

Optimización del Uso de Antimicrobianos en Síndromes Infecciosos Comunitarios

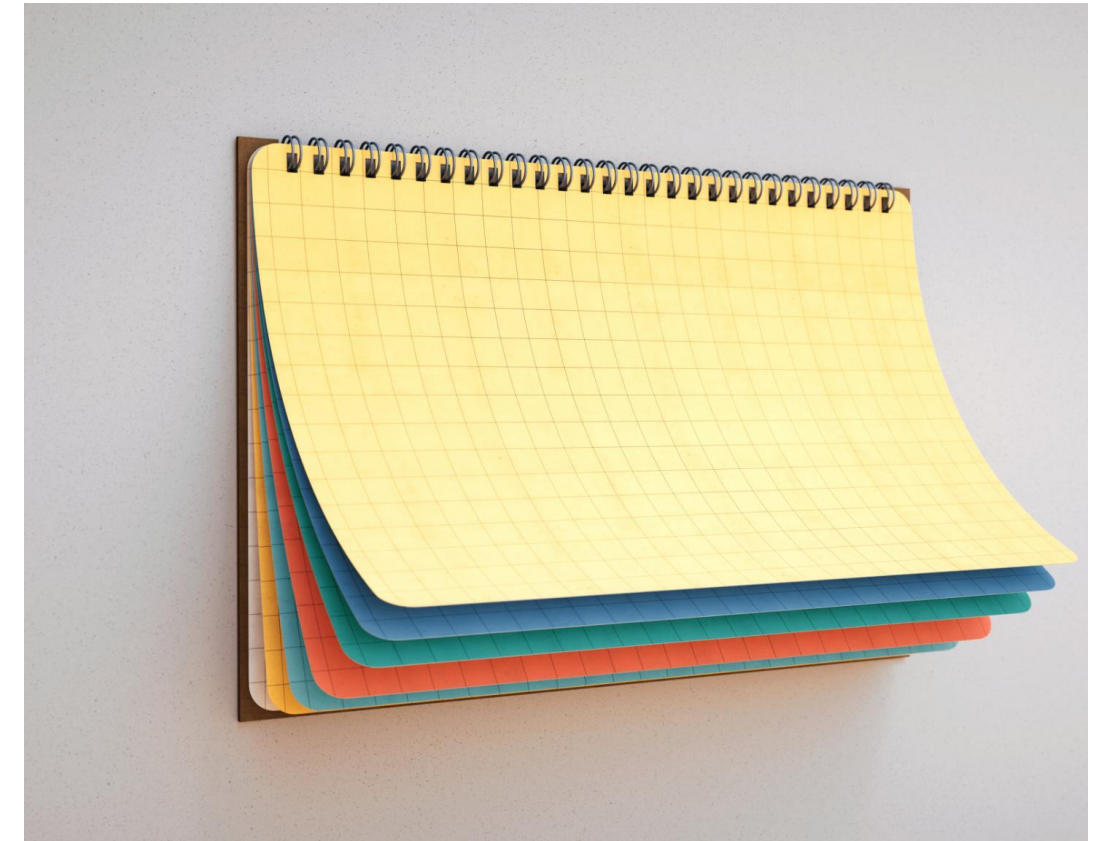
VIH E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

María González Barberá

Centro de Salud Vista Alegre – La Flota. Murcia.

ÍNDICE

- Contexto epidemiológico
- Determinantes y dinámica de la transmisión del VIH e ITS
- Objetivos estratégicos y líneas de acción
- 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 antiretroviral como prevención frente al VIH
- DOXI- PEP
- Vigilancia de las resistencias antibióticas
- Conclusiones y Propuestas
- Página de recursos
- Bibliografía



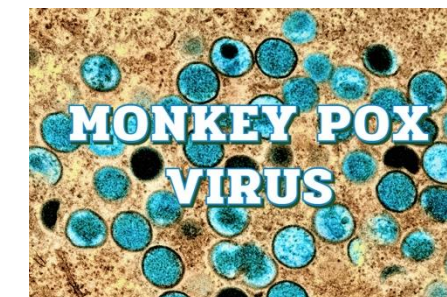
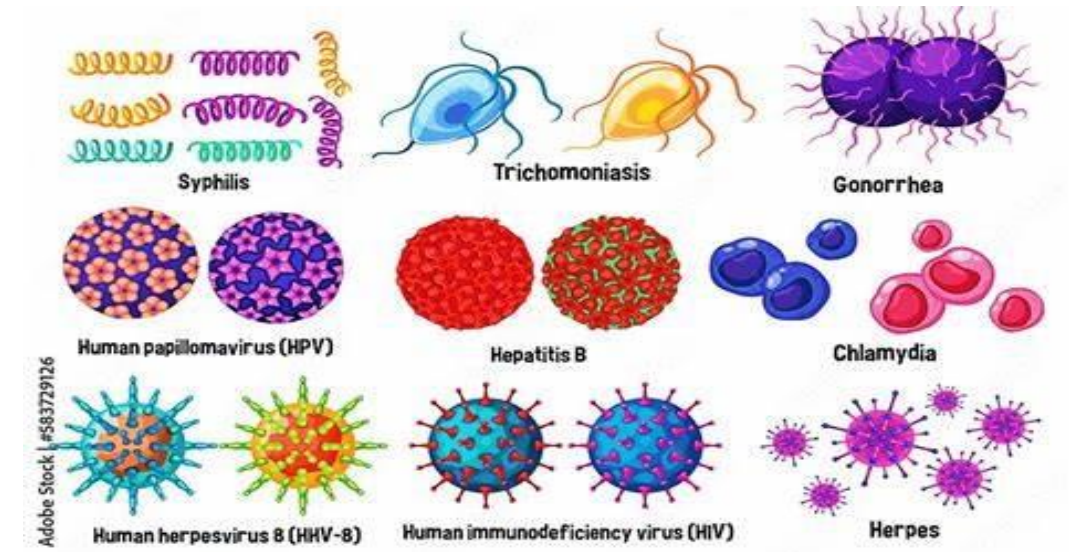
Infecciones de transmisión sexual (ITS) vs Microorganismos transmitidos sexualmente

