3-5 días en caso de ser recurrente. En cualquier caso, también existe la modalidad de tratamiento supresor, mismas dosis, cuando existe un episodio durante el embarazo, iniciando desde la semana 36 hasta el momento del parto y permitiendo este por vía vaginal si en dicho momento no hay lesiones activas.

El Recién Nacido de madre con infección herpética en el momento del parto no necesita ser separado de su madre, a la que se debe instruir en el lavado de manos y evitar contacto con sus lesiones. La lactancia materna no se debe interrumpir, excepto si hay lesiones herpéticas en las mamas. El tratamiento con aciclovir no la contraindica, tampoco. Se le deben hacer estudios de laboratorio: Serología para herpes, y determinación PCR en sangre, superficies mucosas (nasofaríngea, conjuntival) y de lesiones visibles, además de en punción de LCR si hay lesiones genitales en la madre o se demuestra la infección en el recién nacido.

11.3. Virus Zika

El virus del Zika es un arbovirus (família Flaviviridae) ARN de la familia Flaviviridae. Provoca una zoonosis cuyo reservorio son primates no humanos y el huésped intermedio amplificador es el ser humano. Se transmite por picadura de los mosquitos del género Aedes (vector también de la fiebre amarilla y el dengue), por transmisión vertical durante el embarazo y mediante relaciones sexuales.

Se han descrito casos de afectación neurológica (causando meningoencefalitis y mielitis aguda) y asociación con el síndrome de Guillain- Barré.

TABLA 3

Criterios epidemiológicos de riesgo de infección por el virus de Zika

Residir en áreas epidémicas o haberlas visitado en los 15 días previos a la aparición de los síntomas.
La infección ha tenido lugar al mismo tiempo y en la misma zona donde se han producido otros casos probables o confirmados de Zika.
Mantener relaciones sexuales con hombres que hayan viajado a zonas con transmisión activa del virus dentro de las 8 semanas posteriores al regreso del viaje si no han tenido síntomas, o de 6 meses en los casos en los que hayan tenido síntomas o diagnóstico confirmado por laboratorio.

Durante el embarazo, independientemente de la clínica deben realizarse las pruebas de confirmación si se cumplen los criterios epidemiológicos de riesgo (ver tabla). El método recomendado es la determinación de IgM específica VZika (a partir del 5º día de inicio de síntomas y hasta las 12 semanas posteriores).

La infección se asocia con muerte fetal intrauterina, CIR y malformaciones del SNC: microcefalia, ventriculomegalia, calcificaciones difusas, atrofia cerebral y alteraciones visuales, debidas a que el virus muestra un especial neurotropismo.

No existe evidencia en contra de la lactancia materna en situaciones de infección por virus Zika.

cara a cara prolongado. Se ha detectado el ADN del virus en semen y fluidos vaginales por lo que no se puede descartar esta vía de transmisión.

Se conoce muy poco pero sí se sabe, sin embargo, que la infección por viruela se asocia a un incremento de la morbilidad en mujeres embarazadas y puede causar más complicaciones como prematuridad, aborto, óbito fetal.

En el caso que la mujer embarazada muestre síntomas de enfermedad, se procederá al ingreso hospitalario en un centro adecuado para el control de un embarazo de alto riesgo materno y fetal, dado el riesgo de infección fetal, prematuridad, hidrops y óbito fetal descritos hasta el momento, hasta la resolución del cuadro clínico.

Las mujeres embarazadas infectadas por MPXV sintomáticas o asintomáticas en trabajo de parto se tratarán en una sala de parto exclusiva para la paciente. Se intentará realizar toda la dilatación y trabajo de parto en el mismo paritorio/quirófano, con medidas de aislamiento por contacto.

