



SEXU-TRANSMISIOZKO INFEKZIOEN TRATAMENDUA

AURKIBIDEA

- ▶ SARRERA
- ▶ KONTSULTA ESPEZIALIZATUAK ETA BESTE BALIABIDE BATZUK
- ▶ STiek ERAGINDAKO SINDROME KLINIKOAK
 - Uretritisa eta zerbizitisa
 - Baginosia, bulbobaginitisa, baginitisa
 - Balanitisa eta balanopostitisa
 - Orkidoepididimitisa
 - Ultzeradun gaixotasunak
 - Herpes genitala
 - Sifilisa
 - Txankro biguna (txankroidea)
 - Iztaiko granuloma: donovanosia
 - Linfgranuloma benereoa (LGB)
 - Urdail-hesteetako sindromeak
 - Proktitisa
 - Proktokolitisa
 - Enteritis moderatua
 - Pelbiseko gaixotasun inflamatorioa (PGI), arina edo moderatua
 - Garatxo-gaixotasunak (kondiloma puntazorrotzak)
 - Beste batzuk
 - Gonokozia faringea
 - MPOX-a
- ▶ SEXU ABUSUA EDO ERASOA



SARRERA

Sexu-transmisiozko infekzioak (STI) bakterioek, birusek edo bizkarroiek eragindako infekzioak dira; sexu-harremanen bidez transmititzen dira pertsonen artean, eta gaixotasun karga handia dakarte, haien garrantziagatik nahiz egon daitezkeen konplikazio eta ondorioengatik, batez ere emakumeen kasuan. Hori dela eta, osasun publikoaren lehentasunezko arazotzat hartu behar dira¹.

Mundu mailan, miloi bat pertsonak baino gehiagok harrapatzen dute STI bat egun bakoitzean². 2022-2030era-ko Euskadiko GIB eta STI Plan Estrategikoaren datuek erakusten dutenez, azken 10 urteetan, STIen hazkunde iraunkorra izan da (hor dira *Chlamydia*, herpes genitala, infekzio gonokozikoak eta sifilis goiztiarra), are nabarmenagoa azken lau urteetan (2020-2023)³. Euskadiko informazio mikrobiologikoaren sistemak jasotako datuen arabera, 2023an, *Chlamydia* eragindako infekzio-tasa hauxe izan zen: 100.000 biztanleko 106,93 kasu; infekzio gonokozikoaren tasa: 100.000 biztanleko 79,1 kasu, eta sifilisaren infekzio-tasa: 100.000 biztanleko 14,48 kasu³. Kopuru horiek oso antzekoak dira Espainia osoan⁴. HIESAren kasuan, laurogeita hamarrek hamarkadan hartu zuen beheranzko joerak horrela jarraitzen du^{3,5}.

Hazkunde horren arrazoiak heterogeneoak dira eta barruan hartzen dituzte bai faktore biologikoak, bai jarrera edo egitura faktoreak, besteak beste: sexu-harreman eta sexu-bikotekide gehiago izatea, sexu-jarrerak aldatu izana, sexu-harremanak izaten goiz hastea, arrisku portaerak maizago praktikatzea, preserbatiboa gutxiago erabiltzea edo babesik eza aho-sexuan, eta sexu-hezkuntza eta STIei buruzko informazio zehatzik ez izatea¹.

Biztanlerian STIak ez dira era homogeneoan banatzen; haien eredu epidemiologikoa eta hazkunderako arrazoiak askotarikoak izaten dira: STIak maizago gertatzen dira gizonezkoekin sexu-harremana duten gizonezkoen artean (GSG) eta 15-24 urteko gazteen artean, izan ere 4 STI kasutik 1 talde horietan gertatzen da⁶. Are gehiago, Bilbao-Basurtuko ESlak berriki egindako azterketa batek erakutsi duenez, STI batzuek duten prebalentzia altuagoa da nerabeen artean (14-18 urte) 19 urte edo gehiagokoen artean dutena baino⁷. Horregatik, STIak izan daitezke biztanleriaren jarrera- eta gizarte-aldaketen markatzaile sentikorra. Beraz, oso garrantzitsua da informazio zehatza ematea STIen prebentzioari, transmisioari, sintomei eta tratamenduei buruz, betiere adinera, testuinguru soziokulturalera eta sexu-praktiketara egokitu¹.

INFAC buletin hau lehen mailako eremuan helduengan, haurdunak barne, eman daitezkeen hainbat STIen tratamendu farmakologikoari buruzkoa da batez ere. Berez, 2009. urtean argitaratutako ale baten eguneratzea da, eta indarrean diren gida klinikoen gomendioak ditu oinarri; gure inguruneke epidemiologiaren eta antibiotikoekiko sentikortasunaren arabera egokitutakoak. Ez dira hemen jasotzen, ez hepatitisak, ez GIB/HIESA, ez beste infekzio batzuk, adibidez, pedikulosia edo sarna.

KONTSULTA ESPEZIALIZATUAK ETA BESTE BALIABIDE BATZUK

Ondoren ageri diren tauletan STIen inguruko kontsulta espezializatuei buruzko informazioa jaso da, bai eta herritarrentzat baliagarri izan daitezkeen baliabideetarako estekak ere.

1. taula. STIetan espezializatutako kontsultak

Kontsulta	Helbidea	Kontaktua
STI Gasteizko kontsulta	Arabako Unibertsitate Ospitalea/Txagorritxu	667 15 83 86 (Deitu 12:00etatik 14:00etara)
STI Bilboko kontsulta	Bombero Etxaniz osasun-zentroa	94 600 69 69 (Ahal bada, 8:00etatik 11:00etara deitu)
STI Donostiako kontsulta	Donostiako Unibertsitate Ospitalea	943 00 64 64
	Gaixotasun Infekziosoen Zerbitzua	943 00 70 06
	Donostiako Unibertsitate Ospitalea Mikrobiologiako Zerbitzua	943 00 70 46
STI Mendaroko kontsulta	Mendaroko Ospitalea	943 03 28 45

2. taula. STIen inguruko baliabideak

Baliabidea	Kontaktua/Esteka
GSGentzako kontsulta birtuala	Galdetegia (Osakidetza)
HIESAri buruzko informazioa/kontsultak	secresida@osakidetza.eus

Baliabidea	Kontaktua/Esteka
Osasun Eskola	Ondorengo STIei buruzko informazioa lortzeko estekak: GIB/Hiesa, sifilisa, gonorrea edo infekzio gonokozikoa, klamidia, ZHB, GPB eta trikomoniasia GIB eta sexu-transmisiozko infekzioak - STI - Osasun Eskola
GIB proba egiteko Osakidetzako zentro espezifikoak	GIB proba egiteko Osakidetzako zentro espezifikoak - Osasun Eskola (euskadi.eus)
GIB eta sifiliserako test azkarra egin daitekeen farmaziak	GIB test azkarra egin daitekeen farmaziak - Osasun Eskola (euskadi.eus)
GIB proba egin daitekeen GKEak	GIB test azkarra egin daitekeen GKEak - Osasun Eskola (euskadi.eus)
GIB eta beste STI batzuk prebenitzeko gazteei zuzenduriko kanpaina nazionala (2024)	https://www.sanidad.gob.es/campanas/campanas24/prevencionVIH_ITS_Jovenes.htm
SEFAPen infografia:	Candidiasis o vaginosis bacteriana, ¿qué tengo?
i-botika fitxa	Onddoek eragindako infekzioei aurre egiteko baginatik barrenako botikak

GSG: Gizonezkoekin sexu-harremana duten gizonezkoak. ZHB: Zoster Herpesaren Birusa. GPB: Giza Papilomaren Birusa. GKE: Gobernu Kanpoko Erakundea.

STIek ERAGINDAKO SINDROME KLINIKOAK

Tratamendu farmakologikoa ezarri aurretik, garrantzitsua da STIen azterketa egokia egitea⁸⁻¹⁰. Horretarako, honako hauek egin beharko dira:

- Diagnostiko egokia egin beharko da, ahal izanez gero, **sindrome klinikoaren eta lagin-bilketa zuzen-
duaren bidez**.
- **Ziurtatu beti beste patogeno batzuekiko koinfekziorik ez dagoela**. STI bat izateak beste bat hartzeko arriskua areagotzen du; beraz, infekzio bat diagnostikatuz gero, egoki diren azterketak egin beharko dira besteren bat ote dagoen ikusteko, besteak beste: GIBak eragindako infekzioa, hepatitis a eta sifilisa de-
tektatzeko serologiak eta sexu-praktikaren arabera lagin-bilketa (faringeko/baginako/umetoki-lepoko/
uzkiko laginak).
- Pazienteak izan dituen **sexu-kontaktuak bilatu** behar dira, transmisio-katea apurtzeko.
- Sexu-osasunari buruzko **hezkuntza** eskaini behar zaie gazteei nahiz helduei.
- Prebentzio neurri gisa, **barrera-metodoak** erabili behar dira (aho-sexuan ere bai). Preserbatiboa da STIak
prebenitzen dituen metodo antikonzeptibo bakarra. Kasu batzuetan, baliteke preserbatiboak erabat ez
babestea (preserbatiboak estaltzen ez dituen eremuekin kontaktuak).
- Adierazi Beharreko Gaixotasunaren **berri eman** (ABG) (ikusi laukia).

Nola eman STI baten berri Osabide Globalean

STI batzuk Adierazi Beharreko Gaixotasunak (ABG) dira: B eta C hepatitis a, *Chlamydia trachomatis* eragindako infekzioa, infekzio gonokozikoa, GIB/HIESA eragindako infekzioa, linfogranuloma benereoa, sifilisa, sortzetiko sifilisa. Osabide Globalean, prozesu diagnostikoa kodifikatzean leiho bat irekitzen da dena delako NABGaren berri emateko.

EDO Adierazi beharreko gaixotasuna

EDO izena: Sifilisa (Sortzetiko sifilisa baztertuta)

EDO kodea: A510 Sifilis genital primario
genitaleko sifilis primario

Diagnostikoa: SIFILIS GENITAL PRIMARIA

Sintomak hasi ziren eguna: 15/01/2025 Kasu bakan bat da? No

Pazientearen ikasketa-zentroa/lantokia/erakundea:

Oharrak:

Oro har, aldi batez **sexu-harremanik ez izateko** gomendatzen da, antibiotikoen tratamendua amaitu arte edo dosi bakarreko tratamendutik astebete pasatu arte, sintomak desagertu badira eta sexu-bikotekideak aztertu eta tratatu badira¹¹.

URETRITISA ETA ZERBIZITISA

Definizioa/klinika: uretritis uretrako zorne-jarioarekin, mukozornetsu edo zornetsua, (% 80), edo disuriarekin (% 50) azaltzen den sindromea da, baina asintomatikoa izan daiteke, batez ere, emakumeen kasuan; zerbizitisa, berriz, umetoki-lepoko hanturarekin azaltzen da, eta asintomatikoa izaten da askotan^{12,13}.

Etiologia askotarikoa da, era askotako patogenoak tarteko: *Neisseria gonorrhoeae* (% 25), *Chlamydia trachomatis* (% 15-55), *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium* (% 10-40), *Trichomonas vaginalis* (% 4) eta gutxiagotan agertzen diren beste batzuk (*Haemophilus spp*, enterobakterioak, herpes sinplea)¹². Urethritis kasuen % 25ean, gutxi gorabehera, ez da etiologia argirik aurkitzen; beraz, aintzat hartu beharreko diagnostikoa da, sexualki aktibo diren eta gernu-klinika eta gernuaren kultiboa negatiboak dituzten pertsonen kasuan^{12,14}. Ingurune batzuetan, kasuen ehuneko garrantzitsu bat etiologia mistikoa dela antzeman da, *Chlamydia-gonokokoa*¹².