Definición de ITS: Patologías infecciosas que se transmiten a través de un contacto físico íntimo involucrando el pene, vagina, boca o ano. Algunas, como el herpes (VHS) y el virus del papiloma humano (VPH), por contacto de piel a piel.

Patógenos implicados: Infecciones bacterianas: Gonococia, sífilis, Chlamydia, ...; Infecciones víricas: VIH, VHB, VPH, Herpes...; Protozoos: Trichomonas vaginales

A ellas se suman **brotes emergentes** de otras infecciones que pueden contraerse por contacto sexual: viruela símica (mpox), *brotes de hepatitis A y hepatitis C, Shigella...*

Enfermedades de declaración obligatoria (EDO). Sífilis, Sífilis congénita, Gonococia, Chlamydia trachomatis (serovares D-K); Linfogranuloma venéreo (Chlamydia trachomatis serovares L1, L2, L3)



LA VERDAD

Los planes para eliminar la hepatitis C se topan con un repunte por el 'chemsex'

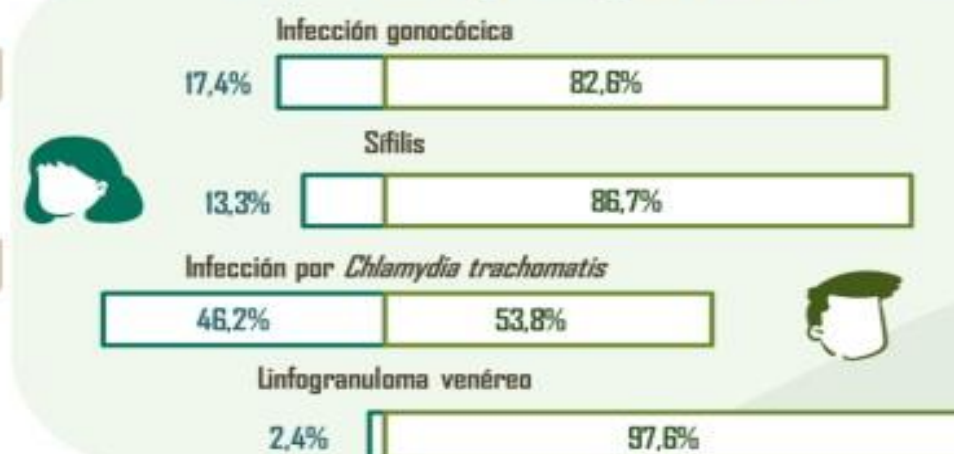
La Región suma 44 infecciones agudas desde 2021, lo que supone un fuerte aumento ligado a fiestas sexuales en las que se consumen drogas inyectadas



El contexto: Epidemiología de las ITS en España

| | | | |
|------------------------------------|---------|--|------------------------|
| 37.257 | 11.930 | 41.918 | 1.996 |
| Total de casos notificados en 2024 | | | |
| Infección gonocócica | Sífilis | Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> | Linfogranuloma venéreo |
| Tasas por 100.000 habitantes | | | |
| 76,63 | 24,54 | 86,26 | 4,59 |

Porcentaje según sexo



PUNTOS CLAVE

Mayor afectación de hombres

Mayor afectación de jóvenes <25 años para la infección gonocócica y por *C. trachomatis*

