Optimización del Uso de Antimicrobianos en Síndromes Infecciosos Comunitarios

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH

María González Barberá

Centro de Salud Vista Alegre – La Flota. Murcia.

Servicio Murciano de Salud

IRAS-PROA SMS

ÍNDICE

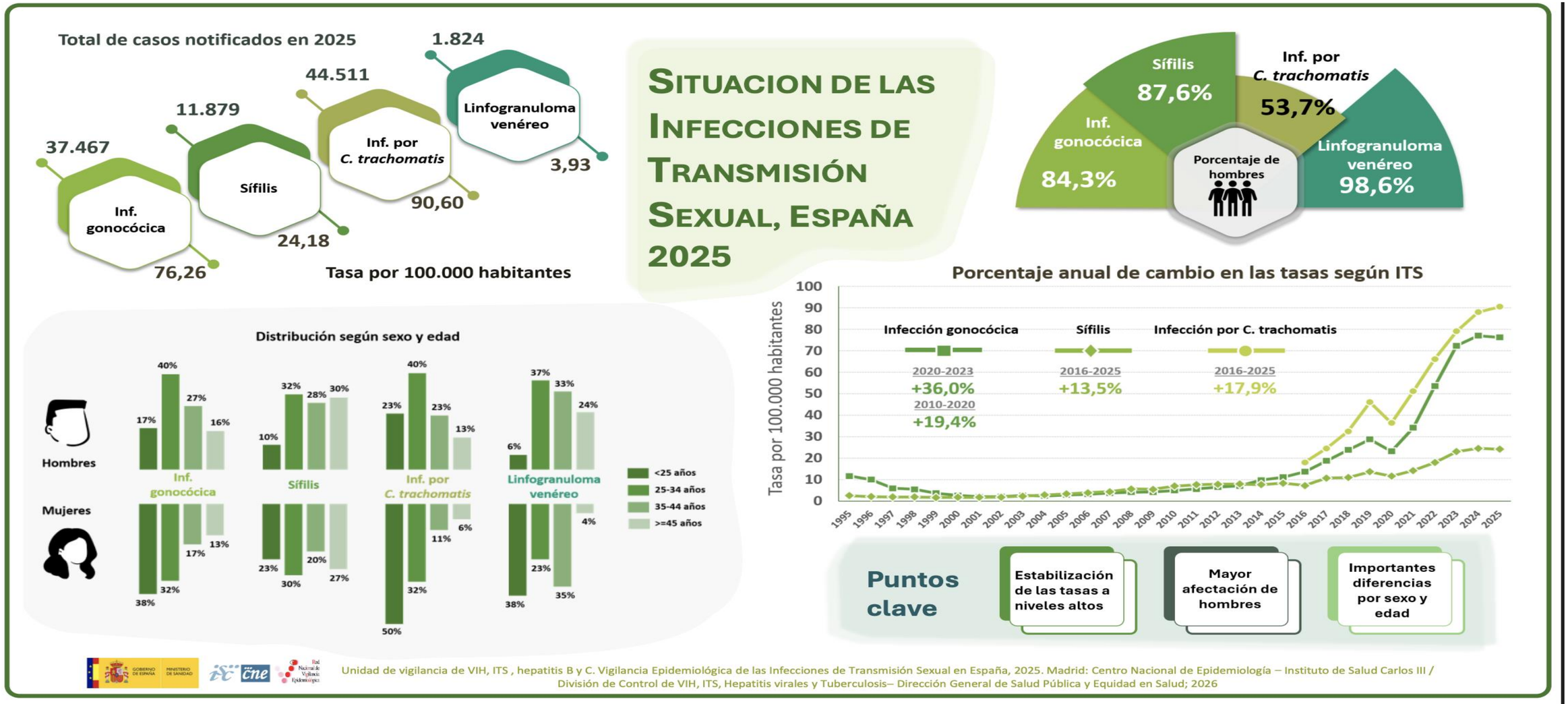
- Contexto epidemiológico y social
- Prevención combinada de VIH e ITS
- Historia clínica sexual en Atención Primaria
- Principales síndromes clínicos en ITS
- Cribado de ITS en asintomáticos
- Vacunas frente a ITS
- Tratamiento antirretroviral como prevención frente al VIH
- Vigilancia de las resistencias antibióticas
- Controversias: DoxyPEP; Paneles múltiplex para cribado de ITS
- Recomendaciones ”No hacer” en ITS
- Conclusiones
- Página de recursos
- Bibliografía



Servicio Murciano de Salud

IRAS-PROA SMS

El contexto: Epidemiología de las ITS en España



Unidad de vigilancia de VIH, ITS , hepatitis B y C. Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual en España, 2025. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología – Instituto de Salud Carlos III / División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis– Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud; 2026

Vigilancia Epidemiológica del VIH en España, 2024

3.340 nuevos diagnósticos

Porcentaje de hombres y mujeres

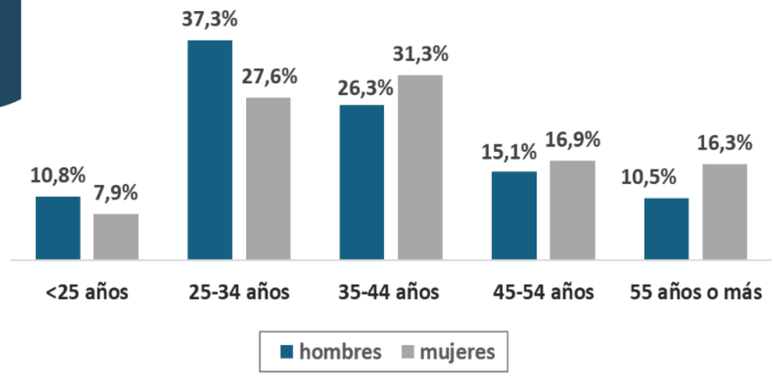
2.847 nuevos diagnósticos

85,2% — **35 años** (28-45)

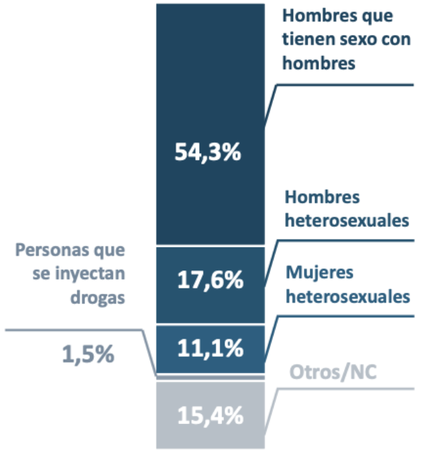
14,8% — **39 años** (31-48,5)

492 nuevos diagnósticos

Mediana edad al diagnóstico (RIC)



Distribución de hombres y mujeres según edad

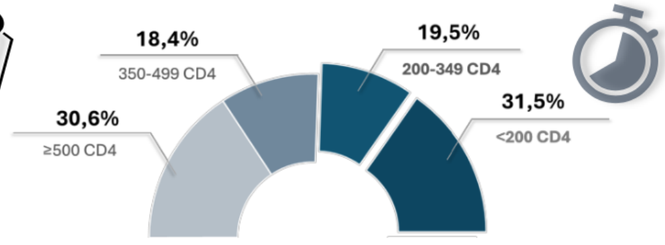


Distribución por mecanismo de transmisión

Distribución por país de origen

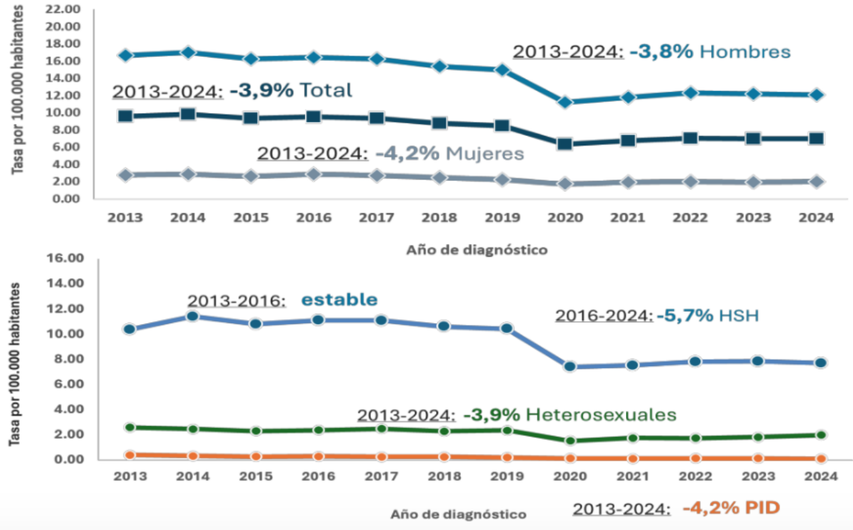
- **43,3%** España
- **36,7%** Latinoamérica
- **3,2%** Europa Occidental
- **3,1%** Europa Central-Este
- **3,2%** África Norte
- **6,1%** África Subsahariana

Diagnóstico tardío <350 CD4 cel/mm³



Distribución según el primer recuento de CD4 (células/mm³)

Porcentaje anual de cambio en las tasas de nuevos diagnósticos de VIH por 100.000 hab., 2013-2024



HSH: hombres que tienen sexo con hombres; PID: personas que se inyectan drogas

PUNTOS CLAVE

- Descenso continuo de las tasas nuevos diagnósticos
- Mayor afectación en hombres y adultos jóvenes
- Mitad de los casos son retrasos diagnósticos

Vigilancia Epidemiológica del VIH en España, 2024

3.340 nuevos

Porcentaje de ho

2.847 nuevos diagnósticos

85,2%

35 años
(28-45)

Mediana edad al d

Distribución por país de

- **43,3%** España
- **36,7%** Latinoamérica
- **3,2%** Europa Occidental
- **3,1%** Europa Central-Este
- **3,2%** África Norte
- **6,1%** África Subsahariana

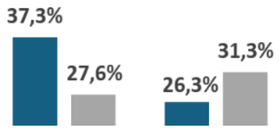
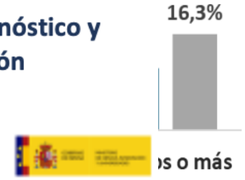
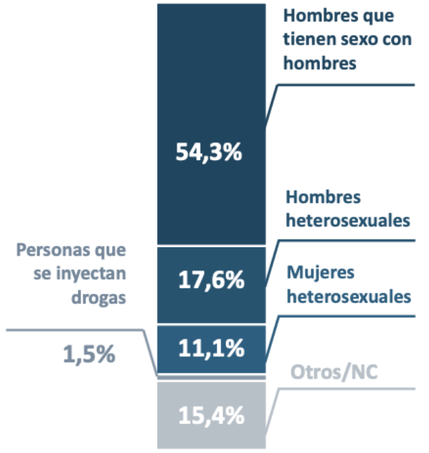