Tratamendu farmakologikoa: ikusi 3. taula.

Jarraipena: *Chlamydia*: tratamenduaren ondoren 3 hilabete pasa direnean, kontrola egingo da, sintomak desagertu direla eta berrinfekziorik ez dagoela ziurtatzeko^{14,15}. Haurdunen kasuan edo lehen aukerako tratamendu edo alternatiboa egin ez den kasuetan, kontrola tratamendua amaitu eta handik 3 astera egiteko gomendatzen da^{12,14}. Ez errepikatu PCRa 4 aste pasa baino lehen, positibo faltsuaren arriskua dago eta¹⁴.

Sexu-bikotekideak¹²: sintomak hasi aurreko 60 egunetan izandako sexu-kontaktu guztiak aztertu eta tratatu behar dira, asintomatikoak barne, eta azken kontaktua 60 egun baino lehenagokoa bada, hura ere bai; epe hori 6 hilabete artekoa izan daiteke urethritis ez-gonokoziko asintomatikoa duten gizonezkoen bikoteen kasuan.

Sexu-harremanik ez izateko aholkatu behar zaie pazienteei, haiek eta bikotekideek tratamendua amaitu eta asintomatikoak direla ziurtatu arte.

3. taula. Uretritiserako eta zerbizitiserako tratamendua, patogenoaren arabera^{11,12,14,16-18}

Biztanleria orokorra	Haurdunaldia
Uretritisaren maneiatze enpirikoa	
Aukerakoa: - Zeftriaxona* 500 mg MB, DB + Doxiziklina 100 mg/12 orduro ahotik, 7 egunez Alternatiba: Terapia betetzeko zailtasunik badago: - Zeftriaxona* 500 mg MB, DB + Azitromizina 1 g ahotik, DB MB zeftriaxona ez badago edo kontraindikaturik bada: - Zefixima, 800 mg, ahotik, DB + Doxiziklina 100 mg/12 orduro ahotik, 7 egunez (aho bidezko tratamenduaren kasuan, sendatze-testa egin).	Aukerakoa: - Zeftriaxona* 500 mg MB, DB + Azitromizina 1 g ahotik, DB
<i>Chlamydia trachomatis</i>. ABG	
Aukerakoa: - Doxiziklina 100 mg/12 orduro ahotik, 7 egunez Alternatiba: - Azitromizina 1 g ahotik, DB	Aukerakoa: - Azitromizina 1 g ahotik, DB
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>. ABG	
Aukerakoa: - Zeftriaxona* 500 mg MB, DB Alergia egonez gero: - Gentamizina 240 mg MB, DB + Azitromizina 2 g ahotik, DB (tolerantzia digestiboa hobetzeko, aukera dago 1 g/12 orduro hartzeko)	Aukerakoa: - Zeftriaxona* 500 mg MB, DB

Biztanleria orokorra	Haurdunaldia
Alternatiba: MB zeftriaxona eskura ez badago edo kontraindikatu bada: - Zefixima 800 mg ahotik, DB	Alternatiba: MB zeftriaxona eskura ez badago edo kontraindikatu bada: - Zefixima 800 mg ahotik, DB
<i>Trichomonas vaginalis</i>	
Aukerakoa: - Metronidazola 500 mg/12 orduko ahotik, 7 egunez (emakumezkoak) - Tinidazola 2 g ahotik, edo Metronidazola 2 g ahotik**, DB (gizonezkoak)	Aukerakoa: Metronidazola 500 mg/12 orduko ahotik, 7 egunez
Alternatiba: - Metronidazola 4 g/eguneko ahotik***, 3-5 egunez - Tinidazola 2 g ahotik, DB	
<i>Ureaplasma urealiticum</i>	
Kolonizatzailea da eta emakumezkoen antibiogrametan ez da jakinarazten. Hala ere, uretritisa eragin dezake, bereziki gizonezko gazteen artean; beraz, uretritiserako beste eragilerik aurkitu ez den pertsona sintomatikoaren kasuan bakarrik aholkatzen da tratamendua.	
Aukerakoa: - Doxiziklina 100 mg/12 orduko ahotik, 7 egunez	
Alternatiba: - Azitromizina 1 g ahotik, DB	
<i>Mycoplasma genitalium</i>	
Klinika urogenitala egonez gero baino ez da tratatzen.	Aukerakoa: - Azitromizina 1 g ahotik, 1. egunean, eta 500 mg 2. egunetik 4.era
Aukerakoa: - Azitromizina 500 mg ahotik, 1. egunean, eta 250 mg 2. egunetik 5.era	
Alternatiba: - Moxifloxazinoa 400 mg/24 orduko ahotik, 5-7 egunez	
<i>Urethritis, zerbizitis erreplikakorrek edo iraunkorrek</i>	
Berrinfekzioa susmatuz gero —tratatu gabeko bikotekideak infektatua—, kultiboa egin eta tratamendu bera aplikatu. Iraunkortasuna susmatuz gero ez tratatu, laginak hartu eta aztertu STIen edo eremu bakoitzeko erreferentziako Mikrobiologiako kontsultara bidaltzea.	

* Ospitale-diagnostikoa, ikuskaritzaren oniritzia behar du. MB: muskulu barneko. DB: dosi bakarra. **Metronidazola 2 g, ahotik=250 mg-ko 8 konprimatu. ***Metronidazola 4 g, ahotik=250 mg-ko 16 konprimatu. ^PRANen gidan gonokokoak tratatzeko azitromizina zefalosporinarekin batera erabiltzeko gomendatzen da. Euskadin ez da gomendatzen gonokokoek azitromizinarekiko erresistentzia handitu dutelako.

BAGINOSIA, BULBOBAGINITISA, BAGINITISA

Definizioa/klinika: bulbobaginitisa baginaren mukosaren eta bulbako larruazalaren hantura da, eta baginako zorne-jario aldatuarekin, azkurarekin edo erresuminarekin azaltzen da¹⁹. Arrazoi ohikoenak infekziosoak izaten dira: bakterioengatiko baginosisia, kandidiasia bulbobaginala eta trikomoniasia. Bulbobaginitis infekziosoaren artean, trikomoniasia baino ez dira STItzat hartzen. Bulbobaginitis kasuen % 5-10 ez-infekziosoak dira eta barruan hartzen dituzte arrazoi atrofikoak, narritagarriak eta alergikoak.

Tratamendu farmakologikoa: ikusi 4. taula.

Jarraipena ^{8,12,14}: trikomoniasien kasuan, 3 hilabete pasa eta gero, kontrol-testa egiteko gomendatzen da. Trikomoniasi errepikakorren kasuan, terapia betetzen dela ziurtatu beharko da eta tratatu gabeko sexu-bikotekideak berriro infektatu ote duen aztertu. Bakterioengatiko baginosiaren kasuan, 4 aste pasa eta gero tratamenduaren ondorengo kontrola egin behar zaie haurdun sintomatikoek.

Sexu-bikotekideak: trikomoniasien kasuan, beti tratatu behar dira diagnostikoaren aurreko 4 asteetan izan diren sexu-bikotekideak, tratamendu bera baliatuz. Gizonezkoa izanez gero, nahikoa da dosi bakarreko tratamendua. Baginosiaren eta kandidiasi bulbobaginalaren kasuan, ez da gomendatzen bikotekide asintomatikoak tratatzea.

Oharrak: saihestu baginako dutxak (pelbiseko gaixotasun inflamatoriorako arriskua), dutxarako gelak eta agente antiseptikoak. Ez dago laktobaziloen edo azido laktikoa duten prestakinen erabilera bermatzeko daturik. Trikomoniasien kasuan, ez izan sexu harremanik, harik eta tratamendua amaitu, sintomak desagertu eta sexu-bikotekideak tratatuak izan arte.

Osakidetzak berriki egin du [Sintoma bulbobaginalen kasuan jarduteko protokoloa](#) erizainek balia dezaten.

4. taula. Trikomoniasirako, baginosirako eta kandidiasi bulbobaginalerako tratamendua, patogeno eragilearen arabera ^{9,11,12,20}

TRIKOMONIASIA (<i>Trichomonas vaginalis</i>)		
Biztanleria orokorra	Haurdunaldia	GIB duen pazienteak
Aukerakoa: - Metronidazola 500 mg/12 orduro ahotik, 7 egunez Alternatiba: - Tinidazola 2 g ahotik, DB ERREPIKAPENAK Aukerakoa: - Metronidazola 500 mg/12 orduro ahotik, 7 egunez Alternatiba (berriro errepikatzen bada): - Metronidazola 2 g/24 orduro ahotik*, 5-7 egunez - Tinidazola 2 g/24 orduro ahotik, 5-7 egunez - Metronidazola 750 mg/8 orduro ahotik, 7 egunez	Aukerakoa: - Metronidazola 500 mg/12 orduro ahotik, 7 egunez	Aukerakoa: - Metronidazola 500 mg/12 orduro ahotik, 7 egunez
Oharrak		
- Metronidazol topikoak ez du funtzionatzen erreserborioa uretra delako.		
BAKTERIOENGATIKO BAGINOSIA (<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Prevotella spp</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Mobiluncus spp</i>)		
Biztanleria orokorra	Haurdunaldia	
Bakarrak tratatu emakumeak sintomatikoak badira edo maniobra inbaditzailea egin behar bazaie.	Haurdun sintomatikoak baino ez tratatu. Ez dago nahiko ebidentziarik erditze goiztiarreko arriskua duten haurdun asintomatikoak tratatzeko. Indikatua dago <i>Gardnerella</i> tratatzeko, erditze aurreko frotis kasuetan (haurdunaldiaren 36-37 asteko frotisa).	
Aukerakoa: - Klindamizina 100 mg, obulu baginala, oheratzerakoan, 3 egunez - Klindamizina krema % 2, 5 g baginatik, oheratzerakoan, 7 egunez - Metronidazola 500 mg/12 orduro ahotik, 5-7 egunez		
Alternatiba: - Dekualinio kloruroa 10 mg/24 orduro, konprimatu baginala, 6 egunez		
Errepikapenak	Alternatiba alergia dagoenerako:	
- Metronidazola 500 mg/12 orduro ahotik, 10-14 egunez	- Klindamizina 300 mg/12 orduro ahotik, 7 egunez - Klindamizina baginala, ez da gomendatzen lehenengo hiruhilekoan, bai bigarrenean eta hirugarrenean.	