Continuo incremento de las tasas

SITUACION DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, ESPAÑA 2024

Distribución de casos según edad

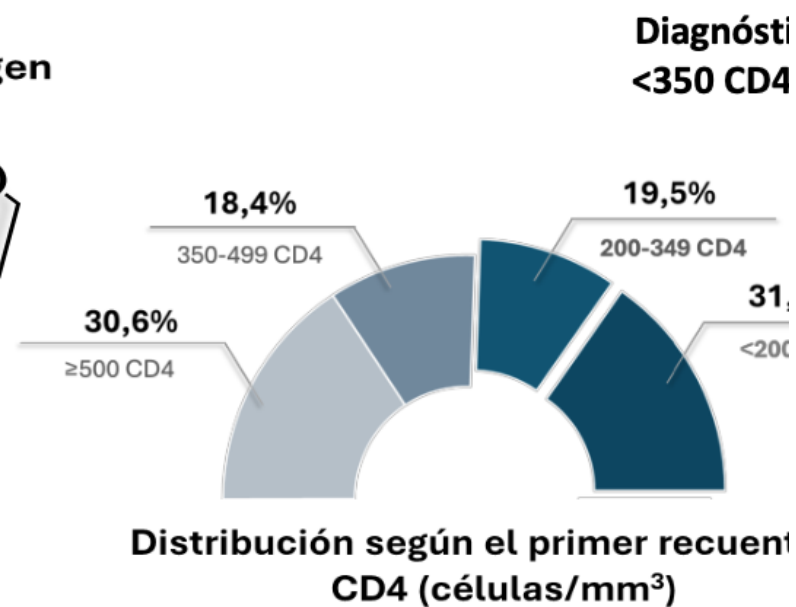
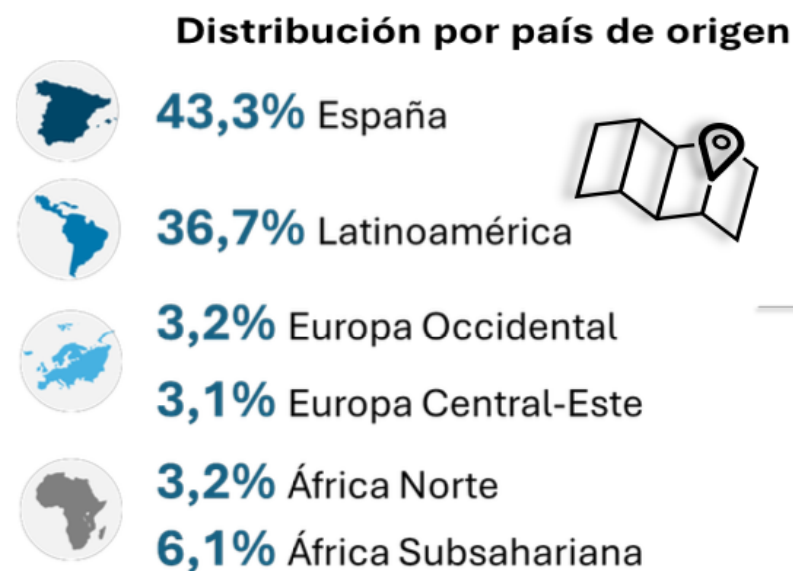
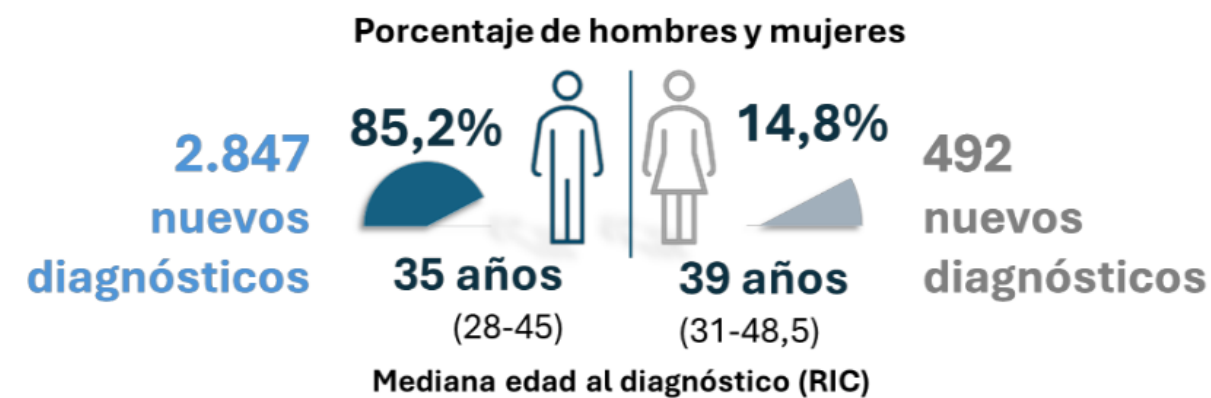


Porcentaje anual de cambio en las tasas según ITS



Vigilancia Epidemiológica del VIH en España, 2024

3.340 nuevos diagnósticos



PUNTOS CLAVE

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

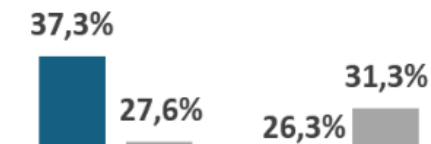


Figura 23. Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío (<350 CD4) según año de diagnóstico y modo de transmisión, 2013-2024. Datos no corregidos por retraso en la notificación

