



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

Proyecto de Mejora en la atención de la Salud Sexual de  
adolescentes y jóvenes desde la consulta de Enfermería de  
Atención Primaria

Improvement Project in Sexual Health care for adolescents and  
youth from Primary Care Nursing

Autor/es  
Patricia Arruga Arnal

Director/es  
Ángel Gasch Gallén

Facultad de Ciencias de la Salud  
2016

## **INDICE**

|              |    |
|--------------|----|
| RESUMEN      | 3  |
| ABSTRACT     | 4  |
| INTRODUCCIÓN | 5  |
| OBJETIVOS    | 8  |
| METODOLOGÍA  | 8  |
| DESARROLLO   | 9  |
| Plan – Do    | 10 |
| Check – Act  | 18 |
| CONCLUSIÓN   | 21 |
| BIBLIOGRAFÍA | 22 |
| Anexo 1      | 26 |
| Anexo 2      | 27 |
| Anexo 3      | 28 |

## **RESUMEN**

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son un problema de salud con tendencia creciente en los últimos años. Los avances médicos, los tratamientos de las ITS y la cronificación del SIDA fomentan entre la gente joven un clima de invulnerabilidad, favoreciendo conductas sexuales inseguras. Las prácticas sexuales de riesgo, la falta de conocimiento de los jóvenes y adolescentes acerca de la Salud Sexual y los casos no diagnosticados son factores de riesgo de transmisión de ITS. La intervención de enfermería desde Atención Primaria proporciona herramientas para cubrir las necesidades de Salud Sexual de los jóvenes y adolescentes.

El presente trabajo tiene como objetivo diseñar un Proyecto de Mejora de la actuación de Enfermería en la atención a la Salud Sexual de jóvenes y adolescentes desde la consulta de Atención Primaria. Se realizó una revisión bibliográfica y actualización del tema y se estudiaron las diferentes actuaciones que se prestan en el área de salud sexual para adolescentes y jóvenes en Atención Primaria. Se propusieron nuevas formas de actuación encaminadas a la prevención de conductas de riesgo de ITS y el seguimiento de jóvenes y adolescentes siguiendo el modelo Plan, Do, Check, Act.

La promoción del autocuidado y la educación hacia la salud sexual es la medida más eficaz para la prevención de las ITS. La consulta de enfermería supondrá un lugar de apoyo, formación y seguimiento de pacientes jóvenes y adolescentes que serán encaminados hacia conductas sexuales seguras.

**PALABRAS CLAVE:** Salud Sexual, Atención Primaria, Enfermería, Conductas Sexuales, Adolescencia, Jóvenes.

## **ABSTRACT**

Sexually Transmitted Infections (STIs) are a health problem with increasing trend in recent years. Medical advances, treatment of STIs and chronicity of AIDS among young people foster a climate of invulnerability favoring unsafe sexual behaviors. Risk sexual practices, lack of knowledge of young people and adolescents about sexual health and undiagnosed cases are risk factors for STI transmission. Nursing intervention from Primary Care provides tools to meet the sexual health needs of young people and adolescents.

This paper aims to design a project to improve the performance of nursing care Sexual Health of youth and adolescents from Primary Care. A literature review and updating of the subject was conducted and the various actions that are provided in the area of sexual health for adolescents and youth in primary care were studied. New forms of action aimed at preventing STI risk behaviors and monitoring of youth and adolescents modeled Plan, Do, Check, Act were proposed.

Promoting self-care and education toward sexual health is the most effective for STI prevention measure. The nursing consultation will be a place of support, training and monitoring of young patients and adolescents to be directed toward safer sexual behavior.

**Key words:** Sexual Health, Primary Care, Nursing, Sexual behaviors, Adolescence, Young people.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud informa que cada día, más de 1 millón de personas contraen una Infección de Transmisión Sexual (ITS). Uno de cada 20 adolescentes en el mundo es diagnosticado de alguna de ellas. Sífilis, gonococia, clamidias y tricomonas son las cuatro Infecciones de Transmisión Sexual que han rebrotado en los últimos años y de las que se diagnostican casi 450 millones de nuevos casos cada año. También anualmente, 2,7 millones de personas son infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) superando en nuestro país la media de la Unión Europea de incidencia de VIH. (1,2)

Además, en el Estado Español, el Sistema de Información de nuevos casos de VIH en su informe de 2014 describe que el 50% de las personas diagnosticadas por primera vez en 2013 presentaban un diagnóstico tardío. La reunión sobre prevención del VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) del Ministerio de Sanidad y Política social concluyó afirmando que, en España, una de cada tres personas que conviven con la infección no lo saben, lo que demuestra la importancia del diagnóstico precoz y el reconocimiento del estado serológico por parte de la población. (3,4)

La vigilancia epidemiológica de las ITS en los últimos años señala una tendencia creciente. La adolescencia por si misma constituye un grupo de riesgo para el contagio de ITS, así como los jóvenes entre 20 y 40 años y, debido al considerable aumento de nuevos diagnósticos, son grupos potencialmente vulnerables, los hombres que tienen sexo con hombres y la población inmigrante. (1,3,5-7)

La vigilancia de las ITS nos ofrece, además de cifras, información sobre comportamientos de riesgo ya que son los que actúan como agentes causales. Según el Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual de 2016, el tratamiento antirretroviral (TAR) y la transformación del SIDA (enfermedad que aparece al progresar la infección por VIH) en una enfermedad crónica, reduce las medidas de protección en las prácticas sexuales. P. Andrés Domingo en su artículo, habla de la ignorancia y la despreocupación que los jóvenes muestran por las ITS. (2,8)

P. Hernández Bel describe cómo los avances de la ciencia, la cronificación de algunas ITS y la cura de otras, el TAR y la mejora de la calidad de vida en personas con ITS, se han convertido en un arma de doble filo. Entre los jóvenes existe una sensación de falta de miedo y relajación de las medidas de protección. Carolina Rojas-Murcia (2015) utiliza el término "invulnerabilidad" haciendo referencia a la baja percepción de gravedad de la enfermedad y el desconocimiento de las consecuencias negativas de las ITS por parte de los jóvenes y adolescentes y afirma que éstos creen controlar las situaciones de contagio por lo que se sienten invulnerables ante las infecciones. (7,9)

Del mismo modo en el estudio realizado por Seisida se habla de "un imaginario social de cronicidad débil" como causa de descenso de percepción de peligrosidad. En los años 90 en Estados Unidos, surgió un movimiento que reflejaba la poca preocupación por el VIH, actualmente se práctica en España y en el resto del mundo. A modo de ejemplo, entre algunos de los fenómenos estudiados, destaca la conocida como "La Ruleta Rusa Sexual", una reunión para practicar sexo sin preservativo en la que uno de los participantes –habitualmente hombres que tienen sexo con hombres - tiene SIDA. Los participantes sanos son catalogados como "bug chasers" (cazadores del virus). (10-14)