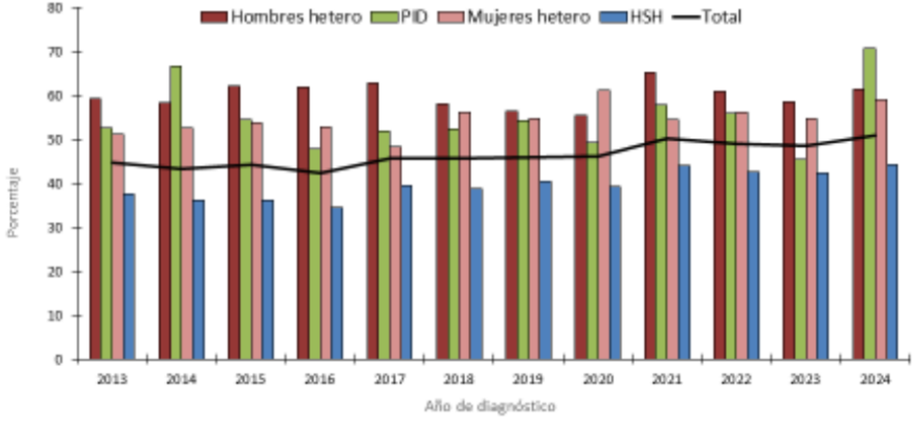
Figura 23. Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío (<350 CD4) según año de diagnóstico y modo de transmisión, 2013-2024. Datos no corregidos por retraso en la notificación





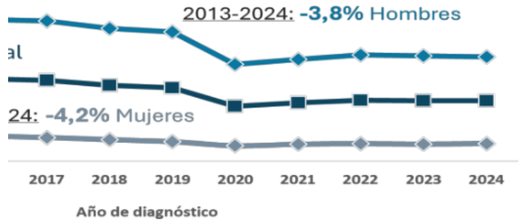
Distribución por mecanismo de transmisión

Figura 23
Nuevos diagnósticos de VIH.
Diagnóstico tardío (<350 CD4) según año de diagnóstico y modo de transmisión.
España, 2013-2024. Datos no corregidos por retraso en la notificación.



PID: Personas que se inyectan drogas; HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

l de cambio en las tasas de nuevos
e VIH por 100.000 hab., 2013-2024







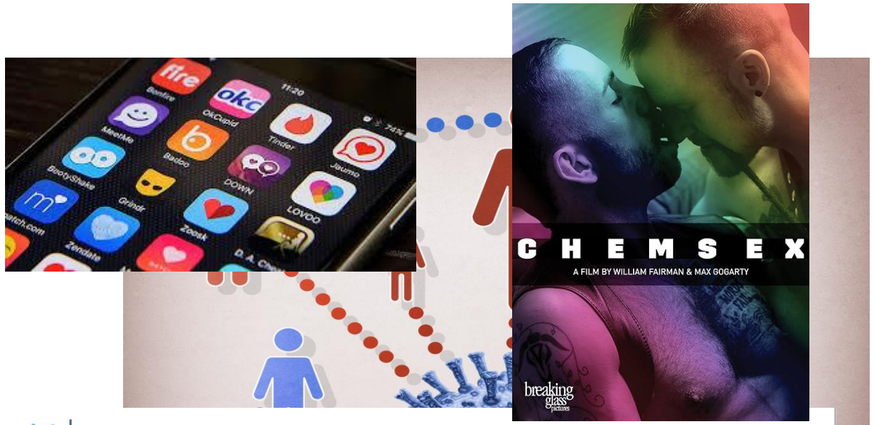
HSH: hombres que tienen sexo con hombres; PID: personas que se inyectan drogas

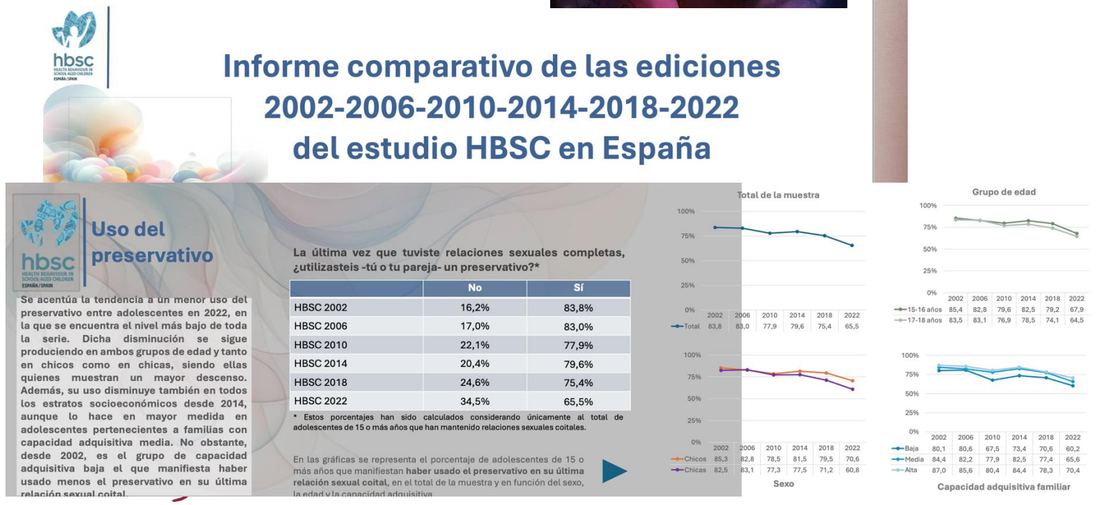
PUNTOS CLAVE

- Descenso continuo de las tasas nuevos diagnósticos
- Mayor afectación en hombres y adultos jóvenes
- Mitad de los casos son retrasos diagnósticos

Determinantes y dinámicas de transmisión de las ITS y el VIH

Determinantes conductuales

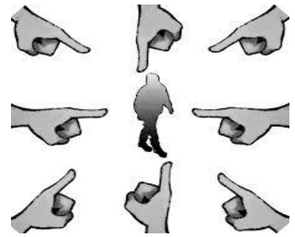




Determinantes sociales



Marcan una diferencia en el riesgo de infectarse de VIH y otras ITS



Grupos poblacionales clave (OMS):

- Trabajadores sexuales
- Personas que consumen drogas inyectables
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Personas trans y de género diverso
- Personas recluidas en prisión y otros entornos diversos

Estigma y discriminación

Consecuencias: Infra-diagnóstico; Diagnóstico tardío

IRAS-PROA SMS

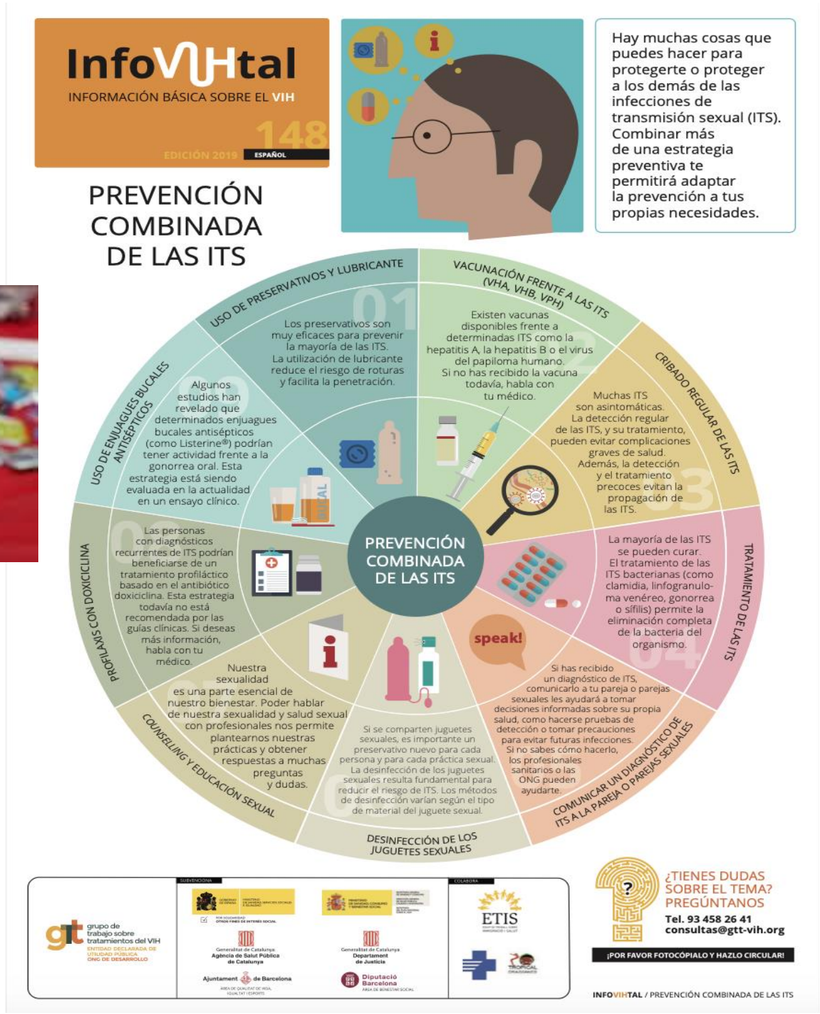
PREVENCIÓN COMBINADA

Acción acelerada para la prevención combinada. ONUSIDA 2015
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tracking_combination_prevention_es.pdf

- No existe **ningún enfoque de prevención que tenga la capacidad de poner fin a la epidemia por sí solo.**
- La evidencia recomienda **combinar acciones** preventivas conductuales, biomédicas y estructurales.







Estrategia en Atención Primaria para contribuir a la eliminación del VIH y las ITS como problema de salud pública

Historia clínica sexual

- La mejor herramienta para **visibilizar** los **riesgos** por parte de profesionales y pacientes
- Esta **identificación y estratificación del riesgo de exposición al VIH e ITS** es imprescindible para proponer a los pacientes las mejores opciones de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento
- **Normaliza la salud sexual** y contribuye a **disminuir el estigma** asociado al VIH e ITS







Servicio Murciano de Salud

IRAS-PROA SMS

Historia clínica sexual en atención primaria

Aspectos generales de la comunicación en ITS

- El entorno físico y relacional de **confianza y confidencialidad**
- Ejes: Preguntas abiertas /escucha activa/ **Respeto** / Lenguaje inclusivo, **abierto a la diversidad**

TABLA 1

Principales errores en la comunicación[3-5]

Errores	Comentarios
No pedir permiso	Se debe mantener la cortesía y el respeto. Si se explica el motivo para preguntar, es más rentable. Se puede avisar de que si no se encuentra cómodo con alguna pregunta lo haga saber
Introducir prejuicios morales en la pregunta	Utilizar expresiones como «promiscuo» o «prácticas anormales» no es aceptable. Es indispensable dejar a un lado las objeciones morales propias
Presuponer la orientación sexual	Se recomienda usar un lenguaje neutro como «pareja» o «persona»
Hacer preguntas guiadas	Inducir las respuestas es la forma más fácil de obtener datos erróneos
Usar preguntas ambiguas	
Usar lenguaje técnico	Se debe hacer el esfuerzo de adaptar el lenguaje a la edad, la cultura y la educación del paciente
Hacer más de una pregunta cada vez	Se debe hacer una pregunta cada vez. Intentar no concatenar muchas preguntas cerradas

AMF 2018; 14 (5: 245-250)

Regla de las 5 “P”

TABLA 2. Recomendaciones para realizar anamnesis sexual. Regla de las 5 “P”

Parejas	• ¿Tiene actualmente relaciones sexuales de algún tipo? • ¿Cuál es el sexo de su(s) pareja(s)?
Prácticas	• ¿Qué tipo de contacto sexual tiene o ha tenido? • ¿Tienes sexo vaginal? • ¿Tienes sexo anal? • ¿Tienes sexo oral?
Protección frente a ITS	• ¿Hablan usted y su(s) pareja(s) sobre la prevención de las ITS y del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)? • ¿Hablan usted y su(s) pareja(s) de hacerse pruebas de detección de ITS? • ¿Qué métodos de protección utiliza? ¿En qué situaciones utiliza preservativo? ¿Utiliza PrEP?
Historia previa de ITS	• ¿Se ha sometido alguna vez a pruebas de ITS y VIH? • ¿Le han diagnosticado alguna ITS en el pasado? • ¿Alguna de tus parejas ha tenido una ITS? Preguntas adicionales para identificar el riesgo de hepatitis vírica: • ¿Usted o alguna de sus parejas se ha inyectado drogas alguna vez? • ¿Desea realizar alguna otra pregunta sobre su salud sexual?
Intención de embarazo	• ¿Cree que le gustaría tener (más) hijos en el futuro? • ¿Qué importancia tiene para usted evitar el embarazo (hasta entonces)? • ¿Usa usted o su pareja métodos anticonceptivos o practican algún método anticonceptivo? • ¿Le gustaría hablar sobre formas de prevenir el embarazo?