En el momento actual se desconoce si la infección por MPXV puede transmitirse por lactancia materna. Es por ello que, y hasta nuevas recomendaciones, parece razonable contraindicar la lactancia materna si la madre presenta infección activa por MPXV o se encuentra en periodo de incubación. Se valorará administrar leche materna si la PCR a MPXV

11.4. Viruela del Mono

La transmisión del virus de la viruela del mono (MPXV) se puede producir por el contacto con un animal infectado, por el contacto persona a persona o con materiales contaminados por el virus. El virus también puede atravesar la placenta y pasar de madre a feto. La transmisión a través de personas se produce principalmente por el contacto directo con llagas infecciosas, costras o fluidos corporales, especialmente por el contacto íntimo, no solo por relaciones sexuales, sino también a través de besos, abrazos o contacto con zonas afectadas por lesiones. También puede transmitirse por secreciones respiratorias durante el contacto

en leche materna es negativa. Si el recién nacido se infecta se podrá reanudar la lactancia con pecho directo.

11.5. Transmisión vertical de VIH

Las principales vías de transmisión del VIH son:

- **Transmisión sexual:** es la vía más importante de transmisión del VIH a nivel mundial.
- **Transmisión parenteral:** por inoculación de sangre contaminada o productos derivados. En España es el mecanismo de transmisión más frecuente.
- **Transmisión perinatal:** la transmisión de VIH de la madre infectada al hijo se puede realizar a tres niveles: transplacentaria (35-40%), parto (60-75%) y lactancia materna.

La tasa natural de transmisión vertical (TV), es decir, el número de niños que se infectan por cada 100 mujeres embarazadas VIH positivas, en ausencia de terapia y profilaxis materna es del 14-25% en países desarrollados. Con la incorporación progresiva de las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas a la práctica clínica se ha observado una gran disminución en la tasa de transmisión. **La prevención de la transmisión vertical se basa fundamentalmente en los siguientes elementos clave:**

- Cribado de la infección universal a todas las gestantes en primer trimestre.
- Diagnóstico, control y seguimiento clínico y obstétrico en todas las mujeres seropositivas.
- Reducción / supresión de la carga viral (CVP), mediante tratamientos antirretrovirales combinados (TARGA).
- Evitar la prematuridad.

- Cesárea electiva sólo por indicaciones obstétricas o si no se puede asegurar carga viral reducida / suprimida. También en mujeres en las que se confirme serología positiva a VIH durante el parto, por ausencia de control previo.
- Evitar procedimientos invasivos durante el parto: amniotomía, microtoma sangre fetal, monitorización interna, etc. Tratamiento antirretroviral intraparto a la madre y al RN.
- Lactancia artificial (excepto en países subdesarrollados).

11.5.1. Tratamientos antirretrovirales para evitar la transmisión vertical (TV)

El factor materno más importante asociado al riesgo de TV en gestantes que toman TARV es la CVP. El objetivo principal del TARV es mantener la CVP indetectable durante la gestación, siendo deseable un límite inferior a las 1.000 copias/ml (se considera suprimida si es inferior a 50 copias/ml). De esta forma, la tasa de transmisión con esta carga viral en mujeres tratadas sería de 0,96%, mientras que estos mismos valores de CVP en mujeres no tratadas asciende corresponden con una tasa de TV del 9,8%. Es decir, la TARV es fundamental aún con CVP bajas.

Actualmente, se considera tratamiento de elección el compuesto por dos análogos de nucleósido (ITIAN) más un inhibidor de la proteasa (IP) potenciado (habitualmente con ritonavir -RTV). Es una combinación de tres fármacos.

11.5.2. Recomendaciones para el manejo del parto en la gestante VIH positiva

Como ya se ha dicho, el periodo de mayor riesgo de transmisión vertical del VIH es el momento del parto. Los factores de riesgo de

mayor impacto son la CV Plasmática y en las secreciones cérvicvaginales, el estadio de la enfermedad, el TAR recibido, la vía del parto y la duración de la rotura de membranas y del trabajo de parto. La forma de parto debe consensuarse entre la madre y un equipo multidisciplinar, con obstetra, neonatólogo, e infectólogo, tras determinación de la CVP en la semana 36, teniendo en cuenta las ventajas y los riesgos de las distintas vías de parto. El principal objetivo es alcanzar el momento del parto con la CVP más baja posible, para ello la terapia más eficaz es el TARGA. Si la CVP es menor de 1000 copias/ml, el tratamiento TARGA es adecuado y no hay indicación obstétrica de cesárea se puede hacer un intento de parto vaginal.