Algunos autores sugieren programas de prevención para reducir las conductas de riesgo y aumentar el autocontrol. P. Hernández-Bel considera instauración de unidades multidisciplinares especializadas en ITS que gestionen la atención en los diferentes niveles de salud. Por su parte, Julia Pérez Alonso escribe sobre la necesidad de garantizar una atención adecuada para el adolescente y describe la "consulta joven" en centros de Atención Primaria identificando a la enfermera como parte integral de su atención. La "Historia de Salud Sexual" de la que habla Richard A. Pessagno se trata de la incorporación de preguntas sobre parejas y prácticas sexuales en la valoración del paciente buscando normalizar la situación y reforzar la importancia de la Salud Sexual. (7,9,15,16)

Existen barreras que impiden que los adolescentes y jóvenes se acerquen a los Centros de Salud para abordar temas de salud sexual debido a las pocas garantías que los jóvenes sienten respecto a la confidencialidad y la falta de información sobre recursos sanitarios donde pueden acudir. Según Julia

Pérez los jóvenes sienten vergüenza para resolver algunas dudas de ITS o de prácticas sexuales. (15)

Otros autores hablan de la necesidad de un aumento de conocimientos por parte de los profesionales de la salud, debemos saber cómo es el comportamiento sexual de los jóvenes para poder prestar información y cuidados adecuados. El foro Mundial sobre HSH y VIH (MSMGF) describe en su guía el bajo conocimiento que los profesionales tienen sobre VIH e ITS en HSH. (6,13,17)

Algunas enfermeras sienten vergüenza a la hora de hablar con los pacientes sobre cuestiones de salud sexual. Muchas enfermeras tienen conocimientos limitados respecto a la elaboración de una Historia de la Salud Sexual, lo que puede complicar la valoración del proceso. (16)

## **OBJETIVO DEL TRABAJO**

Diseñar un Proyecto de Mejora de la actuación de Enfermería en la atención a la Salud Sexual de jóvenes y adolescentes desde la consulta de Atención Primaria.

## **METODOLOGÍA**

En el presente trabajo se diseñó un plan de mejora de la actuación de Enfermería en la Atención Integral a la Salud Sexual de jóvenes y adolescentes dirigido a profesionales de Enfermería.

En primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica para actualizar la información relativa a la magnitud de las ITS en población joven, así como la situación actual sobre los comportamientos y prácticas de riesgo, factores asociados y los intereses actuales de los estudios que se centran en la prevención y promoción de la salud sexual de jóvenes y adolescentes.

Se consultó información en la Biblioteca de la Universidad de Zaragoza. Posteriormente se consultaron los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica (INE e Instituto de Salud Carlos III). Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante descriptores en ciencias de la salud, en las bases de datos Pubmed, Sciencedirect y Cuiden, cuyos resultados quedan recogidos en el Anexo 1. Se revisaron también las listas de referencias bibliográficas de los artículos obtenidos. Por último, se realizaron consultas a Sedes Web oficiales como ONUSIDA, Ministerio de Sanidad o la Organización Mundial de la Salud.

Tras la revisión bibliográfica se procedió al diseño del Proyecto de Mejora siguiendo la metodología Plan, Do, Check, Act. (18)

## **DESARROLLO**

El Proyecto de Mejora de la actuación de Enfermería en la atención Integral a la Salud Sexual de jóvenes y adolescentes se centra sobre todo en las intervenciones que la Enfermería lleva a cabo desde la consulta de Atención Primaria. No obstante, se contempla también en este Proyecto de Mejora el contacto entre Atención Primaria y Especializada de forma específica en la derivación y captación de jóvenes y adolescentes para realizar un correcto seguimiento y facilitar una atención integral que incluya la promoción de la salud, educación para el autocuidado y el correcto seguimiento de la evolución clínica en los casos necesarios.

**Población:** Este proyecto pretende ofrecer a las profesionales de Enfermería conocimientos actualizados y herramientas para lograr dicha atención integral a la Salud Sexual de jóvenes y adolescentes. Las intervenciones aquí propuestas serán aplicadas en las actuaciones del personal de Enfermería en Atención Primaria y en su caso, en Atención Especializada.

**Objetivos específicos del Plan de Mejora:**

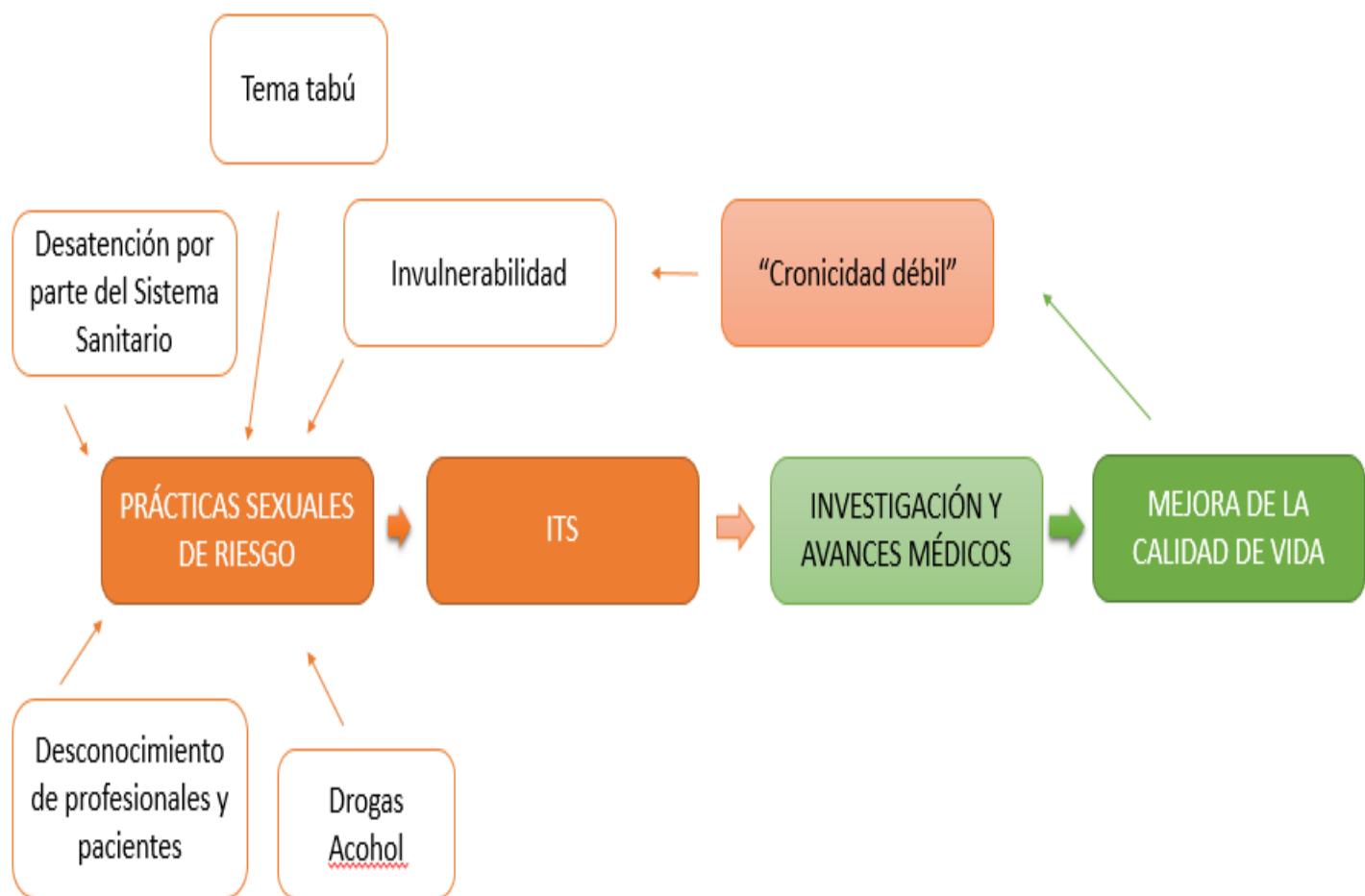
- Facilitar el contacto entre los diferentes Niveles Asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada) para la derivación y captación de pacientes jóvenes y adolescentes que puedan requerir atención en relación con su salud sexual.
- Acercar a la gente joven al Sistema Sanitario e identificar sus necesidades específicas respecto a la Salud Sexual
- Ofrecer una atención integral de Salud Sexual desde Enfermería a jóvenes y adolescentes.
- Educar a adolescentes y jóvenes en Salud Sexual de forma integral, para facilitar la realización de conductas sexuales seguras y la prevención de ITS, proporcionando herramientas para el autocuidado.