Oharrak	
- Klindamizinazko krema oinarri oliotsua duen krema da eta eragina izan dezake preserbatiboen eta diafragmen eraginkortasunean, hura erabili eta 5 egun pasatu arte. - Kremak, konprimatuak eta obulu baginalak: hilekoarekin egonez gero, tratamenduari ez ekiteko gomendatzen da. Tratamendua amaitua egon behar da hilekoa hasi baino lehen. - Dekualinio kloruroa: tratamendua eten egin behar da hilekoa hasiz gero, eta hilekoa amaitutakoan tratamenduarekin jarraitu.	
KANDIDIASI BULBOBAGINALA (<i>Candida albicans</i> (% 80-90), <i>C. glabrata</i> , <i>C. tropicalis</i> , <i>C.krusei</i> , <i>C. parapsilosis</i>)	
Biztanleria orokorra	Haurdunaldia
Sintomatikoak baino ez tratatu.	
Aukerakoa: - Klotrimazola % 2, krema baginala, 5 g/eguneko, 3 egunez - Klotrimazola 500 mg, kapsula edo konprimatu baginala, DB edo 200 mg-ko konprimatu baginala**, oheratzerakoan, 3 egunez - Flukonazola 150 mg ahotik, DB	Aukerakoa: - Klotrimazola % 2, krema baginala, 5 g/eguneko, 7 egunez - Klotrimazola 100 mg-ko konprimatu baginala eguneko, 7 egunez Haurdunaldiaren azken 4 - 6 asteetan, aplikagailua ez erabiltzeko gomendatzen da eta, ondorioz, krema baginala erabili beharrean konprimatu baginalak erabiltzeko gomendatzen da, atzamarrarekin zuzenean sar daitezke eta.
Errepikapenak	Alternatiba:
Aukerakoa: - Indukzioa: Flukonazola 150 mg ahotik, 3 dosi 3 egun bereizietan hartzeko (1., 4. eta 7. egunean) - Mantentzea: Flukonazola 150 mg ahotik, astean behin, 6 hilabetez	- Mikonazola, krema % 2, 5 g eguneko, 7 egunez - Mikonazola, krema % 4, 5 g eguneko, 3 egunez
Alternatiba: - Aldizkako tratamendu topikoak - Klotrimazola, 500 mg-ko konprimatu baginala, 1 asteko, 10-14 eguneko tratamendu topikoa amaitu eta gero	
KONPLIKATUA (gertakari errepikakorrak edo larriak, <i>C. Albicans</i> espeziekoak ez diren espezieek eragindakoak, hiperestrogenismoa duten emakumeen kasuan edo immunodeprimitutakoetan)	
Aukerakoa: - Flukonazola 150 mg ahotik, 2 dosi, 1. eta 4. egunean - Ketokonazola 400 mg/24 orduko obulu baginalak, 7-14 egunez	
Alternatiba (errepikakorra): - Azido borikoa 600 mg obulu baginalak, oheratzerakoan, 14 egunez. Finantzatutako FM.	
Oharrak	
- Konplikaziorik gabeko kandidiasi bulbobaginalerako, ahotik hartzeko tratamenduak tratamendu topikoak bezain eraginkorrak izaten dira. Bata edo bestea aukeratuko da pazientearen nahia, kostua-onura oreka edo kalte ondorioen aurrekariak aintzat hartuta. - Tratamendu topikoa: garbitu eta lehortu ondoren, bulbaren eta perineoaren inguruko zainketak egin. Hilekoarekin egonez gero, tratamenduari ez ekiteko gomendatzen da. Tratamendua amaitua egon behar da hilekoa hasi baino lehen. - <i>C. glabrata</i>: flukonazolekiko erresistentea da. Iraupen luzeko tratamendua gomendatzen da (14 egunekoa). - <i>C. krusei</i>: flukonazolekiko erresistentea da. - Baginarako azoleek preserbatiboak kaltetu ditzakete eta narritadura bulbobaginala eragin, zaindu beharko baita sintomek irauten badute. - Klotrimazol-krema: erabili bitartean, ez jarri tanpoirik, ez hartu bagina barruko dutxarik eta ez aplikatu espermizidarik edo beste produktu baginalik. Latexeko produktuen eraginkortasuna eta segurtasuna murriztu dezake, adibidez, kondoiarena eta diafragmarena, genitalen inguruan aplikatzen denean (emakumeen kasuan, baginaren barruan, ezpainen eta bulbaren inguruetan; gizonen kasuan, zakilaren prepuzioan eta glandean).	

DB: dosi bakarra. *Metronidazola 2 g, ahotik=250 mg-ko 8 konprimatu. **200 mg, konprimatu baginala=100 mg-ko 2 konprimatu baginal. FM: formula magistrala.

BALANITISA ETA BALANOPOSTITISA

Definizioa/klinika: balanitisa glandearen hantura da, eta prepuzioari ere eragiten dionean, balanopostitisa deitzen zaio. Orokorrean, zerikusia du higie-ne faltarekin —erda-induta ez dauden pertsonen kasuan—, diabetes mellitusarekin, ukipen-alergiarekin —preserbatiboentzako lurrin, xaboi eta lubrikatzaile batzuetan dauden substantzia kimiko narritatzaileengatik— eta kasuen % 10 sexu-transmisioaren ondorio da. Horretarako joera erakusten duten beste faktore batzuk dira gehiegizko higie-ne, infekzioak, automedikazio topikoa edo traumatismoak¹².

Agente etiologiko nagusia *Candida* da eta beste hauek ere eragin dezakete: *Trichomonas spp*, estreptokokoek, estafilokokoek, *Gardnerella* eta birusek.

Tratamendua: ikusi 5. taula.

Sexu-bikotekideak: trikomoniasi kasuetan, beti tratatu sexu-bikotekideak.

Oharrak: ez izan sexu harremanik harik eta tratamendua amaitu arte. Kandidiasiarene kasuan, ur gaziarekin eta emolienteekin garbitzeko gomendatzen da. Xaboiak saihestu behar dira hanturak irauteen duen bitartean.

5. taula. Balanitiserako eta balanopostitiserako tratamendua, patogeno eragilearen arabera^{9,12}

Biztanleria orokorra	Oharrak
KANDIDIASIA	
Aukerakoa: - Klotrimazola % 1 krema, 1 aplikazio/12 orduro, 7 egunez - Mikonazola % 2 topikoa, 1 edo 2 aplikazio/eguneko, 7 egunez - Flukonazola 150 mg ahotik, DB	- Sintoma larriko kandidiasia: ziurtatu ez dela Reiter-en sindromeari loturiko balanitis zirtzinatua eta zelula plasmatico ez-infekziosoei loturiko balanitisa, zeinak loturiko infekzioa badago, % 1eko hidrokortisonaren kremari —1 aplikazio/12 orduro— eta tratamendu espezifikolari erantzuten baitio.
Hantura badago: - Imidazol topikoa + Hidrokortisona % 1 topikoa	
Sintoma larriak egonez gero	
Aukerakoa: - Flukonazola 150 mg ahotik, DB	
Hantura badago: - Imidazol topikoa + Hidrokortisona % 1 topikoa	
TRIKOMONIASIA (<i>Trichomonas spp</i>)	
Aukerakoa: - Metronidazola 2 g ahotik*, DB - Metronidazola 500 mg/12 orduro ahotik, 7 egunez	Metronidazol topikoak ez du funtzionatzen erreserborioa uretra delako.
Alternatiba: - Tinidazola 2 g ahotik, DB	
AEROBIOAK	
Aukerakoa: - Germen eragilearen arabera	
Tratamendu enpirikoa: - Azido fusidikoa % 2 topikoa aplikazio bat/8 orduro, 7 egunez	

*Metronidazola 2 g, ahotik=250 mg-ko 8 konprimatu.

ORKIDOEPIDIDIMITISA

Definizioa/klinika: barrabiletako eta epididimoko hanturarekin eta minarekin azaltzen da, eta, batzuetan, abdomeneraino zabaltzen da⁹. Bakterioengatiko epididimitisaren kasuan, sukarra, goragaleak eta gernuko sintomak —uretrako zorne-jaiorekin edo gabe— ere ager daitezke.

Etiologia askotarikoa da. 35 urte baino gutxiagokoen kasuan, STlekin lotzen da eta kasuen bi herenetan *Neisseria gonorrhoea*arekin edo *Chlamydia trachomatis*ekin. 35 urtetik goragokoen kasuan, haien % 75 gerruko enterobakterio eta patogenoei egozten zaizkio (*E. coli*).

Tratamendua: ikusi 6. taula.

Jarraipena: STI: beste STI batzuk egoteko posibilitatea aztertu. STIa izan daitekeela uste bada eta 3 egunen buruan hobekuntzarik ez badago, tratamendua berriro ebaluatzeko gomendatzen da.

Sexu-bikotekideak: STIa badago, oro har, aurreko 2 hilabeteetan izan diren sexu-bikotekideak tratatzeko gomendatzen da^{9,12,21}, hala ere, denbora tarte hori aldatu egingo da patogenoaren arabera²².

Oharrak: neurri orokorrak dira ohean atsedena hartzea, barrabil-babesa erabiltzea, hotza aplikatzea inguruan eta minarako tratamendua hartzea (analgesikoak edo AIEEak)^{9,12}. Pazienteak eta haren sexu-bikotekideek tratamendua amaitu arte, sexu harremanik ez izateko gomendatzen da.

6. taula. Orkidoepididimitiserako tratamendua, patogeno eragilearen arabera^{12,14,23}

Chlamydia edo gonokokoak eragindako STIaren susmoa. ABG	
Biztanleria orokorra	Oharrak
Aukerakoa: - Zeftriaxona* 500 mg MB, DB + Doxiziklina 100 mg/12 orduro ahotik, 10 egunez	Tratamendu enpirikoa hasteko gomendatzen da, laborategiko behin betiko diagnostikoa ezagutu aurretik. Konfirmatzeko proba diagnostikoak egin, nahiz eta uretrako zorne-jariorik ez egon. Proba azkarrak daude (2 ordu) gonokokoak eta <i>Chlamydia</i> diagnostikatzeko eta Mikrobiologian eska daitezke, beharren arabera.
Alternatiba (alergia zefalosporinei): - Ofloxazinoa 200 mg/12 orduro ahotik, 14 egunez	
Chlamydia edo gonokokoak eta jatorri enterikoko bakterioek eragindako STIen susmoa (GSG). ABG	
Aukerakoa: - Zeftriaxona* 500 mg MB, DB + Lebofloxazinoa 500 mg/24 orduro ahotik, 10 egunez	Tratamendu enpirikoa hasteko gomendatzen da, laborategiko behin betiko diagnostikoa ezagutu aurretik. Aztertu toki-erresistentzien eredia, tratamendu antibiotikoa aukeratzeko orduan (FK).
Alternatiba (alergia zefalosporinei): - Ofloxazinoa 200 mg/12 orduro ahotik, 14 egunez	
STIen susmoa badago (jatorri enterikoa). Gehienetan ABG (<i>E. coli</i> , ...)	
Aukerakoa: - Zefixima 400 mg/12-24 orduro, ahotik, 14 egunez - Ziprofloxazinoa 500 mg/12 orduro, ahotik, 10-14 egunez	Aztertu toki-erresistentzien eredia, tratamendu antibiotikoa aukeratzeko orduan. Area batean <i>E. coli</i> FKari dion erresistentzia % 20koa baino txikiagoa denean, ziprofloxazinoa da aukerako tratamenduetako bat.

*Ospitale-diagnostikoa, ikuskaritzaren oniritzia behar du. MB: muskulu barneko. FK: fluorkinolonak.

ULTZERADUN GAIXOTASUNAK

Herpes genitala

Definizioa/klinika: 1 eta 2 motako Herpes Simplearen Birusak (HBS-1 eta HBS-2) eragindako gaixotasun biral kronikoa da. Ultzera genitalen eragile nagusia da gure ingurunean. Herpes genital errepikakorren kasuen jatorria HBS-2a izaten da gehienetan, baina lehenengo agerpenen % 50en baino gehiagoren jatorria HBS-1a izaten da.

Infektatu asintomatikoen kopurua handia da; are gehiago, herpes genitalaren transmisioa, kasu gehienetan, asintomatikoen barreiaduraren ondorio da.