En los casos en los que la CVP sea superior a 1000 copias/ml, no haya un tratamiento TARGA adecuado, o la edad gestacional sea inferior a las 34 semanas en el momento de iniciar el parto o la amniorrexis, debe programarse una cesárea.

TARV (Terapia Antirretroviral) durante el parto o cesárea

Durante el parto no debe suspenderse la pauta oral de TARGA recibida durante la gestación, excepto si toman Estavudina, que deben sustituirla por Zidovudina IV, a dosis de 2 mg/kg durante 1 hora, seguido de 1 mg/Kg/h hasta ligar el cordón umbilical durante todo el tiempo que dure el parto, o 2-3 horas antes de la cesárea si esta es electiva. Esta pauta IV debe iniciarse incluso en las situaciones de amenaza de parto pretérmino, es decir, antes del inicio de la fase activa del parto.

Si la mujer no ha recibido tratamiento oral previamente (siempre será cesárea) a la pauta de Zidovudina descrita, se añadirán dos fármacos más, siendo la pauta más usada la que incluye a Tenofovir+emtricitabina junto a raltegravir.

11.5.3. Manejo del Recién Nacido de madre VIH positiva

En caso de madres que hayan recibido TAR, alcanzando carga viral < 50 copias/ml en el parto y sin otros factores de riesgo, el recién nacido recibirá monoterapia con ZDV oral, que se ha de iniciar durante las 6-8 primeras horas (2 mg/Kg/6 horas oral durante 4 semanas).

En caso de madres no tratadas o con carga viral >50 copias/ml en el parto se recomienda triple terapia: Zidovudina + 3TC durante 4 semanas y Nevirapina diaria hasta los 15 días de vida o en 3 dosis la primera semana.

En caso de RN prematuros (especialmente ≤32 sg): en cualquier caso, se recomienda monoterapia con ZDV durante 4 semanas. Considerar Nevirapina dosis única a la madre (intraparto, al menos 2 h antes para favorecer paso transplacentario) o al recién nacido.

La lactancia materna es una vía de transmisión del VIH con un riesgo directo de transmisión del 10-16 %, y que de forma natural sería responsable de un 42-44 % de las infecciones en el niño en poblaciones con lactancia materna universal. Las madres con VIH deben abstenerse de forma absoluta de lactar a sus hijos y alimentarlos con fórmula adaptada.

11.6. Trasmisión vertical de la Hepatitis B

TABLA 5

Actuaciones en el RN si AgHbs positivo o desconocido

Recién nacido de madre con hepatitis B (AgHbs positivo)	Se debe administrar al recién nacido en las primeras 24 horas de vida, preferentemente en las primeras 12 horas, una dosis de vacuna de hepatitis B y una dosis de inmunoglobulina específica anti-hepatitis B, en lugares anatómicos diferentes. Posteriormente, se continuará con el esquema estándar de vacuna hexavalente: 2, 4 y 11 meses. Se realizará un control serológico 1-2 meses tras la última dosis de vacuna hexavalente.
Recién nacido de madre con AgHbs desconocido	En los casos en los que no dispongamos de los resultados del cribado en el momento del parto se solicitará. Si no podemos disponer de los resultados en las primeras 24 horas de vida, el neonato recibirá una dosis de vacuna monocomponente frente a hepatitis B, en las primeras 12 horas de vida. Dependiendo de los resultados, si es positivo, recibirá también una dosis de inmunoglobulina específica preferiblemente en las primeras 72 horas de vida y no más tarde de la primera semana de vida, en un lugar anatómico diferente a la vacunación. Despues, continuar con el esquema estándar de vacunación hexavalente: 2, 4 y 11 meses. Se realizará un control serológico 1-2 meses tras la última dosis de vacuna hexavalente.
Ninguna de estas situaciones contraindica la lactancia materna.	