A continuación, se describe el diseño del Proyecto de Mejora, así como las intervenciones propuestas, siguiendo el método Plan-Do-Check-Act.

## PLAN – DO

### 1. Identificación del problema

Tras la revisión bibliográfica y la actualización de la información sobre el problema que suponen las ITS y los factores de riesgo que influyen en él, se ha elaborado el siguiente esquema conceptual.



Fuente: Elaboración Propia

## 2. Desarrollo del Plan de Acción

A continuación se describen las intervenciones que forman parte de este proyecto mediante las cuales se pretende facilitar el abordaje de la salud sexual.

### Intervención 1: Captación de pacientes. Comunicación y derivación entre Niveles Asistenciales.

La población joven encuentra dificultades para acercarse al Sistema Sanitario debido, entre otros factores, a la falta de visibilidad del recurso. En algunas comunidades autónomas españolas encontramos una comunicación efectiva y coordinada mientras que, en otras, es inexistente. La coordinación entre niveles asistenciales es una de las funciones del Sistema Nacional de Salud y está demostrado que una buena coordinación entre Atención Primaria (AP) y Atención especializada (AE), así como la comunicación entre profesionales mejora la calidad de la asistencia, reduce los tiempos de espera y capacita a la continuidad de los cuidados. (19-21)

Las consultas de enfermería de Atención Primaria son la puerta de entrada y el nexo entre los pacientes y la unidad asistencial. Es un recurso necesario para la promoción y prevención de las ITS, diagnóstico y seguimiento de las infecciones transmisibles. (8,22)

Se propone una comunicación entre niveles asistenciales que desemboque en la derivación de pacientes con problemas de Salud Sexual a la consulta de enfermería de AP desde la que se realizará su seguimiento y que a su vez derivará, si es necesario, a dichos jóvenes a su médico de AP para el diagnóstico y tratamiento de ITS o a Atención Especializada en caso de que lo requieran.

Los pacientes serán derivados a la Consulta de Enfermería de Atención Primaria desde:

- Servicios de Urgencias de Atención Especializada: pacientes que acuden por motivos de prácticas sexuales de riesgo de transmisión de ITS. La derivación se realizará mediante una hoja interconsulta recogida en el Anexo 2. En esta se deberán reflejar los motivos por los que el paciente acude

al servicio de Urgencias y por los que la enfermera de triaje propone la derivación a la consulta de enfermería de Atención Primaria.

- Consulta de Enfermería Pediátrica de Atención Primaria: a los 14 años, los pacientes serán derivados para una primera visita a la Consulta de Enfermería general donde se evaluará su Salud Sexual.

### Intervención 2: Valoración enfermera

Un tema pendiente en Atención Primaria es la recogida de datos en torno a la Salud Sexual, igual que en otras áreas de salud, la entrevista nos podrá orientar sobre cómo debe ser la actuación con el/la paciente. Numerosos estudios detallan que los jóvenes no perciben un clima de confianza en la asistencia sanitaria por lo que en la valoración inicial y primera entrevista se debe de crear un clima de tranquilidad que aporte confidencialidad y respeto. (8,16,21)

Se propone la inclusión de un apartado de Salud Sexual destinado a la recopilación de datos sobre parejas sexuales, prácticas sexuales, antecedentes y problemas asociados a la sexualidad desde un punto de vista biopsicosocial del paciente. Este registro de enfermería nos permite detectar conductas de riesgo y favorecerá la posibilidad de intervención y prevención.

Previamente se informará al paciente que la valoración se realizará mediante una entrevista con preguntas de respuesta abierta para su Historia Clínica.

Según algunas recomendaciones y guías clínicas, es importante para la realización de la historia sexual en adolescentes y jóvenes, recoger la siguiente información (15,23):

- Existencia de problemas relacionados con la vivencia de la propia sexualidad (conflictos relacionados con la orientación afectivo sexual, falta de conocimientos y/o ideas erróneas, existencia de contactos con redes de apoyo comunitarias).
- Tipos de parejas sexuales.
- Prácticas sexuales de riesgo.

- Drogas y alcohol como factores de riesgo.
- Métodos de prevención de ITS.
- Embarazos y abortos.
- Antecedentes de ITS y situación actual. Antecedentes familiares de ITS
- Información con la que cuenta el paciente sobre ITS y prácticas sexuales
- Evaluación, junto con la persona, del riesgo en las prácticas sexuales.