Galicia P. et al. La entrevista sexual FMC: 2024; 31 (4)

Historia clínica sexual en atención primaria

Aspectos generales de la comunicación en ITS

- El entorno físico y relacional de **confianza y confidencialidad**
- Ejes: Preguntas abiertas /escucha activa/ **Respeto** / Lenguaje inclusivo, **abierto a la diversidad**

TABLA 1

Principales errores en la comunicación[3-5]

Errores	Comentarios
No pe	
Introducir prejuicios morales en la pregunta	Utilizar expresiones como «promiscuo» o «prácticas anormales» no es aceptable. Es indispensable dejar a un lado las objeciones morales propias
Presuponer la orientación sexual	Se recomienda usar un lenguaje neutro como «pareja» o «persona»
Hacer preguntas guiadas	Inducir las respuestas es la forma más fácil de obtener datos erróneos
Usar preguntas ambiguas	
Usar lenguaje técnico	Se debe hacer el esfuerzo de adaptar el lenguaje a la edad, la cultura y la educación del paciente
Hacer más de una pregunta cada vez	Se debe hacer una pregunta cada vez. Intentar no concatenar muchas preguntas cerradas

Fecha de la última relación sexual no protegida

Regla de las 5 “P”

TABLA 2. Recomendaciones para realizar anamnesis sexual. Regla de las 5 “P”

Parejas	• ¿Tiene actualmente relaciones sexuales de algún tipo? • ¿Cuál es el sexo de su(s) pareja(s)?
Prácticas	• ¿Qué tipo de contacto sexual tiene o ha tenido? • ¿Tienes sexo vaginal? • ¿Tienes sexo anal? • ¿Tienes sexo oral?
Protección frente a ITS	• ¿Hablan usted y su(s) pareja(s) sobre la prevención de las ITS y del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)?
Historia previa de ITS	• ¿Se ha sometido alguna vez a pruebas de ITS y VIH? • ¿Le han diagnosticado alguna ITS en el pasado? • ¿Alguna de tus parejas ha tenido una ITS? Preguntas adicionales para identificar el riesgo de hepatitis vírica: • ¿Usted o alguna de sus parejas se ha inyectado drogas alguna vez? • ¿Desea realizar alguna otra pregunta sobre su salud sexual?
Intención de embarazo	• ¿Cree que le gustaría tener (más) hijos en el futuro? • ¿Qué importancia tiene para usted evitar el embarazo (hasta entonces)? • ¿Usa usted o su pareja métodos anticonceptivos o practican algún método anticonceptivo? • ¿Le gustaría hablar sobre formas de prevenir el embarazo?

Servicio Murciano de Salud

AMF 2018; 14 (5: 245-250)

Galicia P. et al. La entrevista sexual FMC: 2024; 31 (4)

IRAS-PROA SMS

Historia clínica sexual en atención primaria

Aspectos generales de la comunicación en ITS

- El entor
  confide
- Ejes: Pr
  Lenguaj

TABLA 1
Principale

No pe	F
Introducir prej pregunta	
Presuponer la	
Hacer pregunt	
Usar pregunta	
Usar lenguaje	
Hacer más de	

Regla de las 5 “P”

FIGURA 1



No hace falta que nos digas si eres gay o lesbiana, pero puedes hacerlo. (https://www.glhv.org.au/sites/default/files/glhv_poster_0.pdf)



Servicio Murciano de Salud

AMF 2018; 14 (5: 245-250)

Galicia P. et al. La entrevista sexual FMC: 2024; 31 (4)

IRAS-PROA SMS

OPORTUNIDADES PARA LA PREVENCIÓN COMBINADA DE LAS ITS EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Pacientes que consultan por **síntomas sugestivos de ITS**
- Pacientes asintomáticos, **en riesgo de exposición** a **ITS**:
    - Cribado de ITS
    - Estudio de contactos
- **Población general**

Todo contacto con el sistema sanitario brinda una oportunidad, si las circunstancias lo permiten, para identificar el riesgo y ofrecer un cribado.

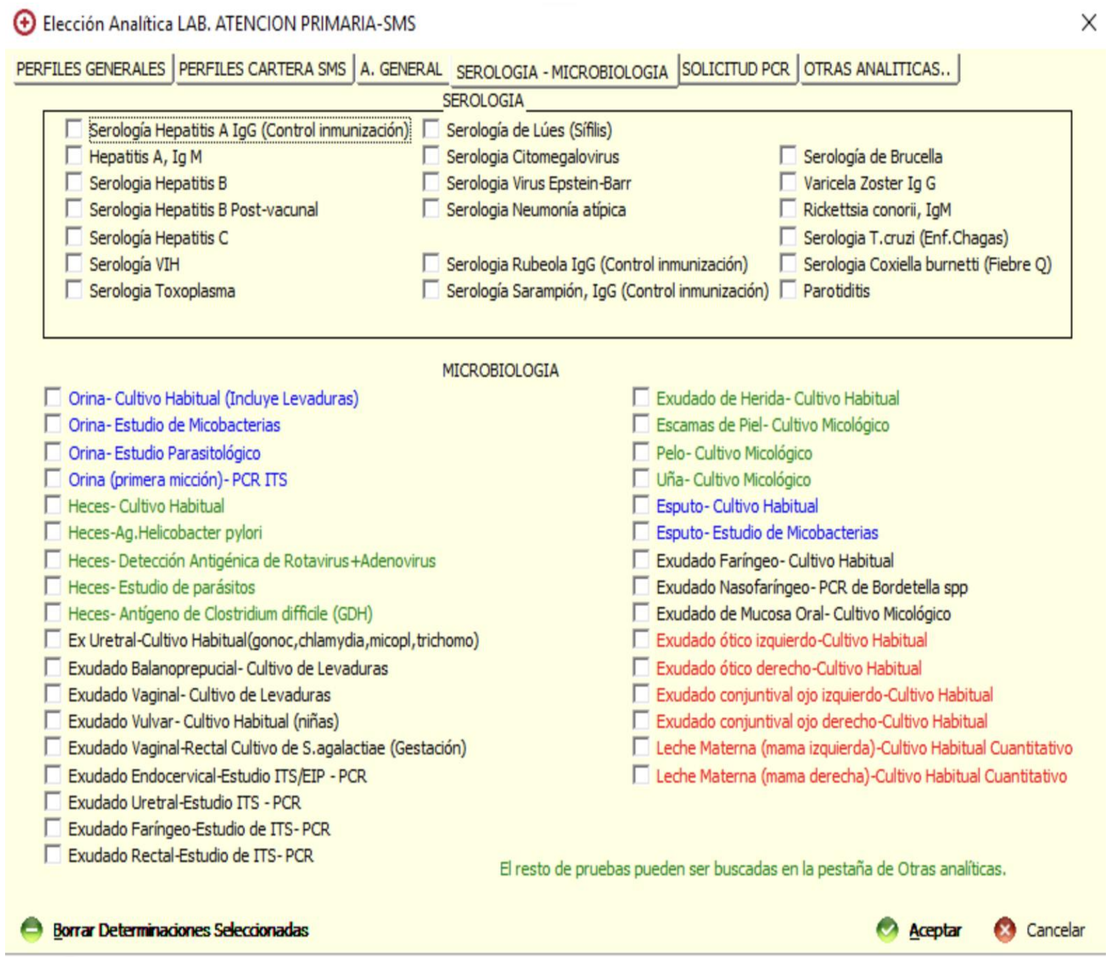
Incorporar como rutina a nuestra actividad asistencial la historia clínica sexual es una estrategia muy potente para la prevención

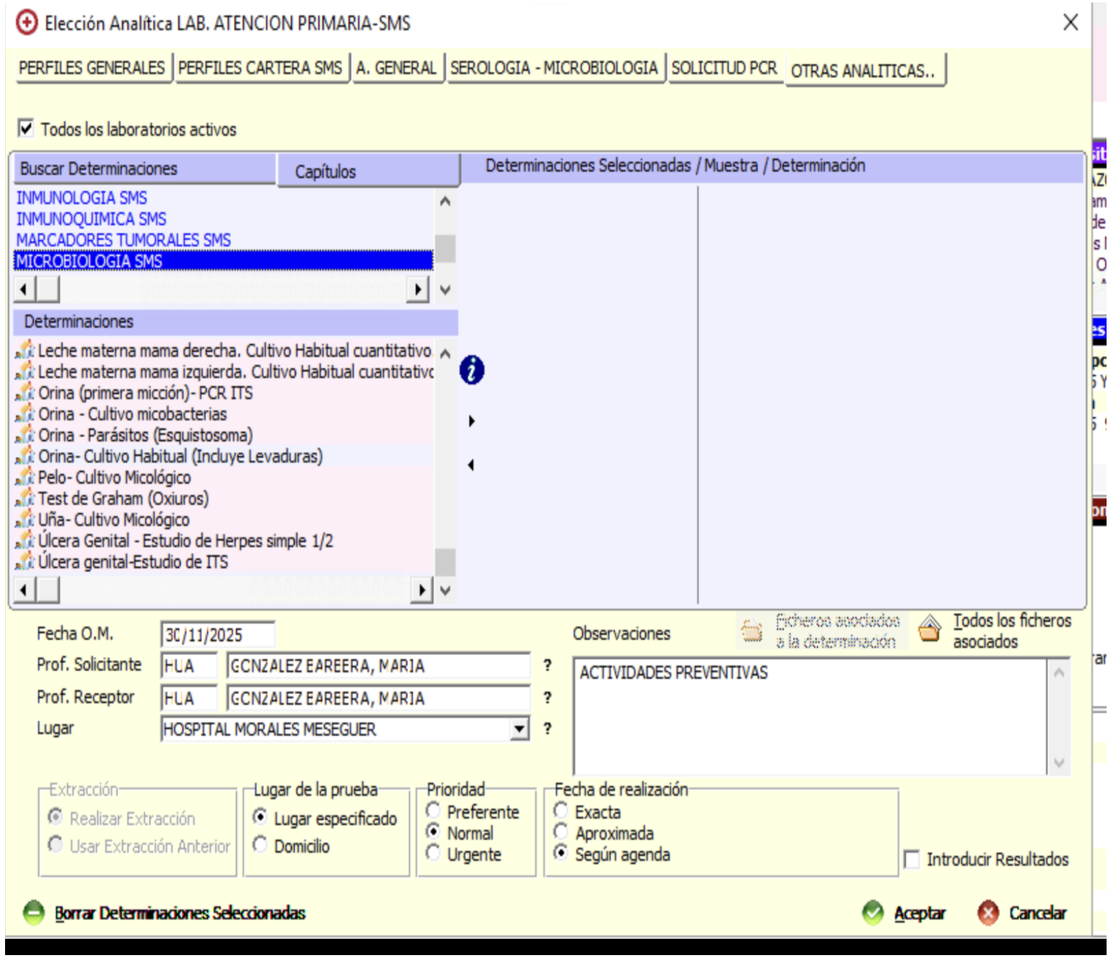


Servicio Murciano de Salud

IRAS-PROA SMS

Cómo solicitar estudio de ITS en OMI-AP





Servicio Murciano de Salud

IRAS-PROA SMS

Recogida para la recogida de muestras en el estudio de ITS: Recomendaciones generales