Gainera, herpes genitalaren lehenengo infekzioa, HBS-1a jatorri duena bereziki, bifokala da eta faringeko minarekin batera gertatzen da (amigdalitisaren susmoa)¹².

Tratamendua: gertakari larrien tratamendua eraginkorragoa da prodromoan eta klinika agertzen den lehen egunean aplikatzen bada. Tratamenduak klinikaren iraupena eta errepikapenen larritasuna murrizten du. Ikusi 7. taula.

Jarraipena: 5-7 egunean jarraipena egingo da eta terapiarekin jarraituko da lesio berriak agertzen badira.

Sexu-bikotekideak: bikotekide sintomatikoak tratatu⁸.

Oharrak^{12,19,24}:

- Tratamendu goiztiarra hasi gaixotasuna susmatuz gero (klinika hasten denetik 48-72 ordu bitartean).
- Pazienteari jakinarazi, aldi asintomatikoetan zehar, iraizpen biralaren eta errepikapenen arriskua dagoela, batez ere, infekzioaren jatorria HBS-2a bada eta lehenengo gertakaritik 12 hilabetera bitartean.
- Sexu-kontakturik ez izateko gomendatzen da.
- Preserbatiboa erabiltzeko gomendatzen da, nahiz eta babes mugatua izan.
- Gertakari larrientzako gomendioa: garbiketak gatz-serumarekin eta kobre edo zink sulfatoko soluzio lehortzaileez bustiriko fomentuekin (formula magistral ez finantzatuak). Aztertu analgesikoak ahotik hartzeko aukera.

7. taula. Herpes genitalerako tratamendua^{11,12,14,25}

Herpes genitalaren lehen gertakaria. ABG	
Biztanleria orokorra	Haurdunaldia
Aukerakoa: - Aziklobirra 400 mg/8 orduro ahotik*, 7-10 egunez - Balaziklobirra 1 g/12 orduro ahotik, 7-10 egunez	Aukerakoa: - Aziklobirra 400 mg/8 orduro ahotik*, 7-10 egunez - Balaziklobirra 1 g/12 orduro ahotik, 7-10 egunez
Alternatiba: - Famziklobirra 250 mg/8 orduro ahotik, 7-10 egunez	
Oharrak	
- Aho bidezko tratamendua eraginkorragoa da klinika hasten denetik hurrengo 48-72 orduetan aplikatzen bada. Tratamendua hasi eta 10 egunetan sendatu ezean, tratamendua luza daiteke. - Ahotik hartzeko tratamendu antibirala eraginkorragoa da topikoa baino. Ahotik hartzeko tratamendua eta topikoa batera aplikatzeak ez du onura gehigarriak erakutsi.	
Herpes genitalaren errepikapenak. ABG	
Biztanleria orokorra	Haurdunaldia
Gertakari larriak	
Aukerakoa: - Aziklobirra 800 mg/8 orduro ahotik, 2 egunez - Aziklobirra 800 mg/12 orduro ahotik, 5 egunez - Famziklobirra 1 g/12 orduro ahotik, egun batez - Balaziklobirra 500 mg/12 orduro ahotik, 3 egunez - Balaziklobirra 1 g/eguneko ahotik, 5 egunez - Famziklobirra 125 mg/12 orduro ahotik, 5 egunez	Aukerakoa: - Aziklobirra 800 mg/8 orduro ahotik, 2 egunez - Aziklobirra 800 mg/12 orduro ahotik, 5 egunez - Balaziklobirra 500 mg/12 orduro ahotik, 3 egunez - Balaziklobirra 1 g/eguneko ahotik, 5 egunez
Alternatiba: - Aziklobirra 400 mg/8 orduro ahotik*, 3-5 egunez - Balaziklobirra 1 g/eguneko ahotik, 5 egunez	
Ezabatze-terapia	
Kasu hauetan: urtean > 6 gertakari daudenean, konplikazio nabarmenak daudenean —6 gertakari baino gutxiago egon arren—, bizi-kalitatean eragin nabarmena, disfuntzio sexuala eta soziala dagoenean edo haurdun dagoen bikotekideari transmititzeko arriskua murrizteko beharra.	Lesio genitala duten haurdun guztiei 36. astean daudenean. - Aziklobirra 400 mg/8 orduro ahotik*, 36. astetik erditzea abiarazi arte - Balaziklobirra 500 mg/12 orduro, 36. astetik erditzea abiarazi arte
Aukerakoa: - Aziklobirra 400 mg/12 orduro ahotik*, 6-12 hilabetez - Aziklobirra 200 mg/6 orduro ahotik, 6-12 hilabetez - Balaziklobirra 500 mg/eguneko ahotik, 6-12 hilabetez. Baldin eta >10 errepikapen/urteko: Balaziklobirra 1 g/24 orduro, 6-12 hilabetez - Famziklobirra 250 mg/12 orduro ahotik, 6-12 hilabetez	

Oharrak
- Ezabatze-terapia: denbora zehatz batez etenik ez duen tratamendua da, errezidiben maiztasuna murrizten eta HBS-1 eta HBS-2 birusen transmisio genitalaren arriskua eraginkortasunez apaltzen du. Timidin-kinasaren mutazioengatiko erresistentzien garapenarekin lotu daiteke terapia hau.
Herpes genitala eta GIB. ABG
Lehenengo gertakaria
Aukerakoa: - Aziklobirra 400 mg*, 4 orduko tarteetan, gaueko dosia kenduta, ahotik, 7-10 egunez - Famziklobirra 500 mg/12 orduko ahotik, 10 egunez - Balaziklobirra 1 g/12 orduko ahotik, 10 egunez
Gertakari errepikakor larriak
Aukerakoa: - Aziklobirra 400 mg/8 orduko ahotik*, 5-10 egunez - Famziklobirra 500 mg/12 orduko ahotik, 5-10 egunez - Balaziklobirra 1 g/12 orduko ahotik, 5-10 egunez
Ezabatze-terapia
Aukerakoa: - Aziklobirra 400-800 mg/8-12 orduko ahotik*, 6-12 hilabetez - Balaziklobirra 500 mg/12 orduko ahotik, 6-12 hilabetez - Famziklobirra 500 mg/12 orduko ahotik, 6-12 hilabetez

* Aziklobirra 400 mg, ahotik=200 mg-ko 2 konprimatu.

Sifilisa

Definizioa/klinika: *Treponema pallidum* eragindako infekzio sistemikoa, sexu-kontaktua dagoenean mukosaren bidez transmititu eta gorputzean zehar barreiatzen da, eta organo guztiei eragin diezaieke¹⁹.

Sifilis primarioa ultzera bat da, kasuen heren batean baino gutxiagotan minik gabeko adenopatia erregional batekin agertzen dena (txankro sifilitiko). **Sifilis sekundarioa** egoera bakteriemikoa da, loturik dagoena lesio mukokutaneo orokortuei eta adenopatia orokortuei. Egoera honen ondoren latentzia aldi bat egoten da (**sifilis latentea**), urte asko irauten duen infekzio subklinikoaz, denboraren poderioz **sifilis tertziario edo berantiar** bihurtuko dena tratatu gabeko kasuen % 30ean^{12,19}.

Nerbio sistema zentralaren (NSZ) erasana edozein estadiotan gerta daiteke. Begien edo belarrien erasana edozein estadiotan gerta daiteke, baina, normalean fase goiztiarretan gertatzen da¹¹.

Sortzetiko sifilisa: amak haurdunaldian zehar tratamendurik hartzen ez badu, fetua hil egin daiteke edo umea larriki gaixo jaio (sortzetiko sifilisa). Jaioberrien eta bularreko haurren kasuan, agerpenak larruazalean izaten dira (ahurren eta oin-plantan penfigoa, sifilide makulopapulosoak, burusoiltasuna buru-azalean eta bekainetan, eta abar), mukosetan (koriza sifilitikoa), erraietan (hepatoespenomegalia), hezurretan (osteokondritis), eta aldi berantiar batean Hutchinson-en triada (Hutchinson-en hortzak, keratitisa eta gorreria)¹⁰.

Tratamendua: ikusi 8. taula.

Jarraipena: kontroleko proba serologikoen maiztasuna aldatuko da sifilis primarioa, sekundarioa edo latentea den arabera²².

Sexu-bikotekideak: ultzera hasi aurreko 90 egunetan sexu-bikotekide izan direnak ere tratatu behar dira¹². Sifilis latente berantiarra edo bilakaera ezezagunekoa duten pazienteen kasuan, klinika aztertu eta azterketa serologikoa egin tratamendu mota erabakitze¹⁴.

Oharrak^{8,10,12}:

- Sexu-kontakturik ez izateko gomendatu, gutxienez, astebetez tratamendua amaitu eta sintomak desagertu direnetik. Sexu-harremanetan babesa erabili, egiaztapen serologikoa izan arte.
- Pazienteei jakinarazi behar zaie tratamendua hasi eta lehenengo 24 orduetan ager daitezkeen Jarisch-Herxheimer erreazioaren sintomak zeintzuk diren eta, horiek agertuz gero, nola jardun behar duten. Sintoma horiek dira: hipotentsioa, hotzikarak, diaforesia, buruko mina, goragaleak, mialgiak eta larruazaleko lesioen larriagotzea.

- Pazienteak aztertu behar dira koinfekzioa egon daitekeelako GBlarekin, eta beste STI batzuk ez daudela ziurtatzeko (*Chlamydia*, gonokokoia eta abar).
- Haurdunen kasuan, transmisio bertikala edozein momentutan gerta daiteke eta aukera gehiago dago infekzioaren estadio goiztiarretan gertatzeko.
- Sifilisa eduki izanak ez du esan nahi berriro ez dela izango.

8 taula. Sifiliserako tratamendua^{12,26}

<i>Treponema pallidum</i> . ABG	
Sifilis primarioa, sekundarioa, latente goiztiarra (<urtebeteko bilakaera)	
Biztanleria orokorra	Haurdunaldia
Aukerakoa: - Penizilina G benzatina 2,4 x 10 ⁶ NU MB, DB	Aukerakoa: - Penizilina G benzatina 2,4 x 10 ⁶ NU MB, DB lehenengo eta bigarren hiruilekoan. Hirugarren hiruilekoan, lehenengo dositik astebetera bigarren dosi bat gehitu.
Alternatiba: - Doxiziklina 100 mg/12 orduro ahotik, 14 egunez - Betalaktamikoei alergia dagoela susmatuz gero, aztertu egin beharko da.	Alergia egonez gero: - Betalaktamikoei alergia izanez gero (edozein susmo aztertu behar da): penizilinarekiko desentsibilizatu eta harekin tratatu. - Penizilina erabili ezin bada: Zeftriaxona* 1 g/eguneko MB, 10-14 egunez.
Sifilis latente berantiarra eta tertziarioa, kronologia ezezagunekoa eta asintomatikokoa	
Biztanleria orokorra	Haurdunaldia
Aukerakoa: - Penizilina G benzatina 2,4 x 10 ⁶ NU MB astean behin, 3 astez. Paziente batek dosi bat hartzen ez badu eta aurreko dositik 14 egun baino gehiago pasatu badira, berriro hasi beharko du tratamendua.	Aukerakoa: - Penizilina G benzatina 2,4 x 10 ⁶ NU MB, astean behin, 3 astez
Alternatiba: - Doxiziklina 100 mg/12 orduro ahotik, 28 egunez - Betalaktamikoei alergia dagoela susmatuz gero, aztertu egin beharko da.	Alternatiba: - Betalaktamikoei alergia izanez gero (edozein susmo aztertu behar da): penizilinarekiko desentsibilizatu eta harekin tratatu. - Penizilina ezin bada erabili: Eritromizina 500 mg/6 orduro ahotik, 30 egunez.