### Intervención 3: Promoción para el autocuidado en la Salud Sexual.

La juventud puede gestionar su sexualidad si se logran eliminar las carencias informativas y educativas. Los factores que se atribuyen a conductas protectoras son una buena información sobre ITS y su prevención, además de la percepción del riesgo. (21)

Los jóvenes tienen conocimientos sobre el uso del preservativo, sin embargo, es frecuente que no se utilice en las relaciones sexuales. Además, el factor más influyente en las conductas sexuales protectoras es el miedo al embarazo. La educación hacia los métodos barrera desde edades tempranas es la fórmula para conseguir un cambio de conducta y hacer imprescindible el uso del preservativo tanto para prevenir el embarazo no deseado como las ITS. (24)

Otro aspecto importante es la creencia que existe entre los jóvenes de conocer el estado de salud de sus parejas, por apariencia sana, confianza o desconocimiento. Las ITS están infradiagnosticadas por lo que los jóvenes confían en sus parejas sexuales, basándose en creencias que no se corresponden con la realidad de las posibilidades de transmisión de ITS. Algunos métodos como la “marcha atrás” o “coitus interruptus” se utiliza entre los jóvenes como métodos anticonceptivos exponiéndose así al riesgo de transmisión de ITS. Estas situaciones muestran la necesidad de trabajar la percepción del riesgo y el uso del preservativo. (21,24-26)

Enfermería debe hacerse cargo de la educación a los jóvenes en salud sexual fijando como objetivos principales el conocimiento de las ITS, la percepción del riesgo y el uso del preservativo. A continuación, se proponen

una serie de actividades y temas a tratar con el/la paciente para lograr los objetivos.

| <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>TEMAS A TRATAR</b>  |
|---|--|
| <b>Educación en ITS</b>   | Qué son las ITS, mecanismo de transmisión<br>Signos y síntomas de infección (flujo vaginal y uretral anormal, granos, llagas o verrugas en las zonas genitales)  |
| <b>Educación para la percepción del riesgo de ITS</b>   | Explicar el riesgo que supone una práctica sexual sin protección<br>Uso del preservativo (donde conseguirlos, cómo se colocan, comprobación de que este en perfecto estado)<br>Reducir la invulnerabilidad mostrando datos estadísticos de ITS<br>Hablar sobre el doble método (los métodos anticonceptivos orales no eliminan el riesgo de ITS)<br>Higiene personal en las relaciones sexuales<br>Higiene en objetos sexuales que se utilicen |
| <b>Vivencia de la sexualidad y corresponsabilidad en las relaciones sexuales. Aspectos afectivos, valores y sentimientos.</b> | Cómo influye la pareja en las relaciones sexuales<br>Qué propósitos tienen los jóvenes de su sexualidad<br>Qué importante es el sexo en la pareja<br>Relaciones sexuales placenteras y satisfactorias  |

Fuente: Elaboración propia

#### Intervención 4: Pruebas de diagnóstico de ITS

El diagnóstico precoz forma parte de los objetivos de prevención, cuidado y tratamiento. Se deben aumentar las coberturas de las pruebas diagnósticas de VIH y otras ITS para disminuir la fracción no diagnosticada. Se debe de garantizar la confidencialidad y la privacidad del resultado obtenido. Según el Plan Estratégico de prevención y control de la infección por el VIH y otras ITS el diagnóstico precoz es a su vez que costoso, efectivo para reducir la incidencia de ITS. (8)

Enfermería, junto con el personal sanitario de Atención Primaria (Médicos de AP) se encargarán de realizar la derivación para la realización de pruebas de diagnóstico de ITS en pacientes que:

- Acuden por primera vez a la consulta o ha pasado mucho tiempo desde las últimas pruebas.
- Presentan signos o síntomas de infección como pueden ser ulceraciones, picor, escozor o cambio de color en las zonas genitales o flujos vaginales anómalos acompañados de fiebre y signos de infección.
- Aquellos en los que haya evidencia de que existen prácticas de riesgo.

La realización de las pruebas diagnósticas para las diferentes ITS quedan definidas en el Anexo 3.

#### Intervención 5: Seguimiento de los pacientes.

En jóvenes y adolescentes los casos de sífilis y gonococia se multiplican desde el año 2000, la tasa de C. Trachomatis del cérvix es el doble en menores de 20 años que en otros grupos de edad. También destacan la infección del virus del papiloma humano y el Virus del Herpes Simple 1, así como la transmisión del VIH en estos y estas jóvenes.

Ante esta situación, los enfermeros de Atención Primaria serán quienes realicen un seguimiento de la infección, vigilando los síntomas y signos que los jóvenes y adolescentes manifiesten a lo largo del tiempo y derivándolos si es preciso, a la consulta del médico para modificaciones en el tratamiento en caso de que se produzca algún desequilibrio. Se deberán enseñar

técnicas de autocuidado a los pacientes con ITS, la educación hacia el autocuidado en salud sexual e ITS se basa en los siguientes puntos: (21,30,31)

**FACILITAR LA ADHERENCIA AL AUTOCUIDADO.** Se deberá conversar con los pacientes de la importancia de su autocuidado, se les hará responsables del manejo de su enfermedad a través de una comunicación basada en la comprensión del joven que garantice la confidencialidad y el respeto. Se valorará junto con el adolescente la situación social que le rodea y cómo afecta en sus hábitos y sus actividades diarias.

**ADECUADA ADHERENCIA A LA TERAPIA CON MEDICAMENTOS.** Se deberá ayudar al paciente a manejar los medicamentos, las dosis y los horarios de las tomas. El conocimiento de los posibles efectos adversos, de los olvidos y de la adquisición de estos en las farmacias.

**RELACIONES SEXUALES** Abstenerse de tener relaciones sexuales durante todo el tiempo que dure el tratamiento o, en caso de no hacerlo utilizar siempre preservativo para todas las prácticas sexuales.

|   |   |
|---|---|
| <b>BÚSQUEDA ACTIVA DE UN<br/>ESPACIO DE ESCUCHA Y<br/>COMPRENSIÓN</b> | La consulta de enfermería de Atención Primaria será un lugar donde los jóvenes pueden acudir a demanda para solucionar cualquier problema que les surja con el manejo de su enfermedad y su sexualidad. |
| <b>CONSOLIDACIÓN DE HÁBITOS<br/>BENEFICIOSOS DE SALUD</b>             | Higiene, Alimentación y Ejercicio físico.   |

Los enfermeros podrán actualizarse en los tratamientos dirigidos a las ITS en las guías de tratamiento y control de enfermedades de transmisión sexual del Ministerio de Sanidad y de la OMS. (31,32)