Tabla 1 Recogida de muestras

Localización	Preparación	Toma de muestras	Contenedor	Comentario
Uretra	En mujeres, limpiar con gasa estéril o torunda	Si hay secreción, recoger en la torunda. Si no, insertar 2-3 cm una torunda fina y rotar 5-10 segundos	Cultivo gonococo: torunda con medio de transporte tipo Sutart-Amies con carbón activado. TAAN: torunda específica y contenedor específico	El paciente no debe haber orinado las 2 horas previas a la toma de la muestra
Cérvix	Introducir espéculo sin lubricar. Limpiar el moco cervical con una torunda seca y desecharla	Insertar la torunda 2-3 cm en el canal cervical y rotar 5-10 segundos	Cultivo gonococo: torunda con medio de transporte tipo Sutart-Amies con carbón activado. TAAN: torunda específica y contenedor específico	No en prepuberales (tomar muestra del vestíbulo vaginal) ni en histerectomizadas (tomar muestra de orina o vaginal)
Anal/rectal	Canal libre de heces	Introducir la torunda 2-3 cm en el canal, rotar durante 10-30 segundos. Si se observa contaminación fecal, desechar y obtener otra muestra	Cultivo gonococo: torunda con medio de transporte tipo Sutart-Amies con carbón activado. TAAN: torunda específica y contenedor específico	En HSH y VIH con diarrea tomar muestra adicional para estudio de patógenos entéricos
Faringe	Utilizar depresor lingual para una correcta visualización	Pilares tonsilares, faringe posterior y zonas ulceradas, inflamadas o con exudado. Rotar la torunda 5-10 segundos	TAAN: torundas específicas y contenedores específicos	No contaminar con microbiota de mucosas y lengua
Vagina	Introducir espéculo sin lubricar. En cribado puede realizarse automuestra a ciegas	Tomar muestra de la zona donde haya más secreción	Cultivo gonococo: torunda con medio de transporte tipo Sutart-Amies con carbón activado. TAAN: torunda específica y contenedor específico	Óptimo para *Candida*, *Trichomonas* y vaginosis. PCR de *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae* para cribado

TAAN: técnica de amplificación de ácidos nucleicos.
Fuente: adaptada de Galán Montemayor et al.[16].

Besa Castellá M et.al. Atención Primaria 55 (2023)

- **Autotoma**: La recoge el paciente y la entrega al profesional
  - Validada para muestras de orina y exudados faríngeo, vaginal y rectal. Han de facilitarse **instrucciones** Ha demostrado fiabilidad y aceptabilidad.
  - También disponible para serologías y técnicas de biología molecular, con muestras de sangre capilar y sangre seca (DBS.). Sencilla No precisa refrigeración





Recogida para la recogida de muestras en el estudio de ITS: Recomendaciones generales

Tabla 1 Recogida de muestras

Localización	Preparación	Toma de muestras	Contenedor	Comentario
Uretra	En mujeres, limpiar con gasa estéril o torunda	Si hay secreción, recoger en la torunda. Si no,	Cultivo gonococo: torunda con medio de	El paciente no debe haber orinado las 2 horas
Cérv				
	cervical con una torunda seca y desecharla	cervical y rotar 5-10 segundos	transporte tipo Sutart-Amies con carbón activado. TAAN: torunda específica y contenedor específico	vestíbulo vaginal) ni en histerectomizadas (tomar muestra de orina o vaginal)
Anal/rectal	Canal libre de heces	Introducir la torunda	Cultivo gonococo:	En HSH y VIH con diarrea
Faringe				
Vagina				
			TAAN: torunda específica y contenedor específico	

TAAN: técnica de amplificación de ácidos nucleicos.
Fuente: adaptada de Galán Montemayor et al.[16].

RECOGER SIEMPRE LAS MUESTRAS PARA ESTUDIO MICROBIOLÓGICO ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO

- **Autotoma**: La recoge el paciente y la entrega al profesional
- **Instrucciones** Ha demostrado fiabilidad y aceptabilidad.
- También disponible para serologías y

Si es posible, se recomienda esperar a los resultados para iniciar el tratamiento:

La decisión de tratar empíricamente dependerá de:

a. La disponibilidad de los pacientes de evitar las relaciones sexuales y regresar para la obtención de los resultados microbiológicos.
b. La gravedad de la presentación clínica.
c. La probabilidad de que los síntomas sean de origen infeccioso.
d. El riesgo de que la persona haya adquirido una ITS.



Besa Castellá M et.al. Atención Primaria 55 (2023)

Recomendaciones generales tras el diagnóstico de una ITS

- **Seguimiento clínico** hasta la curación
- Evitar relaciones sexuales sin preservativo hasta completar tratamiento y **estudio de contactos**
- **Cribado de otras ITS**, con toma de muestras según prácticas de riesgo
- **Consejo y educación sanitaria**
- **Ofrecer vacunación** de VHB, VHA, VPH, *N.meningitidis* grupo B y Mpox según proceda
- **Informar,** si procede, de las opciones de profilaxis pre exposición y post exposición frente al VIH (**PrE y PEP)**
- Test de gestación, si procede

Modalidades de notificación de contactos:

- ***Patient referral:*** la notificación la hace el caso índice
- ***Provider referral:*** la notificación la realiza un profesional sanitario
- ***Conditional referral:*** *el caso índice se hace cargo de la notificación, pero si pasado un tiempo no la ha hecho esta pasa a manos del profesional*
- ***Dual referral:*** la notificación la hace el paciente y/o el profesional sanitario de manera anónima usando aplicaciones y herramientas digitales, avisando a los contactos mediante mensajes de texto

Servicio Murciano de Salud

IRAS-PROA SMS

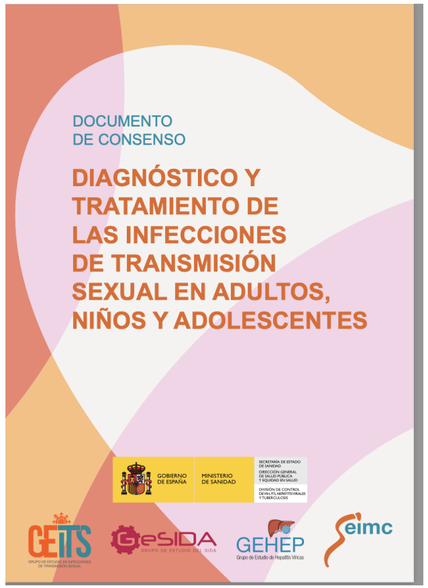
Pacientes que consultan por síntomas o signos sugestivos de ITS

Principales síndromes clínicos

- Uretritis y cervicitis
- Vulvovaginitis
- Úlceras anogenitales
- Proctitis

Otras ITS:

- Hepatitis virales
- Infección por el virus del papiloma humano
- Infección por el VIH



iras proa SMS

GUÍA HOSPITALARIA DE TERAPÉUTICA ANTIMICROBIANA EN ADULTOS

5ª Edición

Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación

Julio 2026

Servicio Murciano de Salud

IRAS-PROA SMS

Síndromes que cursan con fujo o exudación genital: Uretritis / Cervicitis

- **Síntomas**: Secreción; disuria; sangrado vaginal intermenstrual (ej: post coital), dolor abdominal suprapúbico y/o dispareunia; síndrome miccional

- **Patógenos más frecuentes:** Neisseria gonorrhoeae, C.Trachomatis., Mycoplasma genitalium (M.G)

URETRITIS

TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Ceftriaxona[1] 500 mg IM DU (si peso >150 kg, administrar 1 g) + **Doxiciclina** 100 mg/12 h VO, durante 7 días	**Ceftriaxona**[1] 500 mg IM DU (si peso >150 kg, administrar 1 g) + **Azitromicina** 1 g VO el primer día, seguido de 500 mg dos días más. **Alérgicos a betalactámicos:** **Gentamicina** 240 mg IM DU + **Azitromicina** 2 g VO DU.

CERVICITIS

TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Ceftriaxona[1] 500 mg IM DU (si peso >150 kg, administrar 1 g) + **Doxiciclina** 100 mg/12 h VO (7 días) o **Azitromicina** 1 g DU (de elección en embarazadas)	**Alérgicos a penicilina:** **Gentamicina** 240 mg IM DU + **Azitromicina** 2 g VO DU

*Diversas guías recomiendan Ceftiraxona 1gr im DU (En España no se han descrito fracasos terapéuticos con dosis de 500mgr). La dosis de 1 gr DU im está indicada si peso > 150 Kg en infección complicada por N. gonorroheae (enfermedad inflamatoria pélvica, conjuntivitis gonocócica, sd artritis - dermatitis)

**Azitromicina sólo debería utilizarse si se sospecha baja adherencia o gestación, por mayor riesgo de inducir resistencias a los macrólidos

**En gestantes alérgicas a cefalosporinas consultar con especialista en enfermedades infecciosas

Si se considera bajo riesgo de ITS realizar tratamiento diferido según resultados

Servicio Murciano de Salud

IRAS-PROA SMS



Uretritis / Cervicitis: Seguimiento

Seguimiento clínico

Si persisten los síntomas sospechar reinfección, infección por Mycoplasma genitalium o fracaso terapéutico por resistencia a antibióticos.

- Recoger de nuevo muestras para TAAN (PCR) y **cultivo para estudio de resistencias**
- Tasa de resistencias a azitromicina de M.G en la región de Murcia: 40-55%
  - Tratamiento de 1ª línea: Doxiciclina 100/12 h 7 días, seguido de azitromicina 1 gr v.o en dosis única y posteriormente 500 mgr vía oral cada 24 h, 3 días más
  - Si hay resistencia a macrólidos: Moxifloxacino 400 mgr v.o/24h, 7 días

Seguimiento microbiológico

No se recomienda test de curación (TC) de rutina a personas no embarazadas con infecciones no complicadas y tratadas con los regímenes recomendados

Para evitar falsos positivos, no antes de 4 semanas.