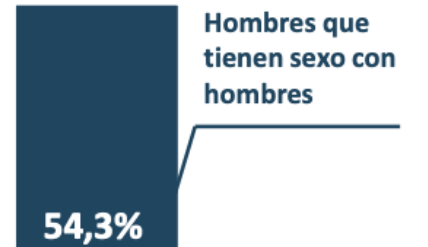
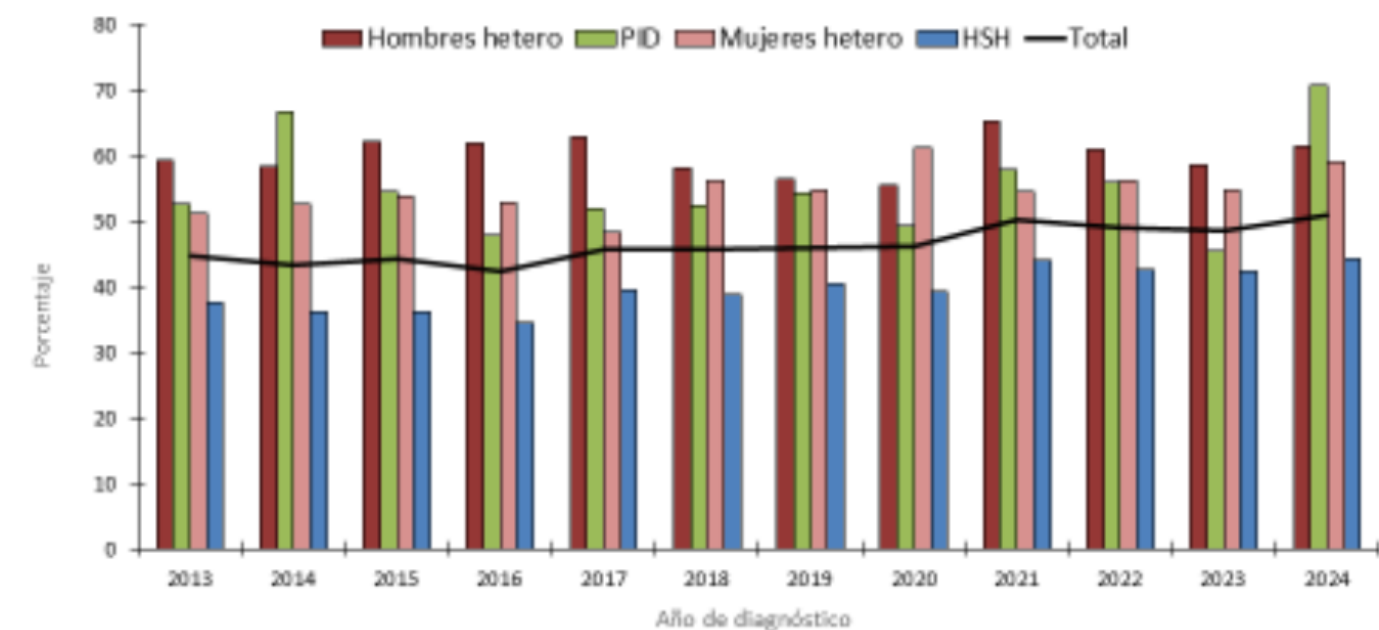


Figura 23
Nuevos diagnósticos de VIH.
Diagnóstico tardío (<350 CD4) según año de diagnóstico y modo de transmisión.
España, 2013-2024. Datos no corregidos por retraso en la notificación.