**CHECK – ACT:**

Para la evaluación de los resultados obtenidos tras la puesta en marcha del Proyecto de Mejora propuesto, se han elaborado una serie de indicadores:

|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre del Indicador</b>             | <b><u>Tasa de pacientes jóvenes que acuden a la consulta de Enfermería</u></b>   |
| <b>Numerador</b>                        | Número de pacientes jóvenes (entre 14 y 25 años) que acuden a la consulta de enfermería de Atención Primaria por motivo de Salud Sexual.                   |
| <b>Denominador</b>                      | Número de pacientes jóvenes (entre 14 y 25 años) que pertenecen al centro de Atención Primaria.  |
| <b>Fórmula</b>                          | $\left( \frac{\text{Número de pacientes jóvenes con Historia de Salud sexual}}{\text{Número de pacientes jóvenes del Centro de Salud}} \right) \times 100$ |
| <b>Fuente de datos</b>                  | Historias de Salud Sexual registradas en el OMI.   |
| <b>Periodicidad de obtención</b>        | Anual  |
| <b>Comentarios</b>                      | A mayor porcentaje, más éxito obtenido en la captación de pacientes.   |
| <b>Nuevas intervenciones propuestas</b> | Se propone ante un resultado inferior al esperado promover la captación de pacientes desde los centros escolares.  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre del indicador</b>             | <b><u>Tasa de Nuevos diagnósticos de ITS obtenidos tras pruebas de detección</u></b>  |
| <b>Numerador</b>                        | Número de pruebas de ITS positivas en pacientes jóvenes sometidos a diagnóstico   |
| <b>Denominador</b>                      | Total de pruebas de diagnóstico de ITS realizadas   |
| <b>Fórmula</b>                          | $\left( \frac{\text{Nº de pruebas positivas de ITS de pacientes jóvenes sometidos a diagnóstico}}{\text{Total de pruebas de diagnóstico realizadas}} \right) \times 100$  |
| <b>Fuente de datos</b>                  | Datos obtenidos de laboratorio<br>Registro de ITS en el OMI   |
| <b>Periodicidad de la obtención</b>     | Anual   |
| <b>Comentario</b>                       | Un alto porcentaje en pruebas positivas a pesar de suponer un número mayor de pacientes con ITS, es en este caso, un resultado de indicador apreciado positivamente debido a la valoración de la situación de infradiagnóstico. |
| <b>Nuevas intervenciones propuestas</b> | Realización de un número mayor de pruebas diagnósticas y valoración de ITS.   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre del indicador</b>             | <b><u>Tasa de diagnósticos de ITS positivos tras un año de implantación del proyecto de mejora propuesto</u></b>  |
| <b>Numerador</b>                        | Pruebas diagnósticas con resultados positivos en el segundo año de implantación del proyecto.   |
| <b>Denominador</b>                      | Total de pruebas diagnósticas de ITS realizadas en el segundo año de implantación del proyecto.   |
| <b>Fórmula</b>                          | $\left( \frac{\text{Número de diagnósticos positivos de ITS realizadas en el segundo año de implantación del proyecto}}{\text{Número de pruebas diagnósticas de ITS realizadas en el segundo año de implantación del proyecto}} \right) \times 100$                           |
| <b>Fuente de datos</b>                  | Datos obtenidos de laboratorio<br>Registro de ITS en el OMI   |
| <b>Periodicidad de la obtención</b>     | Segundo año de implantación del proyecto de mejora  |
| <b>Comentario</b>                       | Este indicador valorará el de forma positiva (con un bajo porcentaje de tasa obtenido) la promoción de la salud y educación para el autocuidado prestada por el personal de enfermería de la consulta de Atención Primaria  |
| <b>Nuevas intervenciones propuestas</b> | Ante un resultado de porcentaje alto se planteará la formación de los enfermeros en materia de salud sexual mediante programas de salud dedicados a ello. La formación de los profesionales es imprescindible para prestar los cuidados necesarios y una atención de calidad. |

## **CONCLUSIÓN**

La atención de la Salud Sexual y la educación de los jóvenes hacia el autocuidado es una de las tareas de Enfermería en Atención Primaria, por lo que resultaría útil poner en marcha un Proyecto de Mejora de la actuación enfermera en la atención a la Salud Sexual de esta población.

Desde la consulta de enfermería se puede ofrecer una atención integral a la Salud Sexual, puesto que permite valorar las necesidades específicas de los jóvenes, identificar carencias en cuanto a conocimientos, aportar herramientas preventivas, evaluar comportamientos de riesgo sexual y ayudar a incorporar estrategias para la mejora del autocuidado con respecto a su salud sexual.

Además, prestar este servicio supone un acercamiento de la población joven al Sistema Sanitario, atender de forma integral a su Salud Sexual y facilitar el contacto interniveles con el objetivo de reducir problemas relacionados con la Salud Sexual.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Centro de Prensa OMS; 2015 [acceso 5 de marzo de 2016]. Infecciones de transmisión sexual [1]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
2. Andrés P. Las infecciones de transmisión sexual. Pediatr Integral. 2013; 8(3): 185-196
3. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; 2013.
4. Secretaría General de Sanidad. Dirección General de Salud. Ministerio de Sanidad Pública y Sanidad exterior y Política social. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Documento de conclusiones. III Reunión Nacional sobre prevención del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Madrid; 2009.
5. Guías de buena práctica clínica [Internet]. Organización médica colegial de España; 2016 [acceso 10 de marzo de 2016] Guía de buena práctica clínica en Infecciones de transmisión sexual [100]. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/gbpc\\_infecciones\\_transmision\\_sexual.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/gbpc_infecciones_transmision_sexual.pdf)
6. Torres JC. Infecciones de Transmisión Sexual en adolescentes. Epidemiología, Percepción y Conocimiento. Rev Paraninfo digital, 2014: 20.
7. Hernandez P. El resurgir de las infecciones de transmisión sexual. ¿Una nueva epidemia en nuestra sociedad?. Actas Dermosifiliogr, 2016; 107 (3): 175-177.
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sanidad 2015. Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016; 2015.