Interpretar con precaución los resultados positivos: alta probabilidad de reinfecciones a partir de una pareja no tratada y no de verdadero fracaso terapéutico

Síndromes que cursan con flujo o exudación vaginal: Vulvovaginitis

Vaginosis bacteriana

- Recomendaciones de tto:
  - Gestantes sintomáticas o asintomáticas con factores de riesgo de parto prematuro
  - Mujeres no gestantes en los siguientes casos:
    - Síntomas
    - Procedimiento ginecológico
    - Mujeres con alto riesgo de ITS

Tabla 1. Pautas terapéuticas recomendadas para la VB

TRATAMIENTOS DE PRIMERA LÍNEA
· Metronidazol 500mg/12h por 7días, vía oral · Metronidazol gel 0,75%, 5 gr, 1 aplicación/24h x 5 días, vía vaginal · Clindamicina gel 2%, 5 gr, 1 aplicación/24h x 7 días, vía vaginal
TRATAMIENTOS DE SEGUNDA LÍNEA / ALTERNATIVOS
· Tinidazol 2gr/24h x 2 días, vía oral · Tinidazol 1gr/24h x 5 días, vía oral · Clindamicina 300mg/12h x 7 días, vía oral · Clindamicina óvulos 100mg, 1 óvulo/24h x 3 días, vía vaginal · Cloruro de decualinio 10mg, 1 comprimido/24h x 6 días, vía vaginal · Probióticos

  - En gestantes no usar cloruro de decualinio por escasa evidencia disponible

Tricomoniasis vaginal

- Tatar tanto los casos sintomáticos como los asintomáticos y sus parejas
- Test de control post tto (TAAN) entre 3 sem y 3 meses siguientes al tratamiento
- **Tratamiento:**
- Metronidazol: 500mg 2 veces al día, durante 7 días, por vía oral vs Metronidazol una dosis única de 2gr vía oral. *
- Alternativa Tinidazol: 2 gr vía oral, dosis única. Evitar en gestantes.

*Los resultados de meta-análisis y un ensayo randomizado demostraron la superioridad de la pauta multidosis frente a la dosis única Dada la falta de ensayos comparables en varones, en ellos se sigue recomendado la dosis única de metronidazol como tratamiento de elección.

Servicio Murciano de Salud

IRAS-PROA SMS

Proctitis / Proctocolitis / Enteritis

- La mayoría de las proctitis están causadas por ITS no así las proctocolitis y enteritis
- Afectan sobre todo GBHSH, con mayor prevalencia en personas con VIH.
- En relación con sexo anal receptivo, juguetes sexuales contaminados, fisting , o sexo oro-anal
- Aunque puede haber formas asintomáticas, la mayoría se presentan de forma muy sintomática (dolor anorrectal, tenesmo rectal, fiebre o malestar, supuración)
- El tratamiento empírico debe cubrir Chlamydia y gonococo a la espera de resultados microbiológicos
- Si la etiología es Linfogranuloma venéreo (LGV) – Chlamydia trachomatis L1,L2, L3
  - Tratamiento: Doxiciclina 100mgr/12 h v.o. **21 días**. Alternativa: erirtromicina 500mgr/6h v.o. 21 días (en gestantes eritromicina base); Azitromicina 1 gr v.o. cada semana , 3 semanas.



INDICACIONES	ETIOLOGIA HABITUAL	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN
Proctitis aguda	*Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis* serovares D-K y L1-L3 (linfoganuloma venereo), VHS tipo1 y 2, *Treponema pallidum.* Otros: *Mycoplasma genitalium, Mpox*[3]	**Ceftriaxona**[1] 500 mg IM DU (1 g IM DU si peso >150 kg) + **Doxiciclina** 100 mg/12 h VO, 7-21[2] días; si no se puede utilizar doxiciclina, sustituirla por **Azitromicina** 1 g VO, 1 dosis a la semana durante 3 semanas. En caso de úlceras anales se debe añadir tratamiento para herpes simple con **famciclovir** 500 mg/12 h VO o **valaciclovir** 1 g/12 h VO, 7-10 días



Úlceras anogenitales
Mensajes clave



- **Patógenos** más frecuentes:
  - Herpes (VHS 1 y 2)
  - Sífilis (T. pallidum)
  - Chlamydia trachomatis (serotipos L1, l2 y L3) – Linfogranuloma venéreo (LGV)
- No todas están producidas por ITS
- Las producidas por ITS **se pueden localizar en cualquier región anatómica**, tanto cutánea como mucosa.
- Para el **diagnóstico**:
  - Realizar serología de sífilis
  - TAAN (PCR) de la úlcera
  - No utilidad de serología VHS: IgM no distingue entre infección aguda y crónica y no se recomienda su determinación . IgG anti VHS-2 herpes anogenital, anti VHS-1 no distingue entre infección orofaríngea o genital
- El tratamiento empírico irá dirigido frente a VHS y sífilis



Úlceras anogenitales
Mensajes clave



- **Patógenos** más frecuentes:
  - Herpes (VHS 1 y 2)
  - Sífilis (
  - Chlam
- No todas
- Las produ
  mucosa.
- Para el **dia**
  - Realiza
  - TAAN (
  - No utili
    recomi
    infecci
- El tratamiento empírico irá dirigido frente a VHS y sífilis

ÚLCERAS GENITALES				
INDICACIONES	**ETIOLOGÍA HABITUAL**	**TRATAMIENTO DE ELECCIÓN**	**TRATAMIENTO ALTERNATIVO**	**OTRAS RECOMENDACIONES**
Úlceras genitales	*Treponema pallidum, Haemophilus ducreyi,* VHS (tipo 1 y tipo 2), *Klebsiella granulomatosis, Mpox*[1]	Es conveniente esperar a los resultados de microbiología. Si se prevé que el paciente no va a volver a la consulta o no se dispone de las técnicas de laboratorio, se puede pautar tratamiento empírico con: **Penicilina benzatina** 2,4 x 10^6 UI IM DU + **Azitromicina** 1 g VO DU + **Famciclovir** 250 mg/ 8 h VO, 5 días o **Valaciclovir** 1 g/24 h VO, 7 días en primoinfección y 5 días en recidiva		-Examen directo del exudado de la úlcera, tinción de Gram. - Realizar TAAN para la detección de VHS, *T. pallidum, Chlamydia trachomatis y H. ducreyi.* *-Considerar realizar TAAN mediante PCR para la detección de Mpox.* -Si existen adenopatías se puede considerar la punción aspirativa y/o biopsia con tinción de Wriht-Giemsa (presencia de cuerpos de Donovan, infección por *Klebsiella granulomatosis*) y cultivo en medios selectivos. - Se deben descartar otras ITS mediante toma de TAAN en exudado faríngeo, cervical, rectal y orina para *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* - Se deberán realizar serologías de VIH, VHC, VHB y lúes.

Servicio Murciano de Salud

IRAS-PROA SMS

Pruebas de laboratorio para el diagnóstico y el seguimiento de la sífilis

Atencion Primaria 56 (2024) 102806

Tabla 3 Pruebas de laboratorio para el diagnóstico y el seguimiento de la sífilis

Indirectas	Laboratorio	Características	Falsos
Pruebas Treponémicas (específicas) Positivas toda la vida	• EIA/CLIA (IgG o IgG + IgM): inicial • TPHA: confirmatorias • TPPA • FTA-abs • Tests rápidos	• Periodo ventana antes del chancro y 2 semanas posteriores a su aparición • Se mantienen positivos el resto de la vida (excepto 2-3%) • No confieren inmunidad	Falsos negativos: • Período ventana • Inmunodepresión • Tratamiento precoz
Pruebas no treponémicas o Reagínicas (inespecíficas) Se titulan 1/16, 1/32, 1/64...	• VDRL • RPR Nos sirven para el control: aumenta la actividad cuando el denominador se multiplica por dos: 1/32-1/64-1/128 Buena respuesta al tratamiento cuando el denominador se divide entre dos: 1/32-1/16-1/8	• Periodo de ventana 2-3 semanas • Títulos bajos durante seroconversión ½ ~ ⅛ • Títulos > 1/16 indican TP activo • A más actividad y más recinte: títulos más altos • Títulos < 1/16 no excluyen actividad	Falsos negativos: • Periodo ventana • Fenómeno prozona (coinfección VIH) • Inmunodepresión • Tratamiento precoz • Consumo de OH Falsos positivos: • Edad avanzada • Hepatitis, varicela, VIH, mononucleosis, Lyme, otros treponemas, TBC, lepra, paludismo • Vacunas recientes • Embarazo • LES, síndrome antifosfolípido • Neoplasias • UDVP

Seguimiento serológico de la sífilis precoz : 3, 6 y 12 meses Hasta 24 meses en sífilis tardía
Respuesta serológica adecuada: **descenso de 2 ó más diluciones** de las pruebas no treponémicas al año de seguimiento

De la Poza Abad Manejo en atención primaria de las infecciones de transmisión sexual (II). Lesión ulcerada genital. Vulvovaginitis. Virus del papiloma humano. Atención Primaria 56 (2024)

Pruebas de laboratorio para el diagnóstico y el seguimiento de la sífilis

Tabla 3 Pru

Indirectas

Pruebas Trep
(específica
Positivas t

negativos:
odo ventana
inodepresión
amiento precoz

Pruebas no t
o Reagínic
(inespecífi
Se titulan
1/64...

negativos:
odo ventana
meno prozona
ección VIH)
inodepresión
amiento precoz
umo de OH
positivos:
l avanzada
atitis, varicela, VIH,
ucleosis, Lyme, otros
emas, TBC, lepra,
smo
nas recientes
arazo
síndrome
sfolípido
olasias

Seguimiento serológico
Respuesta serológica ade
al año de seguimiento

Figura 1. Algoritmo diagnóstico de la sífilis[5,7,13]



De la Poza Abad Manejo en atención primaria de las infecciones de transmisión sexual (II). Lesión ulcerada genital. Vulvovaginitis. Virus del papiloma humano. Atención Primaria 56 (2024)

Tratamientos



Herpes genital

	VALACICLOVIR	FAMCICLOVIR	ACICLOVIR	GESTACION/LACTANCIA
EPISODIO PRIMARIO	1 gr oral 2 veces al día durante 7-10 días	250 mg oral 3 veces al día durante 7-10 días	400 mg oral 3 veces al día durante 7-10 días	ACICLOVIR 400 mg oral 3 veces al día durante 7-10 días
RECURRENCIAS	500 mg oral 2 veces al día durante 3 días O 1 gr oral una vez al día durante 5 días	1 gr oral 2 veces al día, un solo día O 500 mg un día seguido de 250 mg 2 veces al día durante 2 días O 125 mg 2 veces al día durante 5 días	800 mg 2 veces al día durante 5 días O 800 mg 3 veces al día durante 2 días	ACICLOVIR 800 mg 2 veces al día durante 5 días O ACICLOVIR 800 mg 3 veces al día durante 2 días
TERAPIA SUPRESIVA	500 mg-1 gr oral al dia	250 mg oral 2 veces al día	400 mg oral 2 veces al día	ACICLOVIR 400 mg 3 veces al día. O VALACICLOVIR 500 mg 2 veces al día

*Si persisten los síntomas el tratamiento puede alargarse más de 10 dias.
* Aciclovir200 mg oral 5 veces al día también es efectiva pero no se recomienda por la frecuencia de dosis.