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



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

Determinantes y dinámicas de transmisión de las ITS y el VIH

Determinantes conductuales

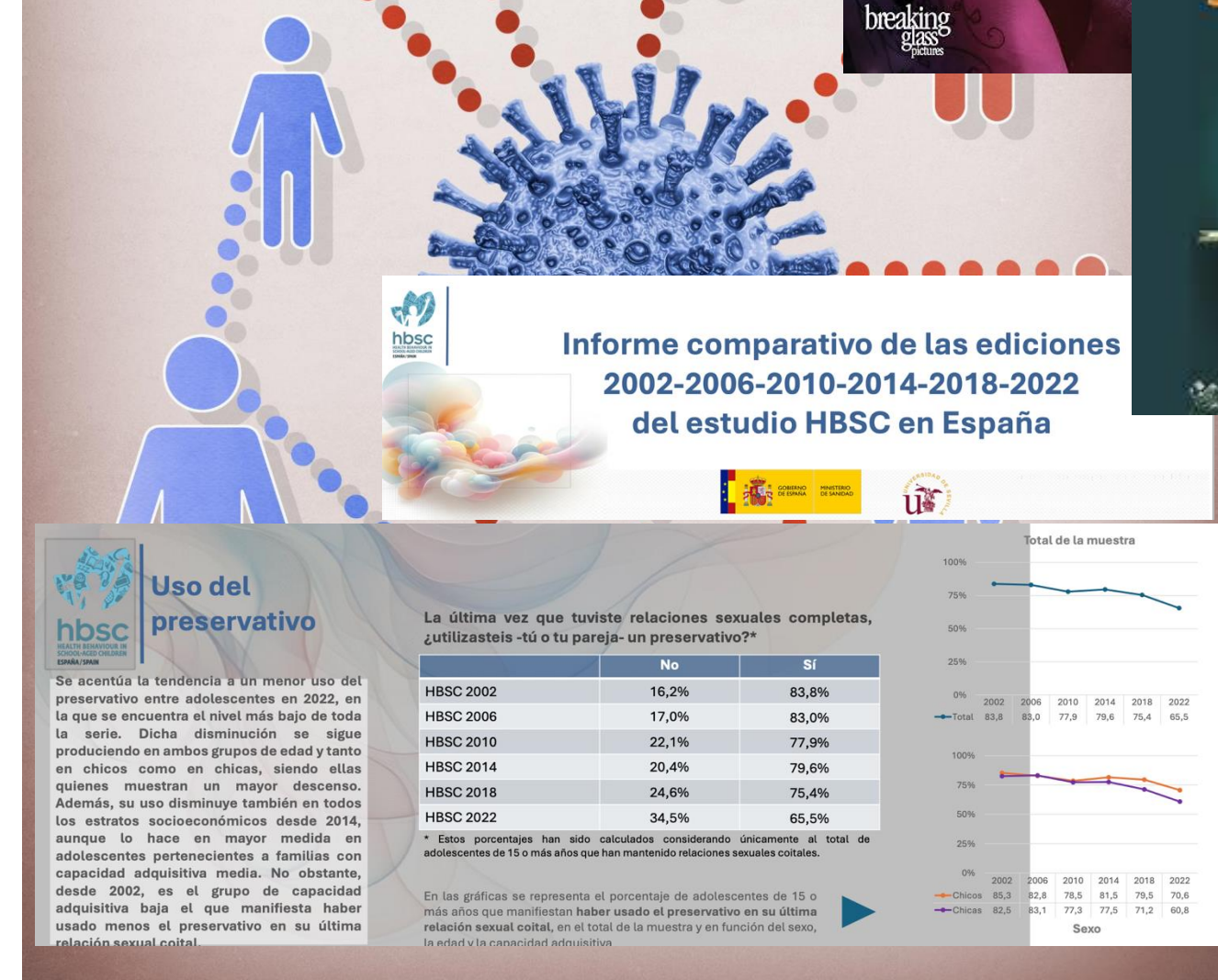
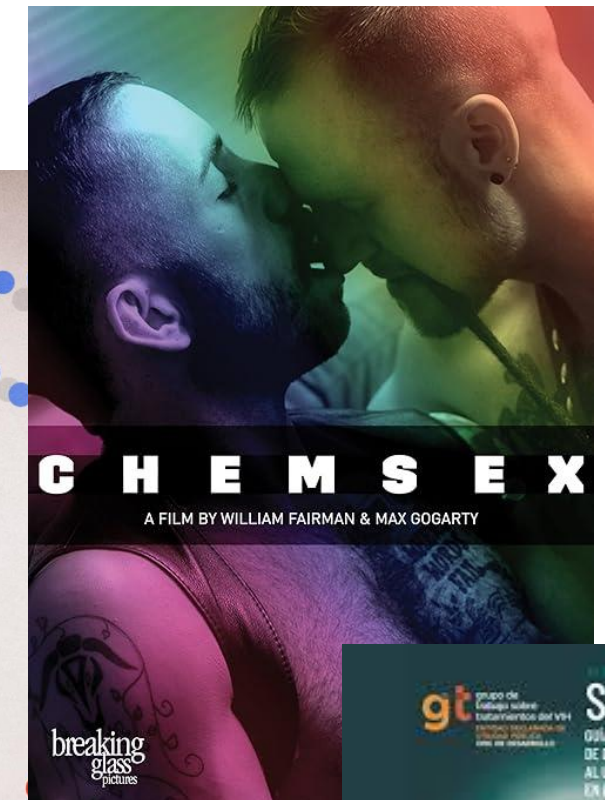
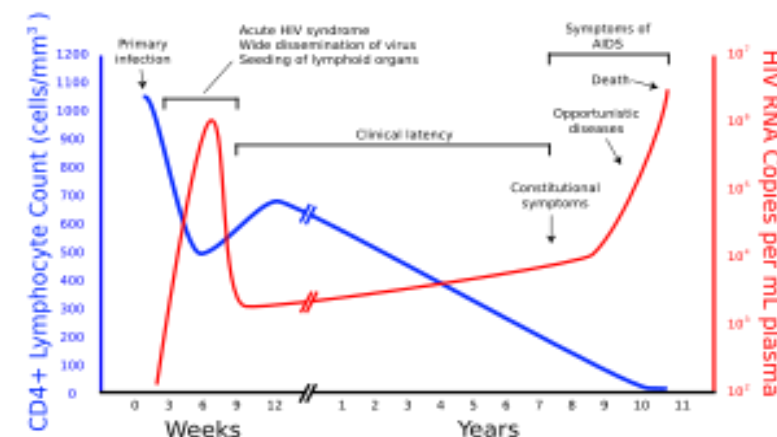
Cambios sociales: Edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas, redes sociales, aplicaciones de contactos APPs, consumo de drogas asociado a conductas sexuales de riesgo (alcohol, cannabis, cocaína... Chemsex)

Relajación en la prevención (desuso del preservativo)

Determinantes relacionados con la historia natural y características clínicas de las ITS y VIH

Infecciones asintomáticas o con largos periodos de latencia

Síntomas y signos inespecíficos



Determinantes sociales

Explican las inequidades en salud

Potencialmente evitables

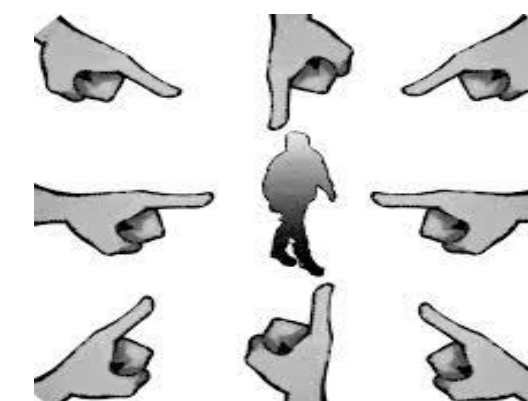
Afectan a grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente

Marcan una diferencia en el riesgo de infectarse de VIH y otras ITS, en la vivencia y evolución de la enfermedad y el **estigma y discriminación** asociados a la misma

Vulnerabilidad – Grupos poblacionales clave (OMS):
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas en contextos de prostitución y sus clientes, personas transgénero, personas que se inyectan drogas (PID) y los inmigrantes, especialmente en situación irregular