* Ospitale-diagnostikoa, ikuskaritzaren oniritzia behar du. MB: muskulu barneko. DB: dosi bakarra. NU: nazioarteko unitate.

Txankro biguna (txankroidea)

Definizioa/klinika: gure inguruan gutxi ikusten den STIa da; papula bat agertzen da, azkar bilakatzen da pustula eta, gero, ultzera, bakarra edo aniztuna, biguna edo mingarria, gehienetan genitalen inguruan, baina beste toki batzuetan ere ikusi izan dira. Kasuen % 50 ultzera aniztunak dira (diagnostiko bereizgarria HBS infekzioaz)¹¹. Ohikoa da beste STIlekiko koinfekzioa, eta GIBaren transmisio-arriskua areagotzen da. Koinfekzioa ere egon daiteke beste hauekin: *T. Pallidum* eta HBS¹⁰.

Tratamendua: ikusi 9. taula.

Jarraipena: tratamendua hasi eta 3-7 egunera berrikusi. Ultzerak sintomatikoki hobetu ohi dira terapiaren ondoren 3 egun pasa eta gero, eta, objektiboki, 7 egun pasa eta gero. Erabat sendatzeko hartuko den denbora alda daiteke tamainaren arabera; ultzera handiek 2 aste har ditzakete eta adenopatiek, 2 edo 3 aste gehiago^{8,21,27}.

Sexu-bikotekideak: sintomak hasi aurreko 10 egunetan izan diren sexu-bikotekideen azterketa egin eta tratatu¹².

Oharrak^{12,21}:

- Sexu-kontakturik ez izateko gomendatu, tratamendua amaitu eta erabat sendatu arte.

- Testa egin behar da GIBaren eta sifilisaren infekzioa ote dagoen aztertzeko.
- Fluktuatzen duten iztaiko adenopatiak edo 5 cm baino gehiagokoak drainatu egin behar dira ziztada xurgatzaileaz edo ebakidura kirurgikoaz.

9. taula. Txankro bigunerako tratamendua^{12,14}

<i>Haemophilus ducreyi</i>	
Biztanleria orokorra	Haurdunaldia
Aukerakoa: - Azitromizina 1 g ahotik, DB	Aukerakoa: - Zeftriaxona* 250 mg MB, DB
Alternatiba: - Zeftriaxona* 250 mg MB, DB - Eritromizina 500 mg/6 orduro ahotik, 7 egunez - Ziprofloxacina 500 mg/12 orduro ahotik, 3 egunez	Alternatiba: - Eritromizina 500 mg/6 orduro ahotik, 7 egunez
GIB: Baliteke tratamendu luzeagoak behar izatea. Estu monitorizatu, terapiak huts egiteko aukera handiagoa dago eta.	

* Ospitale-diagnostikoa, ikuskaritzaren oniritzia behar du. MB: muskulu barneko. DB: dosi bakarra.

Iztaiko granuloma: donovanosia

Definizioa/klinika: STI hau eragiten du *Klebsiella granulomatis*ak, lehenago *Calymmatobacterium granulomatis* deitua, eta Europan ez da ohikoa; tropikoko inguruneetan, berriz, ezagunagoa da¹⁰. Oso baskularizatuak dauden eta minik ematen ez duten ultzera genital progresiboekin azaltzen da, adenopatia erregionalik gabekoak¹².

Tratamendua: ikusi 10. taula.

Jarraipena: lesioak erabat sendatu arte luzatu behar da tratamendua, gutxienez hiru astez, errejidiba saihesteko²¹.

Sexu-bikotekideak: sintomak hasi aurreko 60 egunetan izan diren sexu-kontaktuak tratatu¹².

Oharrak^{10,12}:

- Ultzera genitaleatik odol jariora erraz ateratzen bada, GIBari loturiko infekzioen arriskua areagotzen da eta GIBaren probak egitea aztertu behar da kasu guztietarako, bai eta sifilisarenak ere.
- Itxuraz eraginkorra izan den terapia baten ondoren, 6 eta 18 hilabetera bitartera birgaixotzea gerta daiteke.

10. taula. Iztaiko granulomarako tratamendua: donovanosia^{12,20}

<i>Klebsiella (Calymmatobacterium) granulomatis</i>	
Biztanleria orokorra eta GIB dutenak	Haurdunaldia
Aukerakoa: - Azitromizina 1 g/astean behin ahotik, 21 egunez	Aukerakoa: - Azitromizina 1 g/astean behin ahotik, 21 egunez - Eritromizina 500 mg/6 orduro ahotik, 21 egunez
Alternatiba: - Doxiziklina 100 mg/12 orduro ahotik, 21 egunez - Ziprofloxacina 750 mg/12 orduro ahotik, 21 egunez - Eritromizina 500 mg/6 orduro ahotik, 21 egunez - Trimetropima/Sulfametoxazola 160/800 mg/12 orduro ahotik, 21 egunez	
Oharrak	
- Trimetropima/Sulfametoxazola: arreta berezia izan hiperkaliemia eragiten duten botikak hartzen dituzten pazienteekin.	

Linfogranuloma benereoa (LGB)

Definizioa/klinika: *Chlamydia trachomatis* L1, L2 eta L3 serotipoek eragindako STIa. Kasuen % 94,4 gi-zonezkoengan gertatzen dira, bereziki GSGengan^{8,10}.

Tratamendua: ikusi 11. taula.

Jarraipena: sintomak desagertu arte (3-6 aste)^{8,12}.

Sexu-bikotekideak: sintomak hasi aurreko 60 egunetan izan diren sexu-kontaktuak tratatu^{8,12}.

Oharrak^{8,12}:

- Ez izan sexu-kontakturik lesio guztiak orbaindu arte.
- Batzuetan zenbait tratamendu ziklo behar izaten dira, antibiotikoak txandakatuz.

11. taula. Linfogranuloma benereorako tratamendua^{12,14}

Chlamydia trachomatis (L1, L2, L3 serotipoak). ABG	
Biztanleria orokorra	Haurdunaldia
Aukerakoa: - Doxiziklina 100 mg/12 orduro ahotik, 21 egunez - Azitromizina 1 g/astean behin ahotik, 21 egunez	Aukerakoa: - Eritromizina 500 mg/6 orduro ahotik, 21 egunez - Azitromizina 1 g/astean behin ahotik, 21 egunez
Alternatiba: - Eritromizina 500 mg/6 orduro ahotik, 21 egunez	

URDAIL-HESTEETAKO SINDROMEAK

Proktitisa

Definizioa/klinika: ondestearen mukosaren hantura (azken 10-12 cm); uzki-ondestetako minarekin, tenesmoarekin, mukiekin gorozkietan edo ondesteko odoljarioarekin azal daiteke. Kutsatzeko bidea uzki-sexua izaten da.

Agente etiologiko ohikoenak dira: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* (L1, L2 eta L3 serotipoak barne), *Treponema pallidum* eta HBS.

Klinika aldatuko da patogenoaren arabera:

N. gonorrhoeae: sintomak ez dira zehatzak (uzkiko pruritoa edo erresumina, jariatze mukosoa, hematikoa edo zornetsua).

C. trachomatis: klinika akutua da, odoljarioa, tenesmoa, idorreria eta sukarra sortzen dituen ultzerarekin azaltzen dena; fistulak eta kolon eta ondestetako estenosi kronikoa ere sor ditzake (klinikak LGB serotipoen susmoa erakusten du), tratatu ezean, bide sistemikoaz barreiatu daiteke.

T. pallidum: asintomatikoa izaten ohi da uzki-ondesteetako aldean; batzuetan, uzki inguruko txankroa egon daiteke, gehienetan, minik gabekoa, eta iztaiko adenopatiak.

HBS: uzkiari eta uzki inguruari erasaten dio, eta baba edo ultzera multzoekin azaltzen da, zeinek min handia, prurito, erremina, etengabeko tenesmoa eta minaren ondoriozko idorrerirako joera eragiten baitute, bai eta sukarra eta erasan orokorra ere¹⁰.

Tratamendua: analgesikoak ahotik hartzeko aukera aztertu¹⁰ eta tratamendu enpirikoa abiarazi. Eragilea gonokokoa izanez gero, tratamendu eraginkorrak transmititzeko gaitasuna eteten du ordu gutxi batzuetan. Ikusi 12. taula.

Jarraipena^{12,14}:

Gonokoko edo *Chlamydia*: tratamendua amaitu eta 3 hilabetera kontrola egin.

C. trachomatis (L1, L2 eta L3 serotipoak): jarraipena egin eta antibiotikoekin tratatu lesioak desagertu arte (3-6 astez).

HBS: HBSa isola daiteke lehenengo lesio genitalak agertzen direnetik bi astetik zazpi atera. Lesio errepikakorren kasuan, infekzio-gaitasuna laburragoa izaten da, eta, normalean, bost egun pasa eta gero, birusa ez da agertzen;

hala ere, bai infekzio primarioak, bai errepikakorrek asintomatikoak izan daitezke eta pazienteari jakinarazi behar zaio irazpen biralerako arriskua dagoela aldi horietan, batez ere, HBS-2ak eragindako infekzioaren kasuetan eta lehenengo infekziotik hurrengo 12 hilabeteetan zehar. Ezabatze-terapiaren irizpideak betez gero, gomendatzen da terapiarekin 6 hilabetetik urtebetera bitartean jarraitzeko eta, ondoren, errepikapenen maiztasuna aztertze-ko. Tratamenduan zehar errepikapenak egonez gero, dosia igotzeko gomendatzen da.

Sexu-bikotekideak^{10,12}: kontaktuak bilatzeko aldia aldatuko da agente patogenoaren arabera.

Neisseria gonorrhoeae: paziente sintomatikoaren diagnostikoaren aurreko 2 asteetan eta, asintomatikoaren kasuan, azken bikotea izan zenetik, diagnostikoaren aurreko 12 asteetan.

Chlamydia trachomatis (L1, L2 eta L3 serotipoak): sintomak hasi aurreko 4 asteetan eta diagnostikoaren aurreko 6 hilabeteetan paziente asintomatikoaren kasuan.

Gonokokoa eta *Chlamydia* paziente asintomatikoaren uzko laginetan ere antzematen dira eta berdin tratatu behar dira.

Treponema pallidum: sintomak hasi aurreko 90 egunetan.

HBS: ez dago gomendio zehatzik, kontaktuek sintomak izan ezean.

Oharrak¹²:

- *Neisseria gonorrhoeae*: kutsakortasunak hilabeteak iraun dezake tratatu ezean.
- *Chlamydia trachomatis*: ez izan sexu-harremanik harik eta pazientearen eta haren gaur egungo sexu-bikotekideen tratamendua amaitu arte (dosi bakarra hartu eta 7 egun pasa arte edo antibiotikoa hartzen amaitu arte) edo sintomarik ez izan arte.
- HBS: gatz-serumarekin garbitu. Aztertu analgesikoak ahotik hartzeko aukera. Sexu-kontakturik ez izan fase akutuan. Preserbatiboa erabiltzeko gomendatzen da, izan ere, asintomatikoek transmititu dezakete.
- *Treponema pallidum*: sexu-kontakturik ez izateko gomendatzen da, gutxienez, tratamendua amaitu eta astebete pasa arte, eta sintomarik ez badago. Sexu-harremanetan babesa erabili, egiaztapen serologikoa izan arte.