9. Rojas C, Pastor Y, Esteban-Hernandez J. Ilusión de invulnerabilidad, estereotipos y percepción de control del SIDA en universitarios. *Rev. Iberoamericana de Psicología y Salu.* 2015; 6: 28-38.
10. Santoro P, Conde F. Tipos de problemas de adherencia entre las personas con VIH y tendencias emergentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) resultados de un estudio cualitativo. *Revista multidisciplinar del SIDA.* 2013; 1 (1): 41-58.
11. Moreno S, del Romero J, del Amo J. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Espana: es hora de actuar. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2014; 32(6): 339-340.
12. El periódico [Internet]. Sanidad; 2016 [acceso 24 de abril de 2016]. Ruletas sexuales en Barcelona con un enfermo de sida como invitado de incógnito en la orgía [1]. Disponible en: <http://www.elperiodico.com/es/noticias/sanidad/clinic-grupos-ruleta-sexual-sida-5065168>
13. Consulta de políticas y estrategias de ONUSIDA. Abordaje de las necesidades sanitarias y de tratamiento del VIH de gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Ginebra; 2013.
14. Jacques C, García P, Díez E, Martín S, Cayla J. Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. *Gac Sanit.* 2015; 29 (4): 252-257.
15. Pérez J, Medrano RM, Escudero M, Zulueta C, del Barrio ME, Martínez M. "Consulta Abierta" del adolescente. Proyecto de eliminación de barreras en la accesibilidad a la atención integral. *Rev Paraninfo digital.* 2014;20.
16. Pessagno R. Sin complejos ni vergüenza: historia de la salud sexual. *Nursing.* 2014; 31 (3): 48-52.
17. MSMGF. Cómo desenvolverse en el entorno clínico con hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Guía básica para médicos, personal de enfermería y otros proveedores de atención médica. 2011
18. Mora JR. Guía metodológica para la gestión clínica por procesos: aplicación en las organizaciones de enfermería. 1<sup>a</sup>ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2003.

19. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria [Internet]. Documentos y publicaciones; 2002 [acceso 15 de abril de 2016]. Coordinación entre niveles asistenciales [21]. Disponible en: <http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/pdf/capituloV.pdf>
20. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de Salud. Sistema de Información de Atención Primaria SIAP. 2006.
21. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2011
22. Wong W, Luk C, Kidd MR. Is There a Role for Primary Care Clinicians in Providing Shared Care in HIV Treatment? *Sex Transm Infect.* 2012;88(2):125–31.
23. Lago L, María A, Esteiro P, Pan MM, Bouza T. Una manera diferente de abordar la sexualidad , la contracepción y la prevención de infecciones de transmisión sexual desde la escuela en la Costa da Morte. 2015; 39:137–154.
24. Saura S, Fernandez MJ, Vicens L, Puigvert N, Mascort C, García J. Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Aten Primaria.* 2010; 42(3):143-148.
25. Ministerio de Sanidad y Política Social. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009.
26. Velandia M. Estrategias docentes de enfermería para el abordaje de la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva en adolescentes y jóvenes [Tesis Doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2011.
27. El País [Internet]. Sociedad; 2012 [acceso el 30 de abril de 2016]. Las enfermedades de transmisión sexual se elevan al perderse el miedo al VIH [1]. Disponible en: [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/02/13/actualidad/1329147083\\_794280.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/02/13/actualidad/1329147083_794280.html)
28. Rodriguez A, García B. Infecciones de transmisión sexual en la infancia y adolescencia. *Piel.* 2005;20(7):331-337.

29. González JM. Poniendo otras miradas a la adolescencia Convivir con los riesgos: drogas, violencia, sexualidad y tecnología. Vol 1. Bilbao: Juan Manuel González de Audikana; 2015.
30. Costa M, Filipe R, Carvalho HM. Intervenções de educação sexual em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência. 2013;3(10):125-134.
31. Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid: 2011
32. Organización Mundial de la Salud. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. 2005.

## ANEXO 1

| BASES DE DATOS       | ARTÍCULOS IDENTIFICADOS | CRITERIOS DE EXCLUSIÓN   | ARTÍCULOS ESCOGIDOS |
|----------------------|-------------------------|--|---------------------|
| <b>Cuiden Plus</b>   | 17                      | Población no coincidente   | 8                   |
| <b>Sciencedirect</b> | 12                      | Espacio temporal (2012-2016)<br>Campo de estudio<br>Población no coincidente | 5                   |
|                      | 11                      | Tema no coincidente<br>Campo de estudio                                      | 4                   |
| <b>Pubmed</b>        | 14                      | Tema no coincidente  | 2                   |

## ANEXO 2

### Hoja de derivación interconsulta

Apellidos y nombre del paciente:

Número de Historia:

Petición Enfermera: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Solicitud de Interconsulta: \_\_\_\_\_

Motivo de la consulta:

Firma (enfermera responsable): \_\_\_\_\_

Valoración de Enfermería:

Firma (enfermera responsable): \_\_\_\_\_

## ANEXO 3

Tabla 4. Solicitud de pruebas ante lesiones ulcerosas. Hombres y mujeres

| Tipo de muestra   | Sífilis  | Herpes   | Chancroide  | Donovanosis    | Linfogranuloma venéreo  | Observaciones  |
|---|--|--|---|----------------|---|--|
| Úlcera <sup>1</sup>   | Microscopía campo oscuro o PCR si se encuentra disponible. Inmunofluorescencia directa | Cultivo o detección de ácidos nucleicos, si se encuentra disponible. Inmunofluorescencia directa | Cultivo o detección de ácidos nucleicos, si se encuentra disponible | Microscopía    | IFD, Cultivo o detección de ácidos nucleicos, si se encuentra disponible, aunque está última no es comercial y no está validada | Medio UTM para cultivo virus herpes y C. trachomatis<br><br>La microscopía de campo oscuro y la inmunofluorescencia directa precisa de procesamiento inmediato y personal entrenado<br><br>Se prefiere la inoculación directa de placas de Mueller-Hinton + 5% de sangre lisada para el diagnóstico de chancroide. Si esto no es posible, recoger la muestra en medio Stuart-Amies<br><br>Procesamiento inferior a las 4-6 horas, si no guardar en nevera a 2-8°C en cuyo caso la muestra es válida hasta 24 horas tras su obtención |
| Biopsia   | No recomendado   | No recomendado   | No recomendado  | Microscopía    | IFD, Cultivo o detección de ácidos nucleicos, si se encuentra disponible, aunque está última no es comercial y no está validada | Mismas indicaciones que el apartado anterior   |
| Aspirado de material purulento o de ganglio linfático mediante punción aspiración con aguja fina (PAAF) | Microscopía campo oscuro   | No recomendado   | Cultivo o detección de ácidos nucleicos, si se encuentra disponible | Microscopía    | IFD, Cultivo o detección de ácidos nucleicos, si se encuentra disponible, aunque está última no es comercial y no está validada | Mismas indicaciones que el apartado anterior   |
| Otras:<br>- Saliva<br>- Condiloma lata<br>- Exudado rectal  | Detección de ácidos nucleicos, si se encuentra disponible                              | No recomendado   | No recomendado  | No recomendado | IFD, Cultivo o detección de ácidos nucleicos, si se encuentra disponible, aunque está última no es comercial y no está validada | Mismas indicaciones que el apartado anterior   |
| Suero   | Realizar cribado mediante ELISA anti-lues IgG.   | Serología tipo específica sólo en casos seleccionados.<br>No cribado                             | No recomendado  | No recomendado | Fixación de complemento.<br>Microinmunofluorescencia.<br>Poco útil en enfermedad no invasiva                                    | Venopunción. El suero ha de enviarse en un plazo inferior a 4 horas. Si esto no es posible mantener refrigerado en nevera a 2-8°C  |

<sup>1</sup> Se debe valorar posible sobreinfección por otros microorganismos. Cuando exista sospecha clínica de sobreinfección se recomienda la realización de un cultivo aerobio y otro de hongos para lo cual emplearemos una torunda de dacrón seca con medio Stuart – Amies o semejante. Cuando sea posible la siembra directa de la toma, se sembrará en agar sangre, agar chocolate y agar Sabouraud – Cloranfenicol. Las placas de cultivo se mantendrán a 37 °C y las de agar chocolate además deben mantenerse a 37 °C en una atmósfera con el 5% de CO<sub>2</sub>.