Consecuencias: Infra-diagnóstico; Diagnóstico tardío

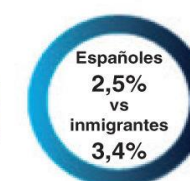
Impacto individual y poblacional



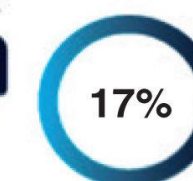
HSH



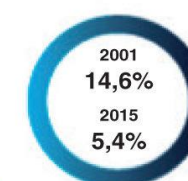
Inmigrante



PID



Población reclusa



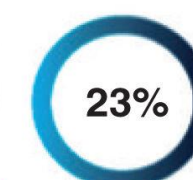
Trabajadoras del sexo



Trabajadores del sexo



Personas transgénero



Heterosexuales



Mujeres



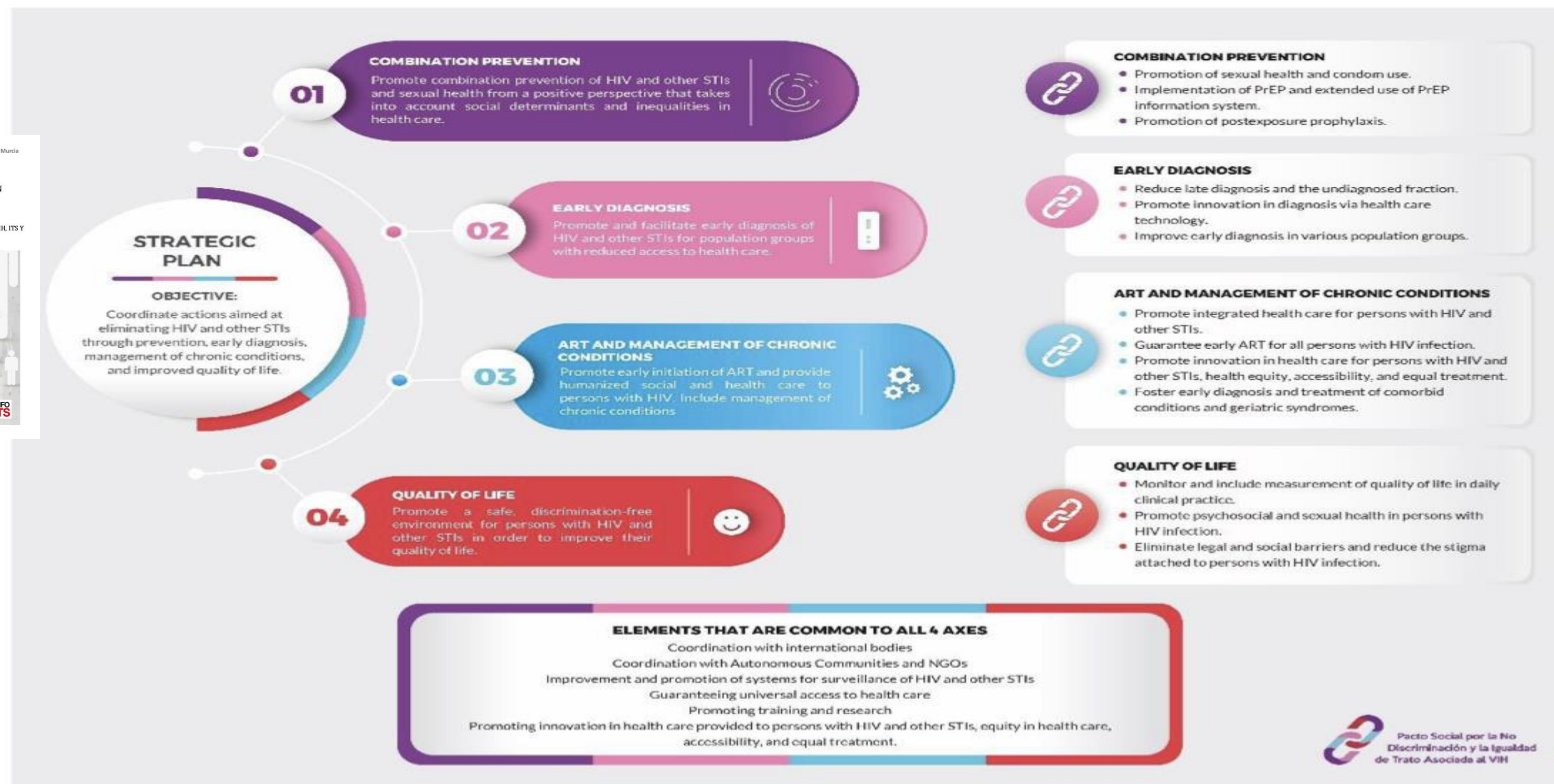
Mayores de 50 años



Enferm Infecc Microbiol Clin. 2018;36(Supl 1):3-9



Figura 4. Objetivo general, objetivos estratégicos y líneas de acción



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



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 |

Regla de las 5 “P”

| TABLA 2. Recomendaciones para realizar anamnesis sexual. Regla de las 5 “P” | |
|---|--|
| Parejas | <ul style="list-style-type: none">• ¿Tiene actualmente relaciones sexuales de algún tipo?• ¿Cuál es el sexo de su(s) pareja(s)? |
| Prácticas | <ul style="list-style-type: none">• ¿Qué tipo de contacto sexual tiene o ha tenido?• ¿Tienes sexo vaginal?• ¿Tienes sexo anal?• ¿Tienes sexo oral? |
| Protección frente a ITS | <ul style="list-style-type: none">• ¿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 | <ul style="list-style-type: none">• ¿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? <p>Preguntas adicionales para identificar el riesgo de hepatitis vírica:</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Usted o alguna de sus parejas se ha inyectado drogas alguna vez?• ¿Desea realizar alguna otra pregunta sobre su salud sexual? |
| Intención de embarazo | <ul style="list-style-type: none">• ¿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? |