12. taula. Proktitiserako tratamendua, patogeno eragilearen arabera^{11,12}

Tratamendu enpirikoa	
Biztanleria orokorra	Haurdunaldia
Aukerakoa: - Zeftriaxona* 500 mg MB, DB + Doxiziklina 100 mg/12 orduro ahotik, 7 egunez	Aukerakoa: - Zeftriaxona* 500 mg MB, DB + Azitromizina 1 g ahotik DB
Alternatiba: Terapia betetzeko zailtasunik egonez gero: - Zeftriaxona* 500 mg MB, DB + Azitromizina 1 g ahotik, DB MB zeftriaxona eskura ez badago edo kontraindikaturia bada: - Zefixima 800 mg ahotik, DB + Doxiziklina 100 mg/12 orduro ahotik, 7 egunez (aho bidezko tratamenduaren kasuan, sendatze-testa egin).	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (ikusi 3. taula)	
<i>Chlamydia trachomatis</i> (ikusi 3. taula)	
<i>Herpes Simplearen Birusa</i> (ikusi 7. taula)	
<i>Treponema pallidum</i>. Sifilis primarioa, sekundarioa eta latente goiztiarra (urtebeteko baino gutxiagoko bilakaera) (ikusi 8. taula)	
LGB (<i>Chlamydia trachomatis</i> L1, L2, L3) (ikusi 11. taula)	

* Ospitale-diagnostikoa. Ikuskaritzaren oniritzia behar du. MB: muskulu barneko. DB: dosi bakarra.

Proktokolitisa

Definizioa/klinika: ondesteko eta koloneko mukosaren hantura, uzko 12 cm-ra zabaltzen dena. Proktitisaren sintomei gehitzen zaizkie beheko odoltsuak, mina, distentsioa eta arranja abdominalak, sukarra eta ongiez orokorra. Kutsatzeko bidea uzkoia edo ahokoa izan daiteke.

Agente etiologiko ohikoenak dira: *Campylobacter spp*, *Shigella spp*, *Entamoeba histolytica*. Arraroak dira (nahiz eta gero eta ohikoagoak diren) *Chlamydia trachomatis* delakoaren LGB serotipoak. GIBaren eraginpean dauden pazienteen kasuan, zitomegalobirusak eta beste oportunistak batzuk ager daitezke¹².

Tratamendua: ikusi 13. taula.

Jarraipena: LGB: jarraipena egin eta antibiotikoekin tratatu lesioen sendatze klinikora arte (3-6 astez)¹².

Sexu-bikotekideak: *Chlamydiaren* kasuan, sintomak hasi aurreko 60 egunetan izandakoak¹⁴.

Oharrak: patogeno enterikoen kasuan, elikagaiak ez manipulatzeko eta haurrak edo ospitalean dauden edo zaugarriak diren pazienteei arretarik ez emateko gomendatzen da, gorozkien edo ondesteko materialaren bi lagin jarraituek —tratamendu antimikrobianoa amaitu eta 48 ordu pasa ondoren hartutakoak— negatibo eman arte (gutxienez 24 ordu pasatu behar dira lagin-bilketa batetik bestera)^{10,12}.

13. taula. Proktokolitiserako tratamendua, patogeno eragilearen arabera^{12,21,28,29}

Campylobacter spp eta Shigella spp	
Biztanleria orokorra	Haurdunaldia
Aukerakoa: - Azitromizina 500 mg/24 orduro ahotik, 3 egunez - Eritromizina 500 mg/6 orduro ahotik, 7 egunez	- Azitromizina 1 g ahotik, DB, edo 500 mg/eguneko, 3 egunez
Alternatiba: - Ziprofloxazinoa 500 mg/12 orduro ahotik, 5 egunez*	
Entamoeba histolytica	
Aukerakoa: - Paromomizina 500 mg/8 orduro ahotik, 7 egunez	Aukerakoa: - Paromomizina 500 mg/8 orduro ahotik, 7 egunez
LGB (Chlamydia trachomatis L1, L2, L3) (ikusi 11. taula)	

* *Campylobacter spp* delakoak erresistentzia handia du kinolonekiko, beraz, jarraipen estua egin.

Enteritis moderatua¹²

Definizioa/klinika: heste meharrari eragiten dion hantura (duodenoa, jeiunoa eta ileona), gehienetan behe-rakoarekin eta arranpa abdominalekin azaltzen da, proktitisaren edo proktokolitiseraren sintomarik gabe. Kutsatzeko bidea aho- eta uzki-sexua izaten da.

Osasuntsu dauden pertsonen kasuan, patogenorik ohikoena da *Giardia duodenalis* (lehenago *G. lamblia* deitua) eta GIBarekin infektatuta dauden pazienteen kasuan edo immunodeprimituen kasuan, patogeno oportunistak —*Cryptosporidium spp*, zitomegalobirusak eta abar— izan daitezke jatorria.

Tratamendua: ikusi 14. taula.

Sexu-bikotekideak: urdail-hesteetako gaixotasunaren agerraldi bat izaten denean GSGen kasuan, pentsatzekoa da sexu bidez barreiatu dela.

Oharrak: neurri enterikoak hartuko dira tratamenduarekin amaitu arte (proktokolitisa ikusi). Kutsakortasunak infekzioak dirauen bitartean gertatzen da, hots, zenbait hilabetez.

14. taula. Enteritis moderaturako tratamendua^{11,12,21,30}

<i>Giardia duodenalis</i> (lehenago <i>G. lamblia</i>)	
Biztanleria orokorra	Haurdunaldia
Aukerakoa: - Metronidazola 250 mg/8 orduro ahotik, 5 egunez - Tinidazola 2 g ahotik, DB	Aukerakoa: - Paromomizina 500 mg/8 orduro ahotik, 7 egunez
Alternatiba: - Albendazola 400 mg/24 orduro ahotik, 5 egunez	

PELBISEKO GAIXOTASUN INFLAMATORIOA (PGI), ARINA EDO MODERATUA

Definizioa/klinika: emakumeen goiko traktu genitaleko hantura eta infekzioa (umetokia, tronpa eta obuluak), gehituta hauetako edozeinen konbinazioa: endometritisa, salpingitisa, abzesu tubo-obarikoak eta pelbiperitonitisa. Goranzko bideaz hartzen da, baginako floratik edo endozerbikaletik. Bilakaera asintomatikoa izan dezake, baina kasuen % 5-10ean bilakabide larria izaten du. Konplikazioak ekar ditzake, besteak beste, ernalezintasuna arrazoi tubarikoagatik, haurdunaldi ektopikoa edo min pelbiko kronikoa¹².

Agerpen kliniko garrantzitsuenak izaten dira min pelbikoa (alde bakarrekkoa, iraunkorra edo aldizkakoa), dispareunia, hilekoaren asaldurak, sexu harremanen ondorengo odoljariora eta sukarra. Seinale garrantzitsuenak dira mina mugikortasun zerbikalean, anexuetako mina edo umetokikoa eta sukarra¹².

Arrisku faktoreak: tratatu gabeko STIen aurrekariak, 25 urte izan baino lehenagoko sexu-harremanak, sexu-bikotekide bat baino gehiago izatea, babesik gabeko sexua praktikatzea, dutxa baginalak, umetoki barneko gailua eramatea hura jarri ondorengo 3 asteetan, umetokiaren legratuko aurrekariak, aurretiazko PGIaren aurrekariak^{10,31}.

Agente etiologiko ohikoenak dira: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, Gram koko positiboak, Gram bazilo negatiboak eta bakterio anaerobikoak. Batzuetan, infekzioak etiologia mistokoak izaten dira: gonokoko-*Chlamydia*.

Tratamendua: diagnostikoa egitea zaila denez eta emakumearen ernaltzeari ekar diezaiokeen kalte posiblea aintzat hartu behar denez, PGI dagoela susmatuz gero, tratamendu goiztiarra aplikatu behar da (ikus 15. taula) eta emakumea haurdun ez dagoela ziurtatu³¹. Haurdunaldia eta Monif eskalako III-V graduko PGI bideratze- eta ospitaleratze-irizpideak dira¹².

Jarraipena: paziente berrir ebaluatu 48-72 ordu pasatakoan. 72 ordu pasatakoan onbideratzeko seinalerik ematen ez badu, ospitaleratze eskatu. GIBagatiko infekziorik ez dagoela ziurtatu beharko da.

Sexu-bikotekideak: sexu-kontaktuak bilatu eta gonokokoa, *Chlamydia* eta GIBak eragindako infekziorik ez dagoela ziurtatu. Baheketa ezin bada egin, gonokokoa eta *Chlamydia*¹² sendatzen dituen tratamendua aplikatu da.

Oharrak: ez izan sexu-harremanik lehenengo pazienteak tratamendua amaitu arte. Barrerako metodo anti-kontzeptiboak erabili.

15. taula. Pelbiseko gaixotasun inflamatorio arin edo moderaturako tratamendua (salpingitis akutua, pelbiperitonitisarekin edo gabe), lehen mailako arretan^{11,12,21}

Pelbiseko gaixotasun inflamatorio arina edo moderatua (salpingitis akutua pelbiperitonitisarekin edo gabe)	
Biztanleria orokorra	Haurdunaldia
Aukerakoa: - Zeftriaxona 500 mg MB, DB + Doxiziklina 100 mg/12 orduro ahotik, 14 egunez + Metronidazola 500 mg/12 orduro ahotik, 14 egunez	Bideratu eta ospitaleratu
Alternatiba: MB zeftriaxona eskura ez badago edo kontraindikatu bada: - Zefixima 800 mg ahotik, DB + Doxiziklina 100 mg/12 orduro ahotik, 14 egunez + Metronidazola 500 mg/12 orduro ahotik, 14 egunez	
Penizilinei alergia egonez gero: - Ofloxazina 400 mg/12 orduro ahotik, 14 egunez + Metronidazola 500 mg/12 orduro ahotik, 14 egunez	

GARATXO-GAIXOTASUNAK (KONDILOMA PUNTAZORROTZAK)

Definizioa/klinika: garatxo genitalak edo kondiloma puntazorrotzak tumore genital onberak dira, bakarrak edo anizkunak, eta Giza Papilomaren Birus (GPB) mota batzuek eragiten dituzte¹⁰. Kanpoko genitalan agertzen ohi dira (zakila, bulba, barrabil-zorroa, perineoa eta uzki ingurua), baina zerbixean, baginan, uretran, uzkian eta ahoan ere ager daitezke⁸. Kasuen % 90 GPBaren 6. eta 11. motek eragindakoak izaten dira, zeinak arrisku txikikotzat jotzen baitira. Edozein sexu-kontakturen bidez transmititzen da eta kutsatzeko gaitasun oso handia du¹⁰. Are gehiago, GPBaren bidezko STIa ohikoena da munduan zehar³². Kutsatzea ohikoagoa izaten da sexu-jardueraren lehenengo urteetan. Inkubazio aldia 3 aste eta 8 hilabete artekoa izaten da, baina 18

hilabetera edo gehiagora hel daiteke^{10,12}. Kasu gehienak asintomatikoak dira eta berez osatzen dira, arrisku handiko serotipoek neoplasiak eragin baditzakete ere^{10,12,32}.