Sífilis

Tabla 1: Manifestaciones clínicas y tratamiento de sífilis precoz y tardía [3,8,13]

Sífilis	Denominación	Tiempo desde el contagio	Manifestaciones clínicas	Tratamiento elección	Tratamiento alternativo
Precoz	Primaria	10-90 días	Úlcera habitualmente única en el lugar de la inoculación acompañado de adenopatía indolora	PGB 2.4 M UI/IM (Dosis única)	Doxiciclina 100 mg/ PO/12H/14d
	Secundaria	A partir 6 semanas tras infección (2-24 semanas)	Síntomas generales, adenopatías, rash, alopecia. Cualquier órgano puede verse afectado		
	Latente Precoz	Durante el primer año tras la infección	Asintomática		
Tardía	Latente Tardía	A partir del primer año tras la infección	Asintomática	PGB 2.4 M UI/IM/7 días durante 3 semanas	Doxiciclina 100 mg/ PO/12H/28/d
	Terciaria		Sífilis gomosa Sífilis cardiovascular Neurosífilis tardía		

Servicio Murciano de Salud

IRAS-PROA SMS

Hepatitis virales y Virus del papiloma humano
Mensajes clave



- **La hepatitis A, B y C** se pueden comportar como infecciones de transmisión sexual.
- En todas las personas con relaciones sexuales no protegidas y prácticas de riesgo **se debe descartar la infección activa o pasada por el VHA, VHB y VHC**
- En personas con relaciones sexuales no protegidas y prácticas de riesgo que **no han tenido exposición previa al VHA o el VHB está indicado la vacunación** frente ambos virus.

- El **VPH** está implicado en la etiopatogenia del carcinoma de cérvix, ano, pene, vulva, vagina y orofaringe.
- **Incidencia de cáncer de ano (CA)** en aumento, especialmente en hombres GBHSH que viven con VIH. El cribado, mediante citología y anoscopia se recomienda en pacientes de riesgo.

. El diagnóstico de las verrugas ano-genitales (VAG) es clínico. Respecto al **tratamiento** ninguno ha demostrado superioridad frente al resto

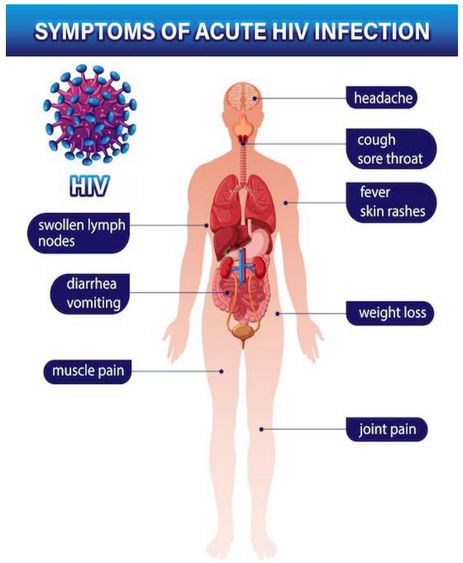
- La **vacuna bivalente y nonavalente frente al VPH** han demostrado eficacia en la prevención de las lesiones premalignas de cérvix, vulva, vagina y ano, así como en el cáncer de cérvix y ano. La vacuna nonavalente es además eficaz para prevenir las VAG asociadas al VPH 6 y 11.

Servicio Murciano de Salud

IRAS-PROA SMS

Infección aguda por VIH

- Asintomática (30%) / Sintomática (70%)
- Similar a Síndrome gripal con adenopatías y rash o una mononucleosis infecciosa aguda
- La viremia es muy elevada





DÍA 0	Posible exposición	
DÍA 14	ARN-VIH	Promedio 10-12 días; en el 95% de las personas se detecta en el intervalo de entre 3 días y 6 semanas
DÍA 11-13	Antigeno p24	En el 95% de las personas se detecta en el intervalo de entre 1 y 8 semanas
DÍA 22	Anticuerpos	Se detectan a las 3-4 semanas (promedio de 22 días); en el 95% de las personas se detectan a las 4 semanas y en el 99.7%, a las 12 semanas

En la siguiente tabla se muestran los diferentes tipos de pruebas y el marcador inmunológico o virológico que detectan:

TIPO DE PRUEBA	¿QUÉ DETECTA?		
	ARN/ADN	Antígenos	Anticuerpos
PCR (carga viral)	X		
Prueba de laboratorio de 4ª generación (Ag/Ab)		X	X
Pruebas de laboratorio de 1ª, 2ª 3ª generación			X
Pruebas rápidas de 3ª generación			X
Pruebas rápidas de 4ª generación		X	X
Autotest			X
Western blot			X

grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH
ENTIDAD DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA
Grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH

Servicio Murciano de Salud

IRAS-PROA SMS



ENFERMEDADES INDICADORAS DE INFECCIÓN POR VIH

Tabla 1. Enfermedades indicadoras de infección VIH asociadas a una prevalencia de VIH no diagnosticado > 0,1 %
1. Infección de transmisión sexual
2. Linfoma maligno
3. Cáncer/Displasia anal
4. Displasia cervical
5. Herpes zóster
6. Hepatitis B o C (aguda o crónica)
7. Síndrome mononucleósico
8. Trombocitopenia o leucocitopenia idiopática que dure más de 4 semanas
9. Dermatitis seborreica/exantema
10. Enfermedad neumocócica invasiva
11. Fiebre sin causa aparente
12. Candidemia
13. Leishmaniasis visceral

Tabla 2. Otras enfermedades posiblemente asociadas a una prevalencia de VIH no diagnosticado > 0,1%
1. Cáncer de pulmón primario
2. Meningitis linfocítica
3. Leucoplasia vellosa oral
4. Psoriasis grave o atípica
5. Síndrome de Guillain-Barré
6. Mononeuritis
7. Demencia subcortical
8. Enfermedad del tipo esclerosis múltiple
9. Neuropatía periférica
10. Pérdida de peso injustificada
11. Linfadenopatía idiopática
12. Candidiasis bucal idiopática
13. Diarrea crónica idiopática
14. Insuficiencia renal crónica idiopática
15. Hepatitis A
16. Neumonía de adquisición en la comunidad
17. Candidiasis

Servicio Murciano de Salud

IKHS-PROASMS

Fuente: Adaptado de *HIV in Europe, Grupo HIDES. Enfermedades indicadoras de infección por VIH: Guía para la realización de la prueba del VIH a adultos en entornos sanitarios. 2013.*

Estudio de contactos: Periodo de tiempo según el síndrome o el microorganismo

Tabla 3. – Periodos de tiempo, según el síndrome o el microorganismo, para la intervención sobre los contactos sexuales.

Síndrome	Periodos de tiempo recomendados para notificación
Uretritis/Cervicitis inespecíficas	Personas sintomáticas: 4 semanas previas.
Enfermedad Pélvica Inflamatoria	Se deben estudiar las parejas sexuales de los últimos 6 meses.
Escabiosis	2 meses previos al inicio de sintomatología.
Pediculosis	3 meses previos al inicio de sintomatología.
Infecciones entéricas sexualmente trasmitidas (STEI)	Recomendaciones: - Realizar estudio de contactos de 4 semanas previo al inicio de síntomas (excepto para proctitis por *E. histolytica*) - Los contactos sintomáticos y asintomáticos de *E. histolytica* deben ser estudiados y aquellos que sean positivos, tratados. - Los contactos sintomáticos de otras infecciones entéricas deben ser tratados considerando el mismo patógeno que el caso índice.
Etiología	**Periodos de tiempo recomendados para notificación**
Chlamydia trachomatis	Uretritis/Cervicitis sintomáticas: 2 meses previos desde inicio de sintomatología.
	Resto de casos índice (asintomáticos o con clínica en localización diferente): 6 meses.
Neisseria gonorrhoeae	Parejas sexuales de las 2 semanas previas al inicio de los síntomas o cualquier pareja sexual que presente síntomas, independientemente del tiempo, en la uretritis gonocócica. Todas las parejas sexuales de los 60 días previos al inicio de los síntomas si la infección es de otras localizaciones diferentes a la uretral sintomática.
Mycoplasma genitalium	Solo las parejas sexuales actuales y recurrentes deberían ser cribadas y tratadas
Linfogranuloma venéreo	Contactos sexuales de caso índice sintomático: 2 meses previos al inicio de la sintomatología.
	Contactos sexuales de caso índice asintomático: 2 meses previo al diagnóstico.

Síndrome	Periodos de tiempo recomendados para notificación
Treponema pallidum	
Sífilis primaria	3 meses previos al inicio de sintomatología.
Sífilis secundaria	6 meses previos al diagnóstico.
Sífilis latente precoz	12 meses previos al diagnóstico.
Sífilis latente tardía o indeterminada	Hasta la fecha de la última serología negativa si está disponible; en caso contrario, retroceder en la vida sexual activa del caso índice tanto como sea posible.
HSV-1 / HSV-2	A pesar de no haber un periodo específico, puede ser de ayuda para detectar posibles casos de contactos que desconozcan los síntomas.
Molluscum contagiosum	No es necesario revisión de contactos sexuales.
Trichomonas vaginalis	1 mes desde inicio de la sintomatología.
HAV	Avisar a contactos entre las dos semanas previas y una semana posterior al inicio de la ictericia.
HBV	El seguimiento de contactos debe incluir cualquier contacto sexual (sexo vaginal o anal o sexo oro/anal) o compañeros con los que se hayan compartido agujas desde dos semanas antes del inicio de la ictericia hasta alcanzar un antígeno de superficie negativo (AgHBs negativo). En casos de infección crónica, evaluar a los contactos hasta cualquier episodio de ictericia o hasta el momento en que se considere que la infección fue adquirida, aunque esto puede ser poco práctico para períodos de más de 3 años.
HCV	Si es una hepatitis C aguda: El estudio de contactos debe realizarse si el caso índice o la pareja son VIH+ (sexo vaginal, anal u oro/anal) o para compañeros con los que se hayan compartido agujas durante el período en el que se considera que el caso índice ha sido contagioso. Si es una hepatitis C crónica: Si no hay infección aguda, se deben rastrear contactos hasta la fecha más probable de infección (ej: transfusión, intercambio de jeringuillas…), aunque esto puede ser poco práctico en períodos superiores a 2-3 años.
HPV	No hay periodo ni recomendaciones específicas.
HIV	Si se puede estimar la fecha probable de la infección, estudiar a todos los contactos a partir de la misma y en los 3 meses previos. Si esto no es posible, retroceder hasta la fecha de la última serología negativa si está disponible; en caso contrario, retroceder en la vida sexual activa del caso índice tanto como sea posible.
Mpox	Contactos estrechos desde los 21 días posteriores al diagnóstico. (protocolo Ministerio Sanidad 2022).

Adaptado de las guías británicas de manejo de las infecciones de transmisión sexual "Sexually Transmitted Infections guidelines de la British Association of Sexual Health and HIV [17].