11.7. Transmisión vertical de la Hepatitis C

El riesgo de transmisión vertical (TV) de VHC se estima en un 4- 10%, aumentando hasta el 20-30% si existe coinfección con VIH. El momento exacto del embarazo o parto en que ocurre la transmisión de VHC no está claro.

No existen estudios que valoren la utilidad de la cesárea electiva en la prevención de la TV, pero evitar un trabajo de parto prolongado después de la rotura prematura de membranas y heridas en el cuero cabelludo del feto, si se consideran medidas razonables para disminuir las posibilidades. También se aceptan los siguientes factores de riesgo de transmisión perinatal:

- Co-infección materna con VIH: Aumenta hasta 2-3 veces el riesgo de transmisión vertical VHC, sin embargo el uso de tera-

pia antirretroviral (TARGA) por las mujeres embarazadas ha mejorado sustancialmente las inmunosupresión inducida por el VIH y consecuentemente se puede alcanzar un mejor control de la replicación de VHC.

- Carga viral VHC materna durante el embarazo y el parto: Está asociada con aumento del riesgo de transmisión vertical. Parece el factor más determinante.
- Procedimientos obstétricos: Los procedimientos que aumentan el contacto entre sangre materna y fetal podrían teóricamente ser asociados con un mayor riesgo de TV de VHC, pero hay pocos estudios que hayan cuantificado esto.

No existe evidencia que asocie la prematuridad y la lactancia materna con mayor riesgo de transmisión vertical del VHC.

12. Procedimiento para la asistencia sanitaria en pacientes con ITS en Andalucía (Plan Andaluz de ITS, VIH y Sida, 2023-2030)

Es necesario que cada distrito o área disponga de profesionales que presten asistencia a las personas con ITS y estén bien definidos los circuitos para la derivación, prescripción, y seguimiento de estos pacientes. Se requiere un equipo multidisciplinar para el correcto abordaje de las ITS, por lo que el proceso asistencial ITS de Andalucía se atenderá como un proceso integrado en la atención normalizada de cada consulta de Medicina de Familia en los centros de atención primaria.

Los puntos clave de este nuevo modelo son los siguientes:

- Puerta entrada de las ITS es AP. Este modelo supone una mejora en la equidad a la ciudadanía y apuesta por una atención a las ITS de una manera integral y normalizada en toda Andalucía. Facilitará la accesibilidad y evitará el estigma.
- Referente de AP consultor para este proceso.
- Consultas de ITS en todos los hospitales relevantes (basado en la incidencia de ITS).
- Circuitos ágiles basados en el Gestor de Informes. Funciona como una vía clínica. Garantiza la confidencialidad y privacidad y permite la explotación de los resultados.
- Disponibilidad de microbiología con técnicas moleculares en AP.
- Tratamientos en AP, incluyendo ceftriaxona parenteral 500 mg intramuscular.
- Funcionamiento un servicio de teleconsulta.
- Colaborar con asociaciones/entidades para atender pacientes vulnerables y excluidos.
- Colaboración con preventiva/epidemiología para incorporar las actividades de Sa-

lud Pública (declaración de casos, estudios de los contactos...).

- Formación de los profesionales.

12.1. Circuito de atención de pacientes con sospecha de ITS

Consulta Medicina de Familia de Atención Primaria: Será la puerta de entrada de estos pacientes.

En cada Centro de Salud, o al menos en aquellos con incidencia importante de estos pacientes, habrá **profesionales referentes consultores** que a su vez estarán en contacto directo con consulta hospitalaria de ITS (hospital de referencia).