Tratamendua: tratamendua aukeratzeko orduan, lesioen kopurua eta horien banaketa kontuan hartzen dira. Kondiloma zerbikalen kasuan, tratamendua hasi aurretik, biopsia egin behar da ohiz kanpoko zitologiak badaude. Lesioen erauzketa kirurgikoa beharrezkoa izanez gero, aztertu kontsulta espezializatura bidaltzeko aukera^{10,12} (ikusi 16. taula).

Jarraipena: ebaluazioa egin tratamendua amaitu eta handik 3 hilabetera⁸.

Sexu-bikotekideak: pertsona bat diagnostikatzen denean, haren sexu-kontaktuen diagnostikoa egiten da, ia beti. Azterketa fisikoa gomendatzen da, kondilomak ez daudela ziurtatzeko³³. Egon ezean, ez da tratatu behar⁸.

Oharrak^{10,12,14}:

- Preserbatiboa behar bezala erabiltzeak erakutsi du infektatzeko arriskua murrizten duela (% 30-60), baina preserbatiboak estaltzen ez dituen eremuak gera daitezke agerian.
- **GPBaren txertoa** Euskadiko haurrentzako txertaketa-egutegian dago, bai eta adinekoenean ere, zenbait **arriku taldeetakoak** badira, besteak beste, 45 urte baino gutxiagoko GSGak. 2023tik neskez gain, 12 urteko mutilak ere sartzen dira. Gaur egun, esku-hartze efikazentzat eta eraginkorrenentzat jotzen da infekzioaren barriadura kontrolatzeko eta GPBak eragiten dituen lesio kronikoei loturiko ondorioak prebenitzeko (displasia/minbizia). Hala ere, txertoek infektatu gabe dauden pertsonak bakarrik babesten dituzte GPBetatik; hau da, txertoak dituen birusekin infektatzea eragozten dute (eraginkortasun profilaktikoa), baina ez du aldatzen aktibo dauden infekzioen historia naturala, txertoan dauden GPB motengatik (ez du eraginkortasun terapeutikorik erakutsi); hori dela eta, prebentzioaren potentziala handiagoa da birusaren eraginpean ez dauden pertsonengan.

16. taula. Kanpoko genitaleko garatxoetarako (kondiloma puntazorrotzak) tratamendua^{12,20,33}

Genitaleko garatxoak edo kondiloma puntazorrotzak (GPB)		
Pazienteak berak aplikatzekoa	Kontsultan aplikatzekoa	Haurdunaldia
Aukerakoa: - Podofilotoxina topikoa (soluzioa % 0,5era edo krema % 0,15era) 12 orduro, 3 egunez eta 4 eguneko atsedena. Errepikatu lau ziklo soluzioarekin eta 5 ziklo kremarekin. - Imikimod topikoa, % 5era (krema), oheratzerakoan, 3 aldiz/asteko (gehienez 16 aste).	Aukerakoa: - Podofilino FM* % 15-25era 1-2 aldiz asteko. - Azido trikloroazetiko FM* % 80-90era, aplikazio bat/asteko, 6-8 astez (ez aplikatu eremu zabaletan).	Aukerakoa: - Azido trikloroazetiko FM* aplikazio bat/asteko.
Alternatiba: - Te berdearen hostoen aterakina (sinekatetkina), ukendua, 3 aldiz eguneko (gehienez 16 astez). Ez erabili barneko aldeetan.	Neurri ez farmakologikoak: - Krioterapia nitrogeno likidoarekin (3 ziklo, kontsultan, 2 edo 4 astetik behin). - Lesioen erauzketa kirurgikoa. - CO₂ laserra.	Neurri ez farmakologikoak: - Krioterapia nitrogeno likidoarekin (3 ziklo, kontsultan, 2 edo 4 astetik behin). - CO₂ laserra.
Oharrak		
Podofilotoxina: - Tratatzeke eremua 4 cm² baino gehiago izanez gero, tratamendua profesional sanitario baten zuzeneko begiradapean egiteko gomendatzen da. - Ez aplikatu mukosa genitalean dauden garatxoetan (uretra, ondestea eta bagina barne). Ez aplikatu garatxoan inguruan dagoen ehun osasuntsuan (soluzioaren kasuan, tratatutako azala ondo lehortu arte itxaron, tratatu gabeko azalarekin kontaktuan jarri baino lehen). - Ez izan sexu-harremanik tratamenduak irauten duen bitartean eta azala onera etorri arte. Tratamenduan egonda sexu harremanak izanez gero, preserbatiboa erabili behar da.		

Imikimod:

- Imikimod erabiltzen denean, aplikazio-eremua garbitu 6-10 ordu pasa eta gero.
- Preserbatiboaren eta diafragmaren eraginkortasuna ahultzen du eta, sexu-harremanak izan aurretik, krema kendu behar da azaletik.

Te berdearen aterakina:

- Preserbatiboaren eta diafragmaren eraginkortasuna ahuldu dezake. Hori dela eta, preserbatiboa erabili eta sexu-kontaktua izan aurretik, ukendua kendu beharko da tratatutako eremutik. Metodo antikonzeptibo gehigarriak aintzat hartu behar dira. Ez erabili barneko aldeetan.

FM: formula magistrala. *Finantzatu gabea.

BESTE BATZUK

Gonokozia faringea

Definizioa/klinika: *Neisseria gonorrhoeae* bakterioak eragindako STIa. Infekzio gonokoziko faringeo gehienak asintomatikoak izaten dira (% 90 baino gehiago)³², baina, batzuetan, amigdalitisa edo linfadenopatia eragin dezake³⁴. Gonokozia faringea desagerraraztea zailagoa izaten da infekzio urogenitalak edo uzki-ge-nitalak desagerraraztea baino.

Tratamendua: tratamendua *in situ* egin behar da, bakterioa desagerrarazi dela ziurtatzeko (ikusi 3. taula *Neisseria gonorrhoeae*). Terapiak funtzionatzen ez badu, kultiboa eta antibiograma egin behar dira beti³⁴.

Jarraipena: kultiboa edo faringean hartutako laginaren PCRa egin tratamendua amaitu eta handik 14 egune-ra¹⁶. Gomendagarria da kontrol-proba egitea 3 hilabetera (haurdunei ere bai), izan ere, paziente hauen artean berrinfekzio-tasa handia da³⁴.

Gonokozia: Sendatze-testa lagin faringeoetan baino ez egiteko gomendatzen da.

Sexu-bikotekideak: sintomak hasi aurreko 60 egunetan izandako sexu-bikotekide guztiak aztertu eta tratatu behar dira, asintomatikoak barne, eta, azken bikotekidea 60 egun baino lehenagokoa bada, hura ere bai¹⁶.

Oharrak^{10,12}:

- Aztertu ea koinfektziorik dagoen: *Chlamydia*, sifilisa edo GIB.
- Ez da sexu-harremanik izan behar, tratamendua amaitu eta 7 egun pasatu arte eta sexu-bikotekideak tratatuak izan arte.

MPOX-a

2022ko uztailean, OMEak tximino-baztanga edo monkeypox (mpox) delakoaren agerraldia nazioarteko osa-sun publikoaren larrialdia deklaratu zuen. Baztangaren familiako birus batek eragindako infekzioa da (*Ortho-poxvirus* birus generoa, *Poxviridae* familiarena). Sintomak zehaztugabeak izan daitezke, eta birusaren eragin-pean egon ondorengo 5. egunetik 21. egunera bitartean agertu. Gaixotasuna arina izan ohi da eta pertsona gehienak zenbait astetan osatzen dira (sintomek 2-4 astez irautean ohi dute). Dena den, kasu batzuetan, gai-xotasun larriagoa sor daiteke, batez ere, haurdunengan, haurdunengan eta sistema immunitarioa ahulduta duten pertsonengan. Zoonosi birala da eta kontaktu fisiko oso estua dagoenean transmititzen da, jariatzeekin ku-tsatutako fomiteen bidez eta arrisku handiko sexu-harremanen bidez³⁵. Egoera epidemiologikoaren gaineko informazioa aldizka eguneratzen da esteka honetan: <https://cne.isciii.es/es/web/cne/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/viruela-monos-monkeypox/resultados-vigilancia>

Susmagarria den kasua agertuz gero, asistentzia-zerbitzuak Zainketa Epidemiologikoko Unitateekin (ZEU) harremanetan jarri beharko dira, ikusi 17. taula.

17. taula. Euskadiko Zainketa Epidemiologikoko Unitateak (ZEU)

ZEU	Harremanetarako, lanorduetan	Harremanetarako, lanorduetatik kanpo
Arabako ZEU	945 01 71 63	epidemiologia-alava@euskadi.eus
Bizkaiko ZEU	944 03 17 75	epidemiologia-bizkaia@euskadi.eus
Gipuzkoako ZEU	943 02 27 52/51/80	epidemiologia-gipuzkoa@euskadi.eus

Txerto ahuldu bat dago tximino-baztangaren infekzioa prebenitzeko. Txertoa hauetan eska daiteke: lurralde bakoitzeko STlen kontsultan, gaixotasun infekziosoaren kontsultan edo ospitaletako prebentzio medikuntzako kontsultan. Txertoaren gaineko informazio gehiago eskura daiteke esteka honetan: [Monkeypoxentzako argibideak](#) - [Gaixotasunak, txertoak eta zaintza epidemiologikoa](#) - [Osasun Saila](#) - [Eusko Jaurlaritza](#) - [Euskadi.eus](#).

18. taula. Informazioa, STlen tratamenduetan gehien erabiltzen diren antibiotikoen segurtasunari buruz^{11,12,20,36-40}

Doxiziklina	- Fotosentikortasuna: eguzki-babeserako neurriak hartu. - Hartu ondoren, eserita egon (batez ere gaueko dosia hartutakoan), etzanez gero sor daitezkeen ultzera esofagikoak saihesteko. - Hortzetan kolorazio iraunkorra sor dezake. - Xurgapena txikiagoa izan daiteke katioi dibalente edo tribalenteekin hartuz gero, besteak beste kaltzioarekin, magnesioarekin edo burdinarekin hartuz gero. - Haurdunaldia: kontraindikatu.
Flukonazola	- Haurdunaldia: berezko abortua lehen hiruhilekoan. - Interakzioa egon daiteke botika askorekin (ikusi INFAC zitokromoa eta fitxa teknikoa).
Makrolidoak: azitromizina, eritromizina	- Arreta berezia izan QT tarte luza duten beste botika batzuen tratamendua jarraitzen duten gaixoei. Heriotza ekar dezaketen bihotz-eritmoaren irregulartasunak eragin ditzake. - Entzumena galtzeko arriskua areagotu daiteke³⁶. - Azitromizina: ez erabili aluminioa edo magnesioa duten botikekin batera, adibidez, azidoaren kontrakoekin. - Interakzioa egon daiteke botika askorekin (ikusi INFAC zitokromoa eta fitxa teknikoa).
Metronidazola, tinidazola	- Ez hartu alkoholik tratamenduak dirauen bitartean eta 48 ordu pasa arte, antabus efektua dela eta.
Kinolonak	- Azken urteetan, Medikamentu eta Produktu Sanitarioen Espainiako Agentziak segurtasun ohar batzuk argitaratu ditu hauei buruz: QT tarte luza duten arriskua, kontrako erreakzio muskuloeskeletikoak eta nerbio sistemarenak, balbula-gutxiegitasuna eta bihotz-erregurgitazioa³⁷⁻⁴⁰. Beraz, ondo zehaztutako indikazioetan baino ez litzateke erabili beharko, bakterio sentikorrek eragindako infekzio larriak dituzten pazienteen kasuan, eta bigarren lerroko tratamendu gisa (INFAC antibiotikoak). - Medikamentu horiek erabiltzeak areagotu egiten du <i>C. difficile</i> k eragindako infekzioarako arriskua (INFAC antibiotikoak). - Xurgapena txikiagoa izan daiteke katioi dibalente edo tribalenteekin hartuz gero, besteak beste kaltzioarekin, magnesioarekin edo burdinarekin hartuz gero. - Haurdunaldia: kontraindikatu.