Historia clínica sexual en atención primaria

Aspectos generales de la comunicación en ITS

Regla de las 5 “P”

- El entorno
confidencial
- Ejes: Pre
Lenguaje

| TABLA 1 |
|---------------------------|
| Principales |
| No pedir permiso |
| Introducir prejuicio |
| pregunta |
| Presuponer la orientación |
| Hacer preguntas |
| Usar preguntas |
| Usar lenguaje |
| Hacer más de un |

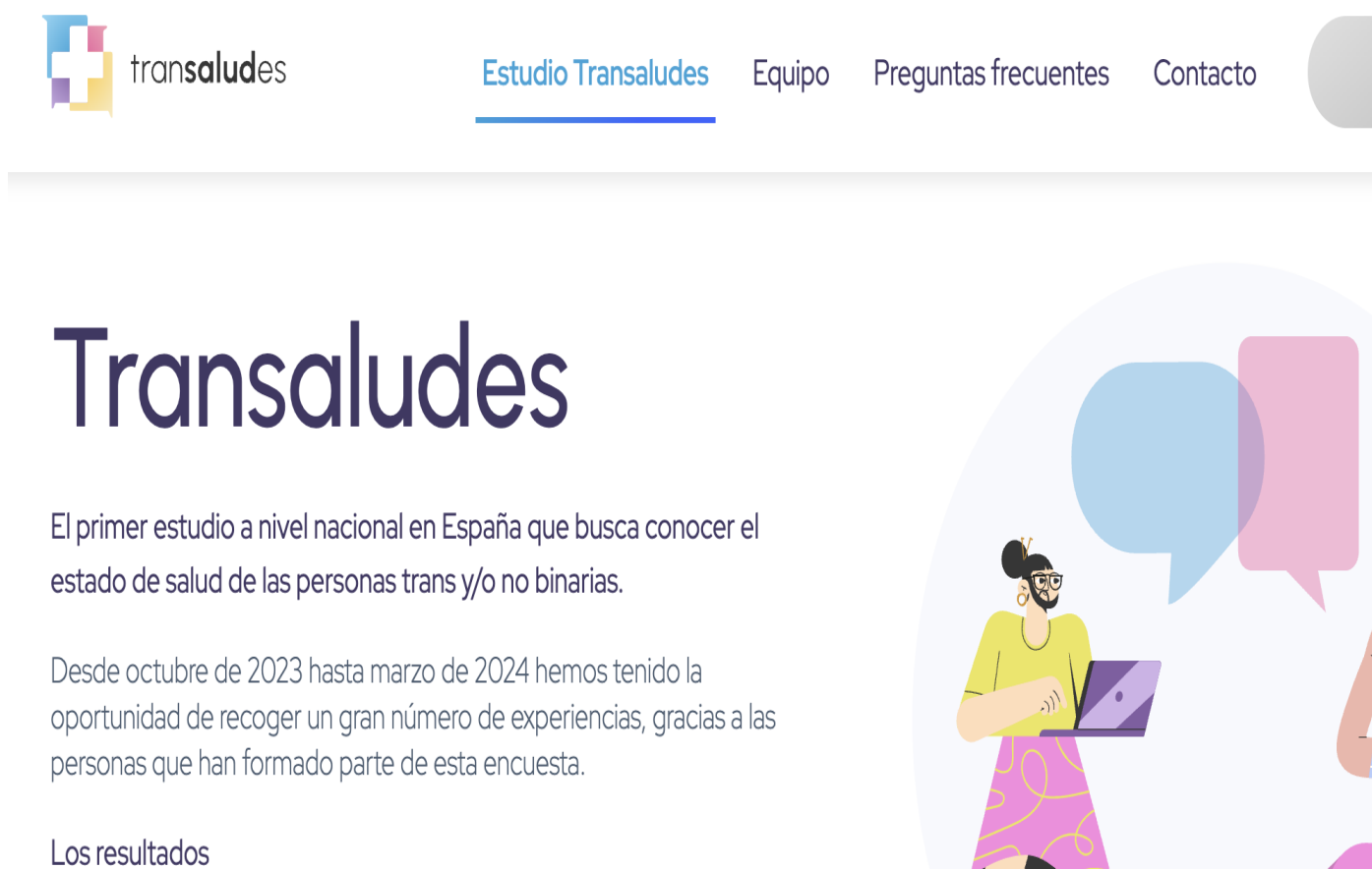
FIGURA 1



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)

| sexual. |
|-------------|
| es de algún |
| na tenido? |
| e la |
| cerse |
| En qué |
| za PrEP? |
| s de ITS |
| el pasado? |
| ITS? |
| riesgo de |
| inyectado |
| sobre su |
| s en |
| itar |
| onceptivos |
| tivo? |
| revenir |

Barreras de acceso a la atención sanitaria para personas LGTBIQA+



Estudio de investigación ISCIII

- Uso de los servicios sanitarios: **Atención Primaria fue el servicio más visitado**: 84,4% en los últimos 12 meses (1,2 veces más que la población general)
- Resultados relacionados con **discriminación percibida en los entornos sanitarios**:
 - 4 de cada 10 participantes manifestaron que sus profesionales de la salud no sabían cómo atender al colectivo
 - 1 de cada 10 indicó que el personal que les atendió consideraba que ser una persona trans o no binaria es una enfermedad