Atención hospitalaria (de referencia del centro de salud) de ITS, en caso de tener criterios de derivación. Las consultas hospitalarias de ITS son dependientes de servicios de infeccioso, dermatología, ginecología, medicina interna o multidisciplinares, en los principales hospitales de la comunidad, en general serán los de segundo y tercer nivel. Tendrán agendas de ITS y referentes consultores. Además, estarán a disposición telefónica de los profesionales de Atención Primaria.

A los pacientes que sean atendidos en **urgencias hospitalarias** se les solicitarán pruebas microbiológicas y si procede, se le indicará tratamiento antibiótico, remitiéndose a sus consultas de Atención Primaria para ver resultados y continuar seguimiento, salvo que presenten patologías que requieran atención en consultas hospitalarias.

12.3. Servicios de Epidemiología

Enfermedades de Declaracion Obligatoria

de declaración ordinaria son:

- Chlamydia Trachomatis.
- Gonococia.
- Linfogranuloma venéreo.
- Sífilis.
- Herpes Genital.
- VIH.

En Atención Primaria, se notificarán todos los nuevos casos a través de Diraya, mediante la codificación CIE en el apartado Juicio Clínico, lo que garantiza la importanciòn automáti- ca a la Aplicaciòn de vigilancia epidemiológi- ca de RedAlerta.

En Atención Hospitalaria se realizará la no- tificación a través de los Servicios de Medi- cina Preventiva.

Descarga autorizada a 44597401 María Aurora
Gallego Gallero, agallegogallero@gmail.com, IP:
79.117.225.106

PREGUNTAS TIPO TEST

Las siguientes preguntas son una recopilación de las surgidas en anteriores procesos selectivos del SAS y otras desarrolladas por el/la autor/a de la obra.

1. Señale cuál es la denominación más correcta:
 - a) Enfermedades de Transmisión sexual.
 - b) Enfermedades Venereas.
 - c) Infecciones Venereas.
 - d) Infecciones de Transmisión sexual.
2. ¿Qué enfermedad es causada por el *Haemophilus Ducrey*?
 - a) Granuloma inguinal.
 - b) Chancro blando.
 - c) Molusco contagioso.
 - d) Condilomas.
3. Señale cuál de las siguientes es una enfermedad de declaración obligatoria:
 - a) Gonococia.
 - b) Sífilis.
 - c) Linfogranuloma venéreo.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
4. Señale cuál de las siguientes no es una infección epidemiológicamente mucho más frecuente en el hombre que en la mujer:
 - a) Gonogocia.
 - b) Sífilis.
 - c) Clamidia.
 - d) Linfogranuloma venéreo.
5. ¿Qué ITS puede prevenirse con profilaxis postexposición de doxiclina?
 - a) Gonococia.
 - b) Condilomas acuminados.
 - c) Clamidia.
 - d) Ninguna de las anteriores.

6. ¿Cuál es el periodo en el que la sífilis puede transmitirse por vía sexual?

- Sólo durante los primeros 6 meses de la enfermedad.
- Sólo durante la sífilis precoz, en los primeros 2 años desde el inicio de la infección.
- En las etapas de sífilis primaria, secundaria y terciaria.
- En cualquier etapa evolutiva de la infección.

7. ¿En qué etapa evolutiva de la sífilis se puede producir la transmisión vertical?

- Sólo durante la sífilis primaria.
- Durante la sífilis primaria y secundaria.
- Sólo durante la sífilis tardía.
- En cualquier etapa evolutiva de la infección.

8. ¿Cuál es el tiempo de incubación de la sífilis?

- 2 semanas.
- Habitualmente tres semanas, intervalo entre 9 y 90 días.
- 2 años.
- Entre 10 y 15 años.

9. ¿Qué prueba se usa para estudiar y determinar la evolución de la infección Sífilis?