IFD: Inmunofluorescencia directa.

Diagnóstico de laboratorio

Tabla 5. Solicitud de pruebas ante verrugas genitales. Hombres y mujeres

| Pruebas recomendadas:  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Se ha de examinar la piel de la zona anogenital de todos los pacientes que acuden a una consulta de ITS independientemente de su orientación sexual. Esta inspección visual puede ayudarse de una lupa.</li> <li>No se recomienda el tipado de rutina de las lesiones exofíticas.</li> <li>Si existiera duda en el diagnóstico de la lesión (posibilidad de displasia), la biopsia de la misma bajo anestesia local para estudio histológico y detección de virus del papiloma humana mediante detección de ácidos nucleicos y su posterior tipado es justificable.</li> <li>El uso de la prueba del ácido – acético está justificado para el diagnóstico de lesiones subclínicas o como guía para una biopsia.</li> <li>La citología cervical no se recomienda de rutina para mujeres menores de 25 años sin verrugas genitales. Se recomienda realizar la citología cervical una vez al año a las mujeres con verrugas genitales y a las parejas de varones con infección de VPH, mientras persista la infección por VPH; así como la detección del VPH, para el diagnóstico de portadores persistentes de la infección viral.</li> <li>A las mujeres con verrugas exofíticas en el cuello del útero y ante una citología L-SIL o H-SIL o ASCUS, se les debe realizar una colposcopia con biopsia dirigida para descartar un carcinoma in situ previo al tratamiento de las lesiones.</li> <li>La proctoscopia en varones homosexuales está indicada si el paciente presenta síntomas tales como sangrado o irritación anal. El tratamiento de las verrugas visualizadas en el canal anal durante la realización de una proctoscopia por otro motivo, se hará de forma consensuada con el paciente.</li> <li>El examen de la cavidad oral queda relegado para cuando el paciente refiere síntomas a ese nivel.</li> <li>El diagnóstico de infección por virus del papiloma humano en el área anogenital, justifica la necesidad de realizar un protocolo completo de cribado de otras ITS.</li> </ul> |

L-SIL: Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado; H-SIL: Lesión intraepitelial escamosa de alto grado; ASCUS. Células escamosas atípicas de significado incierto

Tabla 2. Solicitud de pruebas en hombres

| Localización de la muestra | Gonorrea       | Clamidia                                 | Uretritis inespecífica <sup>1</sup>  | Tricomonas     | Candida        | Observaciones   |
|----------------------------|----------------|--|--|----------------|----------------|---|
| Uretral <sup>2,3</sup>     | Gram + Cultivo | Detección ácidos nucleicos               | Gram + Cultivo y / o detección de ácidos nucleicos para <i>M. genitalium</i> , <i>M. hominis</i> y <i>U. urealyticum</i> | Cultivo        | No recomendado | Se debe emplear torunda de algodón o dacrón para realizar la toma para cultivo aerobio (gonococo), hongos y tricomonas.<br>Para el cultivo y/o detección de ácidos nucleicos de virus, clamidia y micoplasma se recomiendan torundas de dacrón o alginate cálcico.<br>Si no se siembra directamente la muestra, emplear medio de transporte Stuart-Amies y un medio universal para el transporte de clamidias y virus.<br>El procesamiento de las muestras ha de ser inferior a las 4-6 horas a temperatura ambiente y si esto no es posible, guardar en nevera a 2-8 °C, en cuyo caso la muestra es válida hasta 24 horas tras su obtención. |
| Rectal <sup>4</sup>        | Cultivo        | Cultivo y / o Detección ácidos nucleicos | No recomendado   | No recomendado | No recomendado | Incluir la muestra según las prácticas sexuales del paciente. Mismas indicaciones que para la muestra uretral. Esta muestra no se halla recomendada en caso de hombres heterosexuales   |
| Faringeo <sup>5</sup>      | Cultivo        | Cultivo/PCR                              | No recomendado   | No recomendado | No recomendado | Incluir la muestra según las prácticas sexuales del paciente. Mismas indicaciones que para la muestra uretral.  |

<sup>1</sup> El diagnóstico de uretritis inespecífica se establece por la existencia en la tinción de Gram de más de 5 leucocitos por campo de gran aumento (X1000) cuando la investigación de *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* arroja un resultado negativo. Aunque no está claro su significado clínico, se recomienda el cultivo de micoplasma o la realización de una técnica de detección de ácidos nucleicos mediante PCR de *M. genitalium*, *M. hominis* y *U. urealyticum*.

<sup>2</sup> Como norma general el paciente habrá de permanecer sin orinar entre 2 y 4 horas previamente a la realización de la toma uretral. Para la realización del protocolo de muestras indicado son necesarios los siguientes materiales: 3 torundas uretrales de dacrón. Una de ellas con medio de transporte Stuart – Amies o semejante (para cultivo de gonococo y otros patógenos generales), una segunda para *C. trachomatis*, siendo conveniente emplear una torunda con medio UTM (Universal Transport Medium, Copan, Italy) o similar, aunque siempre se han de seguir las particularidades propias de la técnica y fabricante que emplean en cada laboratorio, y la 3<sup>ra</sup> que servirá para realizar una extensión en un porta para la tinción de gram, y posteriormente, inocular el medio Roiron o Diamond para el cultivo de tricomonas. En caso de que sea posible la siembra directa de la toma se sembrará en agar selectivo para el aislamiento de gonococo (agar GC-LECT o similar). Las placas de cultivo se mantendrán a 37 °C en una atmósfera con el 5% de CO<sub>2</sub>.

<sup>3</sup> Es preferible obtener muestra uretral con torunda a muestra de orina por su mayor sensibilidad, **desaconsejándose el uso rutinario de la orina como muestra para el estudio de una sospecha de ITS**. Su uso queda relegado a: 1) estudio de cribado poblacional, 2) lugares donde no haya laboratorio que pueda hacerse cargo de las muestras con unas mínimas garantías de calidad para su procesamiento adecuado y 3) porque el paciente no tolera un estudio realizado con muestra invasiva. No obstante, hay que puntualizar que en muestras de orina, sólo se admite la indicación de estudio de infección por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* mediante una prueba de detección de ácidos nucleicos.