SEXU-ABUSUA EDO -ERASOA

2019. urtean hau argitaratu zen: [Jarduketa gida osasun arloko profesionalentzat, genero indarkeriaren eta sexu erasoen aurrean Euskadin nola jardun jakiteko](#). Sexu-erasoen kasuen aurrean jarduteko planean, besteak beste, honakoak jasotzen dira: laginak hartzea, STlak antzemateko; analitikak eskatzea, azterketa serologikoak egiteko (sifilisa, B hepatitis, C hepatitis eta GIB); haurduntzaren proba, eta STlen aurreko prebentzio-tratamendua.

Gertatu berri den sexu-abusu edo -erasotik 120 ordu (5 egun) baino gutxiago pasatu direnean, pazientearen azterketa ospitalean egingo da, eta paziente bere lehen mailako arretako zentzora joan bada, lehenbailehen bidaliko dute ospitalera. Gertatu berri ez den sexu-abusua edo -erasoa denean (120 ordu edo 5 egun baino gehiago pasatu badira), ez da beharrezkoa izango paziente ospitalera bidaltzea, bere lehen mailako arretako zentzora joan bada. Egon daitezkeen kalte fisiko edo psikikoak artatuko dira, eta dagokion diagnostikoa egiteko eta terapia aplikatzeko jardute-plana abiaraziko da: serologiak eskatu, STlak antzemateko probak egin, B hepatitisaren txertoa ipini eta abar.

Gida emakumeen aurkako erasoei buruzkoa da, baina gomendioetako asko adingabeen eta gizonezkoen kasuetarako ere balio dute.

“Testua berrikusten eta haren gaineko oharra eta iradokizunak egiten egindako lana eskertu nahi diegu hauei: Pedro Idigoras Viedma, Donostiako Unibertsitate Ospitaleko Mikrobiologia Zerbitzuaren STIen kontsultako medikua; Leire Gil Alonso, Donostiako Unibertsitate Ospitaleko Infekzioen Zerbitzuko mediku ondokoa, eta Juan Carlos Gainzarain Arana, Arabako Unibertsitate Ospitaleko Gaixotasun Infekzioen Ataleko burua”.

BIBLIOGRAFIA

- Agustí C, Mascort J eta Casabona J. [El rompecabezas de las ITS: causas plurales, impacto profundo](#). Lehen mailako arreta. 2024;56:102883.
- [Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030](#) [Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030]. Geneva: Osasunaren Mundu Erakundea; 2022. Lizentzia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- [Memoria 2023 Hiesa eta Sexu Transmisiozko Infekzioen Plana](#)
- [Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2022](#). Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública; 2024.
- [GIBagatiko infekzioa eta sexu-transmisiozko beste infekzio batzuk prebenitzeko eta kontrolatzeko plan estrategikoa, 2022-2030](#). Osakidetza 2015-2018. Vitoria-Gasteiz, 2023ko maiatza.
- Osasun Eskola: 2024 [2024/10/24an kontsultatua]. [GIB eta sexu-transmisiozko infekzioak](#). Osasun Eskola
- De Miguel Landiribar J, López Martínez M, Ruiz Estevez B, Ganchegui Aguirre M, Barbera Gracia MJ, Vélez Tobarias M et al. (2024ko maiatzaren 30a - ekainaren 1a). La epidemia oculta de infecciones de transmisión sexual en adolescentes. [Ahozko komunikazioa]. XXVII Congreso SEIMC, Zaragoza 2024. [2024/10/24an kontsultatua] <https://intranet.pacifico-meetings.com/amsysweb/faces/publicacionOnlineEPOSTER.xhtml?id=918>
- [Sexu-transmisiozko infekzioak](#). INFAC. 2009;17(10):55-60.
- [Infecciones de transmisión sexual \(1ª parte\)](#). BOLCAN. 2020;12(1):1-10.
- [Infecciones de transmisión sexual \(2ª parte\)](#). BOLCAN. 2020;12(2):1-8.
- Sexu-transmisiozko infekzioak. PROA-AP lantaldea, Arabako ESI. PROT-AP-02. 2023.
- [Guía terapéutica antimicrobiana del SNS](#). PRAN. 3. edizioa. Pasahitza behar da sartzeko.
- [Cervicitis](#). Fistera;2019 [2024/10/24an kontsultatua].
- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H et al. [Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines](#). MMWR Recomm Rep 2021;70(4).
- Bachmann LH. [Urethritis in adults and adolescents](#). Hemen: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [2024/10/24an kontsultatua].
- Seña AC; Cohen MS. [Treatment of uncomplicated gonorrhea \(Neisseria gonorrhoeae infection\) in adults and adolescents](#). Hemen: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [2024/10/24an kontsultatua].
- Sobel JD, Mitchell C. [Trichomoniasis: Treatment](#). Hemen: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [2024/10/24an kontsultatua].
- Martin DH, Geisler WM. [Mycoplasma genitalium infection](#). Hemen: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [2024/10/24an kontsultatua].
- De la Poza Abad M, Roca Saumell C, Besa Castellà M eta Carrillo Muñoz R. [Manejo en atención primaria de las infecciones de transmisión sexual \(II\). Lesión ulcerada genital. Vulvovaginitis. Virus del papiloma humano](#). Lehen mailako arreta. 2024;56:102806.
- [Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS](#). Fitxa tekniko. [2024/10/24an kontsultatua].
- Mensa J, Soriano A, López E, Poliakova Y, Llinares P eta Barberán J. Guía de terapéutica antimicrobiana 2024. Bartzelona. Ed Antares.
- Grupo de estudio del SIDA-SEIMC (GeSIDA). [Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes](#). 2017.-
- Rodríguez-Gascón A, Aguirre-Quinonero A eta Canut-Blasco A. Are oral cefuroxime axetil, cefixime and cefditoren pivoxil adequate to treat uncomplicated acute pyelonephritis after switching from intravenous therapy? A pharmacokinetic/pharmacodynamic perspective. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 2020;38(7):306-311.
- Guía terapéutica en Atención Primaria. semFYC. 2022.- 8. argitaraldia.
- Riley LE, Wald A. [Genital herpes simplex virus infection and pregnancy](#). Hemen: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [2024/10/24an kontsultatua].
- Norwitz ER, Hicks CB. [Syphilis in pregnancy](#). Hemen: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [2024/10/24an kontsultatua].
- Hicks CB. [Chancroid](#). Hemen: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [2024/10/24an kontsultatua].
- Allos BM. [Campylobacter infection: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment](#). Hemen: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [2024/10/24an kontsultatua].
- Leder K, Weller PF. [Intestinal Entamoeba histolytica amebiasis](#). Hemen: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [2024/10/24an kontsultatua].
- Bartelt LA. [Giardiasis: Treatment and prevention](#). Hemen: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [2024/10/24an kontsultatua].
- Ross J. [Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis](#). Hemen: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [2024/10/24an kontsultatua].
- Besa Castellà M, Agustí Benito C, Roca Saumell C eta Mascort Roca JJ. [Manejo en atención primaria de las infecciones de transmisión sexual \(I\). Epidemiología. Síndrome secretor](#). Lehen mailako arreta. 2023;55:102597.

«INFAC buletina argitalpen elektroniko bat da, eta EAEko osasun profesionalei dohain banatzen da. Buletin honen helburua **medikamentuen erabilera arrazionala** sustatzea da biztanleriaren osasun egoera hobetzeko».

33. Carusi DA. [Condylomata acuminata \(anogenital warts\): Treatment of vulvar and vaginal warts](#). Hemen: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [2024/10/24an kontsultatua].
34. Barberá MJ eta Serra-Pladevall J. [Infección gonocócica: un problema aún sin resolver](#). Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. 2019;37(7):458-466.
35. [Mpox. Zaintza epidemiologikoko protokoloa](#). 2024.– Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila.
36. [Farmakozainetako buletina](#). Euskal Autonomia Erkidegoko Farmakozainetako Unitatea 2024; (59).
37. Medikamentu eta Produktu Sanitarioen Espainiako Agentzia (MPSEA). [Informe mensual sobre medicamentos y productos sanitarios. Fluoroquinolonas y prolongación del intervalo QT](#). Abendua 2010.
38. Medikamentu eta Produktu Sanitarioen Espainiako Agentzia (MPSEA). [Quinolonas y fluoroquinolonas de administración sistémica: nuevas restricciones de uso](#). Erreferentzia: MUH (FV), 14/2018.
39. Medikamentu eta Produktu Sanitarioen Espainiako Agentzia (MPSEA). [Fluoroquinolonas de uso sistémico o inhalado: riesgo de insuficiencia valvular y regurgitación cardíaca](#). Erreferentzia: MUH (FV), 12/2020.
40. Medikamentu eta Produktu Sanitarioen Espainiako Agentzia (MPSEA). [Fluoroquinolonas de administración sistémica o inhalada: recordatorio sobre las restricciones de uso](#). Erreferentzia: MUH (FV), 07/2023.

Buletin hau horrela aipatu behar da: Sexu-transmisiozko infekzioen tratamendua. INFAC. 2025;33(2,3):14-35.

Medikamentu berriek kontrako ondorioak dituztela susmatuz gero, oso-oso garrantzitsua da Euskal Autonomia Erkidegoko Farmakojagoletza Unitateari jakinaraztea. OSABIDEn bitartez egin dezakezu jakinarazpena. Bestela, Osakidetzako intranetaren bidez, txartel horia beteaz edo AEMPS-en interneteko <https://www.notificaram.es>

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu: zure ESiko farmazialariei edo MIEZi edo infac@osakidetza.eus e-mailari.

Idazkuntza Batzordea: Iñigo Aizpurua¹, Iciar Alfonso², Ainhoa Arana³, María Armendáriz³, Markel Brouard⁴, Laura De la Rosa³, Saioa Domingo³, Maitane Elola⁵, Arritxu Etxebarria³, Jesús Fernández⁴, Julia Fernández³, Isabel Fontán³, Leire Gil³, Ana Isabel Giménez³, Juan José Iglesias⁴, Josune Iribar³, Nekane Jaio³, Itxasne Lekue³, M^a José López¹, Javier Martínez³, Teresa Morera⁶, Carmela Mozo³, Elena Ruiz de Velasco³, Amaia Sagastibelza⁷, Rita Sainz de Rozas³, Inés San José³, Maitane Umerez³, Elena Valverde³, Eluska Yetano⁴, Miren Zubillaga⁴.

1. CEVIMEko farmazialaria; 2. Farmakologoa klinikoa; 3. Lehen mailako arretako farmazialaria; 4. Familiako medikua; 5. Barne medikuntzako medikua; 6. Farmakologiako irakaslea (EHU); 7. Lehen mailako arretako pediatra.



<http://www.euskadi.eus/informacion/boletin-infac/web01-a2cevine/es/>



Erabat debekaturik dago dokumentu hau promozio helburuetarako erabiltzea

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