- Prueba reaginica RPR.
- Prueba PCR en sangre.
- Prueba treponémica específica FTA-ABS.
- Identificación del treponema en microscopio de campo oscuro.

10. ¿Cuál es la pauta correcta de tratamiento para una sífilis latente tardía?

- Penicilina G benzatina 2,4 millones IM dosis única.
- Penicilina G procaína 5 millones IM tres dosis, 1 cada 24 horas.
- Penicilina G benzatina 2,4 millones IM, tres dosis separadas 1 semana entre sí.
- Doxiciclina 1 gramo/8h durante Vía Oral, durante 1 semana.

11. ¿Qué ITS estamos intentando diagnosticar si usamos un medio de cultivo Thayer-Martin?

- Sífilis.
- Chancro blando.
- Candidiasis.
- Gonococia.

12. ¿Cuál es la afectación neonatal más frecuente en un recién nacido de madre con cervicitis por clamidía?

- Sepsis.
- Meningitis.
- Conjuntivitis.
- Artritis en miembros inferiores.

13. ¿Qué ITS podemos sospechar si visualizamos con el espéculo una colpitis con pequeñas hemorragias subepiteliales junto a leucorrea espumosa amarillenta?

- Clamidia.
- Trichomonas.
- Candida.
- HPV.

14. ¿Cuál es el tratamiento recomendado para una gestante de 25 semanas de embarazo con tricomonas?

- Miconazol vía tópica.
- Fluoracilo óvulos.
- Metrodinazol vía oral, y adicionalmente aplicación tópica.
- Azitromicina 1g vía oral.

15. ¿Cuál de los siguientes criterios corresponde a una candidiasis complicada?

- Recurrente, con más de 8 episodios al año.
- Causado por cándida glabrata.
- Recurrente, con más de 4 episodios al año.
- B y c son correctas.

16. ¿Qué serotipo HPV es causante de condilomas acuminados?

- 6.
- 16.
- 33.
- 45.

17. Señale la correcta en relación a la estrategia de vacunación anti-HPV:

- Se vacuna a las niñas a los 14 años.
- Se vacuna a niños y niñas a los 14 años.
- Se vacuna a niños y niñas a los 12 años.
- Vacunación universal entre los 14 y 25 años.

18. ¿Cuál es la vacuna anti-HPV administrada actualmente en el SSPA?

- a) Cervarix tetravalente, 2 dosis.
- b) Cervarix nonavalente, 3 dosis.
- c) Gardasil tetravalente, 4 dosis.
- d) Gardasil nonavalente, 1 dosis.

19. ¿Cuál es la transmisión vertical de VIH más frecuente?

- a) Durante el embarazo, a través de la placenta.
- b) Durante el parto.
- c) A través de la lactancia materna.
- d) En cualquier momento, indistintamente.

20. ¿Qué situación respecto a Hepatitis B podemos interpretar si obtenemos una serología con HbsAg positivo, Anti-HBc positivo en IgG pero negativo en IgM y HBeAg positivo?

- a) Hepatitis aguda.
- b) Infección pasada.
- c) Hepatitis crónica replicativa.
- d) Inmunidad reciente.

21. ¿Cuál es la actitud correcta ante el diagnóstico de lesiones por herpes genital primario en una embarazada de 39 semanas?

- a) Inducción de parto vaginal.
- b) Tratamiento antivírico e inducción a las 40 semanas.
- c) Tratamiento antivírico y cesarea.
- d) Depende del estado inmunitario previo.

Respuestas correctas

1	d	12	c
2	b	13	b
3	d	14	c
4	c	15	d
5	c	16	a
6	b	17	c
7	d	18	d
8	b	19	b
9	a	20	c
10	c	21	c
11	d		

Descarga autorizada a 44597401 Maria Aurora
Gallego Gallero, agallegogallero@gmail.com, IP:
79.117.225.106

La distribución de este material es gratuita entre los afiliados del Sindicato SATSE
y se ajusta a la legislación vigente.