<sup>4</sup> Para la realización del protocolo de muestras indicado son necesarios los siguientes materiales: 2 torundas de dacrón, ligeramente humedecidas con suero fisiológico. Una de ellas con medio de transporte Stuart – Amies o semejante y otra con medio UTM. En caso de que sea posible la siembra directa de la toma se sembrará en agar selectivo para el aislamiento de gonococo (agar GC-LECT o similar). Las placas de cultivo se mantendrán a 37 °C en una atmósfera con el 5% de CO<sub>2</sub>.

<sup>5</sup> Para la realización del protocolo de muestras indicado son necesarios los siguientes materiales: 2 torundas secas de dacrón. Una de ellas con medio de transporte Stuart – Amies o semejante y otra con medio UTM. En caso de que sea posible la siembra directa de la toma se sembrará en agar sangre, agar Saboraud – Cloranfenicol y agar selectivo para el aislamiento de gonococo (agar GC-LECT o similar). Las placas de cultivo se mantendrán a 37 °C y las de agar chocolate y agar GC-LECT además deben mantenerse a 37 °C en una atmósfera con el 5% de CO<sub>2</sub>.

Tabla 3. Solicitud de pruebas en mujeres

| Localización de la muestra    | Gonorrea       | Clamidia                                 | Vaginosis         | Tricomonas           | Candida                     | VPH  | Observaciones  |
|-------------------------------|----------------|--|-------------------|----------------------|-----------------------------|--|--|
| Uretral <sup>1</sup>          | No recomendado | No recomendado                           | No recomendado    | No recomendado       | No recomendado              | No recomendado   | Sólo recomendada en mujeres que refieran sintomatología compatible con un síndrome uretral   |
| Vaginal <sup>2,3</sup>        | No recomendado | No recomendado                           | Gram + / - Fresco | Cultivo + / - Fresco | Gram + Cultivo + / - Fresco | No recomendado   | Medio Stuart-Amies + Medio Roiron o Diamond para el cultivo de <i>T. vaginalis</i>   |
| Endocervical <sup>4,5,6</sup> | Gram + Cultivo | Detección ácidos nucleicos               | No recomendado    | No recomendado       | No recomendado              | Citología y detección VPH                                  | Medio Stuart-Amies + Medio UTM. Procesamiento inferior a las 4 - 6 horas a temperatura ambiente, si no guardar en nevera a 2 - 8 °C. |
| Rectal <sup>7</sup>           | Cultivo        | Cultivo y / o Detección ácidos nucleicos | No recomendado    | No recomendado       | No recomendado              | Citología líquida en pacientes VIH+ o con cáncer de cérvix | Incluir la muestra según las prácticas sexuales del paciente. Mismas indicaciones que para la muestra uretral.                       |
| Faringeo                      | Cultivo        | Cultivo/PCR                              | No recomendado    | No recomendado       | No recomendado              | No recomendado   | Incluir la muestra según las prácticas sexuales del paciente. Mismas indicaciones que para la muestra uretral.                       |

<sup>1</sup> Seguir procedimiento señalado en la tabla 2 y añadir una muestra de orina para urocultivo.

<sup>2</sup> Para la realización del protocolo de muestras indicado son necesarios los siguientes materiales: 2 torundas secas de dacrón con medio de transporte Stuart – Amies o semejante. En caso de que sea posible la siembra directa de la toma se sembrará en agar sangre, agar chocolate, agar Saboraud – Cloranfenicol y agar selectivo para el aislamiento de gonococo (agar GC-LECT o similar) en caso de que no se realice toma endocervical. Las placas de cultivo se mantendrán a 37 °C y las de agar chocolate y agar GC-LECT además deben mantenerse a 37 °C en una atmósfera con el 5% de CO<sub>2</sub>. Asimismo para el cultivo de tricomonas se inoculará un medio Roiron o Diamond con una de las tomas realizadas.

<sup>3</sup> Si no va a realizarse toma endocervical es aceptable la inclusión de una toma con una torunda de dacrón con medio UTM, para la detección de *C. trachomatis* mediante una prueba de detección de ácidos nucleicos

<sup>4</sup> Para la realización del protocolo de muestras indicado son necesarios los siguientes materiales: 2 torundas endocervicales de dacrón secas. Una de ellas con medio de transporte Stuart – Amies o semejante y otra con medio UTM. Se procederá a la toma endocervical habiendo limpiado previamente, con ayuda de una gasa y unas pinzas, el cuello uterino de restos de flujo vaginal. Cuando sea posible la siembra directa de la toma se sembrará en agar selectivo para el aislamiento de gonococo (agar GC-LECT o similar). Las placas de cultivo se mantendrán a 37 °C en una atmósfera con el 5% de CO<sub>2</sub>.

<sup>5</sup> Es preferible la obtención de muestra endocervical con torunda a la muestra de orina por su mayor sensibilidad, **desaconsejándose el uso rutinario de la orina como muestra para el estudio de una sospecha de ITS**. Su uso queda relegado a: 1) estudio de cribado poblacional, 2) lugares donde no haya laboratorio que pueda hacerse cargo de las muestras con unas mínimas garantías de calidad para su procesamiento adecuado y 3) porque el paciente no tolera un estudio realizado con muestra invasiva. No obstante, hay que puntualizar que en muestras de orina, sólo se admite la indicación de estudio de infección por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* mediante una prueba de detección de ácidos nucleicos.

<sup>6</sup> El diagnóstico de cervicitis inespecífica se establece por la existencia en la tinción de Gram de más de 20-30 leucocitos por campo de gran aumento (X1000). Si esto ocurriera es recomendable añadir a las pruebas ya contempladas en la tabla el cultivo de micoplasma o la realización de una técnica de detección de ácidos nucleicos mediante PCR de *M. genitalium*, *M. hominis* y *U. urealyticum*, especialmente cuando la investigación de *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* arroja un resultado negativo.

<sup>7</sup> Para la realización del protocolo de muestras indicado son necesarios los siguientes materiales: 2 torundas de dacrón, ligeramente humedecidas con suero fisiológico. Una de ellas con medio de transporte Stuart – Amies o semejante y otra con medio UTM. En caso de que sea posible la siembra directa de la toma se sembrará en agar selectivo para el aislamiento de gonococo (agar GC-LECT o similar). Las placas de cultivo se mantendrán a 37 °C en una atmósfera con el 5% de CO<sub>2</sub>.

Fuente: Ver bibliografía 31