AMF 2018; 14(5)

Servicio Murciano de Salud

IRAS-PROA SMS

Prevención secundaria: Cribado de ITS en asintomáticos

- **Objetivo**: disminuir la fracción infradiagnosticada
- Cumple **criterios de Wilson y Junger**
  - Proceso importante por su gravedad y trascendencia individual y social
  - Diagnóstico por métodos sencillos y asequibles
  - El tratamiento mejora drásticamente la evolución y el pronóstico
- **Beneficios**:
  - individuales
  - poblacionales







Servicio Murciano de Salud

IRAS-PROA SMS

Prevención secundaria: Cribado de ITS en asintomáticos

¿A quién?

- Persona que solicita voluntariamente un cribado de ITS.
- Persona sexualmente activa con relación cerrada, al inicio de cada nueva relación, tras cambio de pareja sexual
- Persona sexualmente activa con múltiples parejas (en relaciones abiertas o cerradas) tras el último cribado.
- Embarazadas según guías de referencia
- **Persona que durante la anamnesis se sospeche de un riesgo elevado de adquirir una ITS**

Periodicidad y pruebas a realizar

Estratificar y actualizar el riesgo

La **valoración individualizada** del riesgo es **la mejor manera de reducir las "oportunidades perdidas"**

Nos permitirá decidir las pruebas a realizar y los tipos de muestras a recoger

Es además una oportunidad para sensibilizar, y reforzar la prevención primaria

Consejo pre y post prueba

Servicio Murciano de Salud

IRAS-PROA SMS

Patógenos y pruebas microbiológicas a considerar en el cribado de ITS de personas asintomáticas

Pruebas en sangre (suero)

Patógeno	Población recomendada	Prueba recomendada	Observaciones
VIH.	Todos.	ELISA 4G. Requiere test confirmatorio, bien por WB1 o TAAN si sospecha de infección primaria.	Repetir si existe riesgo de exposición reciente (actualmente, la tasa de detección del ELISA 4G es del 95% con una ventana de 2 a 4 semanas; con un plazo de 6 semanas, el porcentaje es prácticamente del 100%). Valorar TAAN en pacientes que inicien PreP.
T. pallidum.	Todos.	Serología treponémica si no existe historia previa (seguido de pruebas no-treponémicas, en caso reactivo) y Serologías no-treponémicas (RPR o VDRL) en pacientes con sífilis previa tratada.	
VHB (si no historia previa conocida de infección o inmunidad o de pauta vacunal completa).	GBHSH, personas *trans*, parejas múltiples, trabajadores sexuales, PVIH, PID, agresión sexual, pareja con VHB, procedentes de áreas endémicas.	Serología AcHBc (Ig-G+IgM) +/- AcHBs. En caso de AcHBc positivo incluir HBsAg.	Inmunizar si no se ha documentado seroconversión previa.
VHC.	No se recomienda en población general, solo a población con algún criterio de riesgo (GBHSH, personas *trans*, personas que viven con VIH (PVVIH), usuarios de drogas por vía parenteral UDVP…).	Cribado primario serología de anticuerpos (AcVHC). Si AcVHC positivo realizar cualquier estrategia que permita la detección del paciente virémico en un solo paso (ARN-VHC o Ag-VHC).	
VHA (si no historia previa conocida de infección o inmunidad o de pauta vacunal completa).	GBHSH, personas *trans* que tienen sexo con hombres, PID, personas con VHB/VHC, PVIH.		

Pruebas moleculares (TAAN) en muestras genitales y extragenitales

Pruebas en sangre (suero)			
Patógeno	**Población recomendada**	**Prueba recomendada**	**Observaciones**
NG/CT[2].	Varones *cis* / personas con pene. Mujeres *cis* / personas con vagina. GBHSH.	Primer chorro miccional de la mañana o al menos sin orinar en las 2-4h previas. Toma vaginal (promover autotoma si autorizada)[3]. Exudado faríngeo y/o rectal[4] (promover autotoma si autorizadas).	En mujeres *cis* el hisopo vaginal es más sensible que la muestra de orina. Si colposcopia, se puede recoger muestra endocervical en lugar de vaginal. En GBHSH se recomienda muestrear en 3 sitios anatómicos (orina, faringe, recto)[4]. Algunos sugieren análisis mediante agrupamiento de muestras de un mismo paciente (“*pooles*”)[5].
MG.	NO se recomienda cribado.	Primer chorro miccional de la mañana, o al menos sin orinar en las 2-4h previas. Toma vaginal (promover autotoma si autorizada).	Considerar solo en caso de contacto de pareja habitual con intención terapéutica.
T. pallidum.			Las pruebas TAAN no deberían ser realizadas en población asintomática.
Observaciones			
Muestras extragenitales			
Patógeno	**Población recomendada**	**Prueba recomendada**	**Observaciones**
NG/CT2.	No se recomienda cribado en mujeres cis, salvo en caso de mujeres con prácticas anales receptivas, y/o sexo oral y/o alto riesgo de adquisición por pareja diagnosticada de ITS.	Exudado faríngeo y/o exudado rectal.	En GBHSH se recomiendo muestrear en 3 sitios anatómicos (orina/uretra, faríngeo, rectal)[4]. Algunos grupos sugieren análisis mediante agrupamiento de muestras (“*pooles*”)[5].

Servicio Murciano de Salud

IRAS-PROA SMS

Vacunación frente a las ITS
Grupos de riesgo en función de prácticas sexuales

Hepatitis A (VHA):	• Trabajadores sexuales, GBHSH, personas que practican sexo oro-anal, PID, personas con infección por VIH. • Dos dosis separadas 6 meses. Sin límite de edad • Aconsejada serología previa para confirmar ausencia de inmunidad y postvacunal para valorar indicación 3º dosis. Dosis de recuerdo a los 10 años a personas que continúan en riesgo de exposición
Hepatitis B (VHB):	• GBHSH, múltiples parejas sexuales, PID, contacto con portador de HBsAg, Infección por VIH o VHC • Tres dosis a los 0, 1 y 6 meses • Aconsejada serología previa para confirmar ausencia de inmunidad y postvacunal para valorar dosis de recuerdo
Virus del papiloma humano (VPH):	• HSH, situaciones de prostitución hasta los 45 años (incluidos) • 1 dosis hasta los 25 años, de 26 a 45 años, 2 dosis separadas al menos 6 meses
Virus de la viruela (Mpox) (pre y post exposición):	• Personas que mantienen prácticas sexuales no protegidas, especialmente pero no exclusivamente GBHSH • Contactos estrechos de casos confirmados
Neiseria meningitidis grupo B (4CMenB) ¿¿??	• GBHSH y otras personas en riesgo de adquirir infección gonocócica (historia reciente de gonococia u otra ITS, relaciones desprotegidas con múltiples parejas

Vacunación frente a las ITS
Grupos de riesgo en función de prácticas sexuales

Hepatit

- Trabajadores sexuales, GBHSH, personas que practican sexo oro-anal, PID, personas con infección por VIH.
- Dos dosis separadas 6 meses. Sin límite de edad

unal para valorar indicación 3º exposición

Hepatit

ección por VIH o VHC

unal para valorar dosis de

Virus de
huma

es

Virus de la
(pre y post

ro no exclusivamente GBHSH

Neiseria
grupo B (4

eciente de gonococia u otra ITS,

	Dirección	Correo electrónico	Teléfono
Programa de Vacunaciones. DGSPyA. Consejería de Salud (áreas I, IV, V, VI, VII y IX)	Ronda de Levante 11. Murcia	vacunas@carm.es	968362249 968366811
Programa de Vacunaciones. Salud Pública de Cartagena (áreas II, VIII)	Plaza San Agustín SN. Cartagena	vacunas.cartagena@carm.es	968326676
Programa de Vacunaciones. Salud Pública de Lorca (área III)	C/Floridablanca. Edificio Santa Rosa de Lima, 6ª planta derecha. Lorca	saludpublicalorca@carm.es	968444749

Tratamiento antirretroviral como prevención frente al VIH

Profilaxis post exposición (PEP)

Riesgo apreciable de exposición al VIH

- **Tipo de exposición:**
  - sexo anal o vaginal insertivo o receptivo sin preservativo
  - Compartir material en inyección en PID
  - Pinchazo percutáneo con exposición a sangre u otros fluidos potencialmente infectantes
  - Mordeduras humanas con presencia de sangre
- **Características del "caso fuente":**
  - VIH conocido con carga viral detectable o desconocida
  - estatus VIH desconocido con factores de riesgo (HSH, PID, trabajador del sexo, agresión sexual, originario den países con prevalencia de VIH > 1%)

*Resto de situaciones valorar individualmente

DERIVAR AL HOSPITAL DE REFERENCIA (SERVICIO DE URGENCIAS)

Profilaxis preexposición (PrEP)

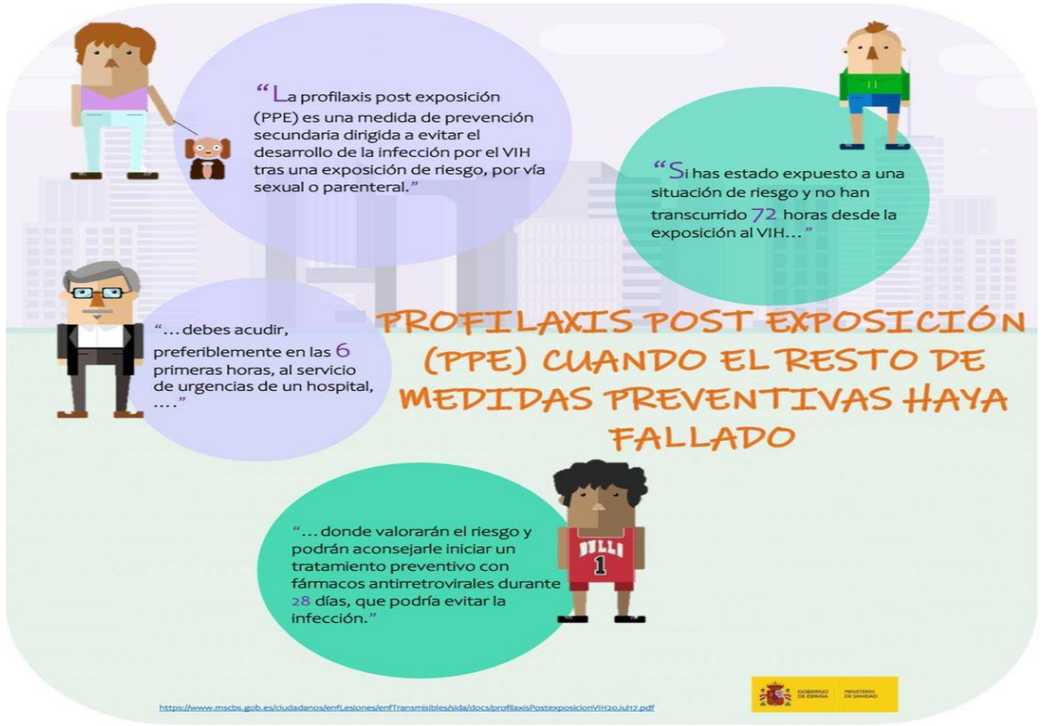
16 años o + años, y:

- **HSH y personas transgénero , al menos dos** de los siguientes:
  - o Más de 10 parejas sexuales diferentes en el último año.
  - o Práctica de sexo anal sin preservativo en el último año.
  - o Uso de drogas relacionado con relaciones sexuales sin preservativo en el último año.
  - o Administración de profilaxis post-exposición en varias ocasiones en el último año.
  - o Al menos una ITS bacteriana en el último año.
- **Mujeres** en situación **de prostitución** que refieran un **uso no habitual del preservativo**.
- **Mujeres y hombres cis**, que refieran un **uso no habitual del preservativo** y que presenten **al menos dos** de los mismos **criterios** que en HSH y personas transgénero.
- Usuarios de **drogas inyectadas** con **prácticas de inyección no seguras**

Interconsulta no presencial al servicio de Medicina Interna- Infecciosas, del Hospital de referencia

Tratamiento antirretroviral como prevención frente al VIH

Profilaxis post exposición (PEP)

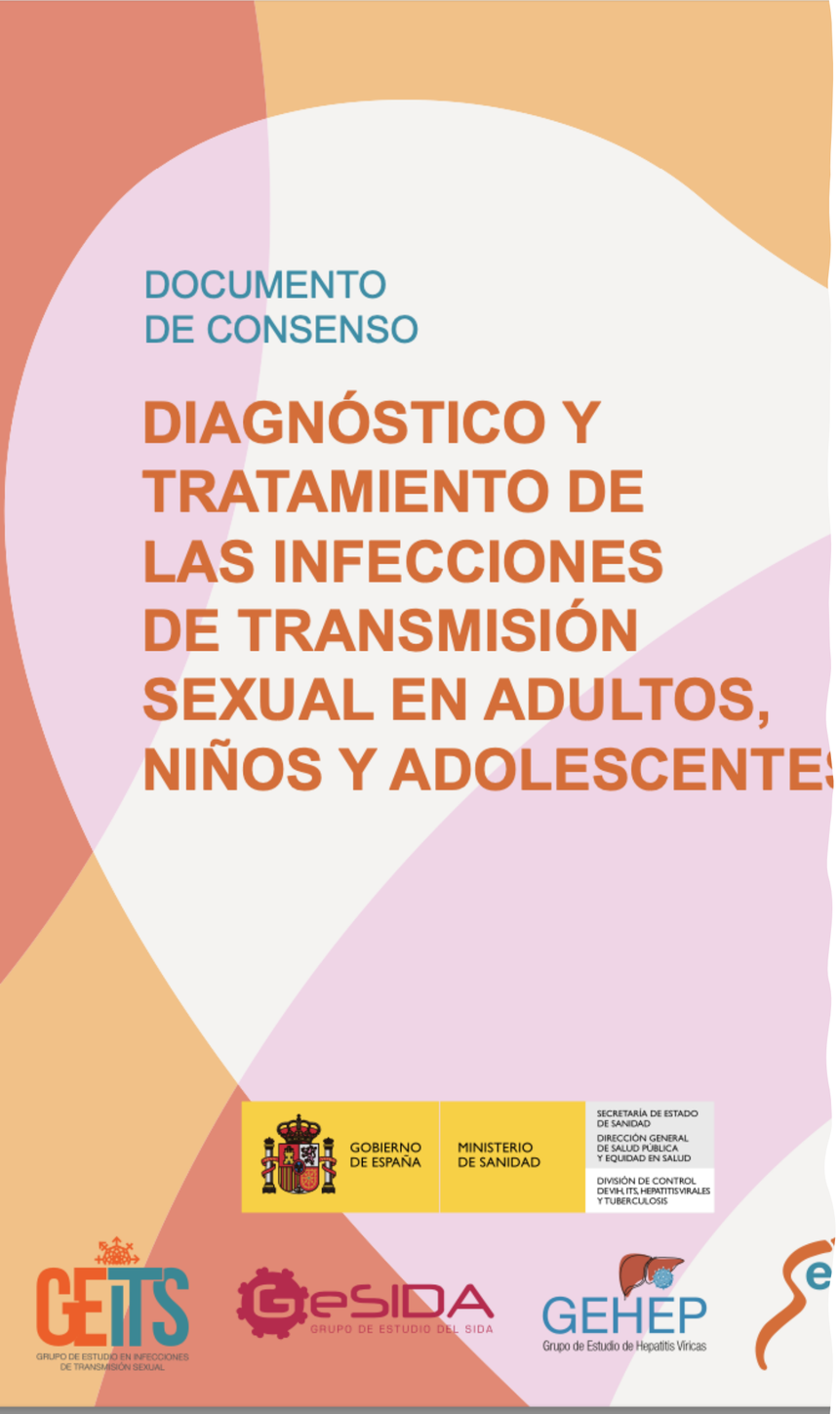


DERIVAR AL HOSPITAL DE REFERENCIA (SERVICIO DE URGENCIAS)

Profilaxis preexposición (PrEP)



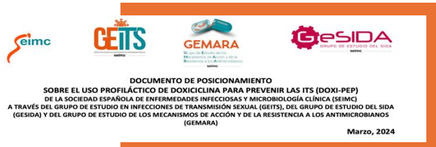
Interconsulta no presencial al servicio de Medicina Interna- Infecciosas, del Hospital de referencia



Vigilancia de la resistencia antibiótica

- **Gonococo:** resistencia a ceftriaxona, antibiótico de elección, se mantiene por debajo del 0,3% en España. Resistencia a macrólidos aumenta de forma sostenida desde e, 3,6% en 2016 hasta el 25,6% en 2022 lo que cuestiona su uso empírico en terapia dual
- **M. genitalium** ha aumentado la tasa de resistencias a macrólidos y a quinolonas
- **C. Trachomatis**: no se han detectado en España resistencias a macrólidos
- Como **alternativa a la penicilina para el tratamiento de la sífilis** las tetraciclinas presentan tasas de resistencia del 0% frente al 95% los macrólidos

CONTROVERSIAS EN ITS



DoxyPEP

- Profilaxis post exposición con **doxiciclina para la prevención de ITS bacterianas**
- Pauta: **200 mgr /día de doxiciclina** tras contacto sexual oral, anal o vaginal sin preservativo, **idealmente en las primeras 24 horas, y nunca después de las 72 horas**
- Diversos estudios evidencian **disminución significativa del riesgo de adquisición de sífilis, clamidiasis y en menor medida gonococia**
- **Dudas**: Efectos adversos individuales y poblacionales (**resistencias antimicrobianas**)
- **Posicionamiento (SEIMC2024 /OMS 2026): La prescripción de doxi-PEP se valorará únicamente y de manera individualizada en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) o mujeres transgénero (MTG) que tienen sexo con hombres y que han presentado reiteradas ITS en el último año**

PANELES MULTIPLEX PARA CRIBADO DE ITS

- **Detección de flora comensal (Micoplasmas y Ureaplasmas).**Bacterias presentes de forma asintomática en entre el 40 % y el 80 % de las personas sexualmente activas sin provocar patología.
- **Cribado de *Mycoplasma genitalium* en asintomáticos.** Aunque este microorganismo sí es un patógeno reconocido capaz de causar uretritis o cervicitis, las guías internacionales desaconsejan buscarlo en personas sin síntomas. Se desconoce el riesgo real de complicaciones a largo plazo en portadores asintomáticos y su tratamiento erradicador es complejo.
- **Aumento de resistencias antimicrobianas.**
- **Impacto psicológico y de pareja.**

RECOMENDACIONES “NO HACER” EN ITS

AMF SEMFyC

- No hacer **cribado de ITS de forma poblacional en pacientes asintomáticos y sin factores de riesgo**, sino basado en una historia sexual individualizada (prácticas de riesgo, número o tipo de parejas).
- **No asumir ni prejuzgar prácticas o perfiles:** Evitar dar por sentado qué pacientes tienen conductas de riesgo o necesidades de prevención según su edad, orientación sexual o situación personal sin preguntar de forma abierta y activa.
- **No adoptar una postura impositiva:** Desterrar la actitud de elegir o decidir por el paciente en lugar de fomentar la escucha activa y la toma de decisiones compartida sobre su salud sexual.
- **No omitir el estudio de contactos** para romper la cadena de transmisión, aunque no todas las ITS requieran esta medida de rastreo.

Servicio Murciano de Salud

IRAS-PROA SMS

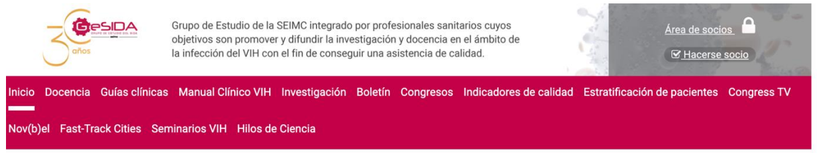
A modo de conclusiones: propuestas para la acción

- El control de la epidemia de ITS-VIH precisa una **actitud proactiva** de los profesionales de la salud
- Requiere incorporar, a nuestra actividad asistencial, la salud sexual con un enfoque positivo y respetuoso.
- La **historia clínica sexual** es una herramienta imprescindible para visibilizar los riesgos de nuestros pacientes. Sólo así será posible poner en marcha actividades de **prevención combinada**
- Las **habilidades de comunicación** de los profesionales, de especial relevancia en el ámbito de la salud sexual, impactan en la salud de los pacientes. Es preciso incorporarlas de forma transversal a la formación médica continuada.
- **Priorizar**, siempre que sea posible, el **enfoque etiológico** sobre el manejo sindrómico, aunque este último mantiene para su aplicabilidad donde no se disponga del diagnóstico molecular.

PÁGINA DE RECURSOS











Servicio Murciano

Bibliografía

- La infección por VIH en España: situación actual y propuestas frente a los nuevos desafíos. Enfermedades infecciosas y Microbiología clínica. Volumen 36, Extraordinario 1, Septiembre 2018
- Infecciones de transmisión sexual. AMF. Vol 14 (5) Mayo 2018
- Besa Castellá M. et.al. Manejo en Atención Primaria de las infecciones de transmisión sexual (I). Epidemiología. Síndrome secretor. Atención Primaria 55 (2023)
- De la Poza Abad M. et.a. Manejo en Atención Primaria de las infecciones de transmisión sexual (II). Lesión ulcerada genital. Vulvovaginitis. Virus del papiloma humano. Atención Primaria 56 (2024)
- Carrillo Muñoz R. et.al. Manejo en Atención Primaria de las infecciones de transmisión sexual (III). Hepatitis víricas e infección por el VIH. Atención Primaria 57 (2025)
- Barberá M.J y Serra Pladevall J. Infección gonocócica: un problema aún sin resolver. Enferm Infecc Microbiol Clin 2019; 37 (7): 458-466
- Otero Guerra L y Vázquez Valdés F. Diagnóstico molecular de la sífilis. Enferm Infecc Microbiol Clin 2020; 38 (Supl 1): 7-11
- Documento de consenso Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. División de control del VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis. Ministerio de Sanidad. 2026.
- Guía hospitalaria de terapéutica antimicrobiana en adultos. IRAS PROA.SMS. 5ª edición. Julio 2026
- Galicia P. et.al. La entrevista sexual. FMC 2024; 31 (4)
- Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito Sanitario. Ministerio de Sanidad. 2014
- Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2025. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud; 2026