OPORTUNIDADES PARA LA PREVENCIÓN COMBINADA DE LAS ITS EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Pacientes que consultan por **síntomas sugestivos de ITS**.
 - Síndrome secretor: Uretritis , cervicitis, proctitis, vulvovaginitis
 - Lesión ulcerada anogenital
 - Enfermedades caracterizadas principalmente por manifestaciones cutáneas
 - Hepatitis víricas, sífilis, Infección por el virus del papilloma humano (VPH), infección por VIH
- Pacientes asintomáticos **en riesgo de exposición a ITS**:
 - Cribado de ITS
 - Estudio de contactos
- Población general



Principales síndromes clínicos en ITS



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.
- **Otros patógenos:** Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginales, Ureaplasma urealiticum

| 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 Ceftriaxona 1gr im DU (En España no se han descrito fracasos terapéuticos con dosis de 500mgr). La dosis de 1 gr DU im está indicada en infección complicada por N. gonorrhoeae (enfermedad inflamatoria pélvica, conjuntivitis gonocócica)

**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

Síndromes que cursan con flujo o exudación genital

Uretritis / Cervicitis



- **Seguimiento clínico:** Si 5 días después del tratamiento 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 si procede
 - Tasa de resistencias a azitromicina de *Mycoplasma genitalium* es de 40-55% en la región de Murcia
 - 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 vía oral una vez al día 7 días
- **Seguimiento microbiológico:**
 - *C. trachomatis*: PCR a las 4 semanas vs no seguimiento si asintomático@ (siempre en gestantes)
 - *N. gonorrhoeae*: PCR a las 4 semanas vs no seguimiento si asintomático@ (siempre en gestantes)
 - *Mycoplasma genitalium*: PCR 4 semanas

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 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Metronidazol 500mg/12h por 7 días, 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 |
| <ul style="list-style-type: none">• 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

- Tratar 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.

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: eritromicina 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 | <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> serovares D-K y L1-L3 (linfoganuloma venereo), VHS tipo1 y 2, <i>Treponema pallidum</i> . Otros: <i>Mycoplasma genitalium</i> , <i>Mpox</i> 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 (*Treponema pallidum*)
 - Chlamydia (*Chlamydia trachomatis*)

- No todas producen dolor.
- Las producidas por *Herpes* son dolorosas.
- Para el diagnóstico:
 - Realizar TAAN (Técnica de Amplificación de Ácidos Nucleicos)
 - TAAN (Técnica de Amplificación de Ácidos Nucleicos)
 - No utilizar métodos de diagnóstico serológicos para la infección por *Herpes*.

| ÚLCERAS GENITALES | | | | |
|-------------------|---|---|-------------------------|--|
| INDICACIONES | ETIOLOGÍA HABITUAL | TRATAMIENTO DE ELECCIÓN | TRATAMIENTO ALTERNATIVO | OTRAS RECOMENDACIONES |
| Úlceras genitales | <i>Treponema pallidum</i> , <i>Haemophilus ducreyi</i> , VHS (tipo 1 y tipo 2), <i>Klebsiella granulomatis</i> , <i>Mpox</i> 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, <i>T. pallidum</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> y <i>H. ducreyi</i> . -Considerar realizar TAAN mediante PCR para la detección de <i>Mpox</i> . -Si existen adenopatías se puede considerar la punción aspirativa y/o biopsia con tinción de Wriht-Giemsa (presencia de cuerpos de Donovan, infección por <i>Klebsiella granulomatis</i>) y cultivo en medios selectivos. - Se deben descartar otras ITS mediante toma de TAAN en exudado faríngeo, cervical, rectal y orina para <i>Chlamydia trachomatis</i> y <i>Neisseria gonorrhoeae</i> - Se deberán realizar serologías de VIH, VHC, VHB y lúes. |

- El tratamiento empírico irá dirigido frente a VHS y sífilis

1) Tanto cutánea como mucosa.
2) Tanto cutánea como mucosa.
3) Tanto cutánea como mucosa.
4) Tanto cutánea como mucosa.
5) Tanto cutánea como mucosa.
6) Tanto cutánea como mucosa.
7) Tanto cutánea como mucosa.
8) Tanto cutánea como mucosa.
9) Tanto cutánea como mucosa.
10) Tanto cutánea como mucosa.

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 | <ul style="list-style-type: none">• EIA/CLIA (IgG o IgG + IgM): inicial• TPHA: confirmatorias• TPPA• FTA-abs• Tests rápidos | <ul style="list-style-type: none">• 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: <ul style="list-style-type: none">• Período ventana• Inmunodepresión• Tratamiento precoz |
| Pruebas no treponémicas o Reagínicas (inespecíficas) Se titulan 1/16, 1/32, 1/64... | <ul style="list-style-type: none">• 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 | <ul style="list-style-type: none">• Periodo de ventana 2-3 semanas• Títulos bajos durante seroconversión $\frac{1}{2} \sim \frac{1}{8}$• Títulos > 1/16 indican TP activo• A más actividad y más recinte: títulos más altos• Títulos < 1/16 no excluyen actividad | Falsos negativos: <ul style="list-style-type: none">• Período ventana• Fenómeno prozona (coinfección VIH)• Inmunodepresión• Tratamiento precoz• Consumo de OH Falsos positivos: <ul style="list-style-type: none">• 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

Tratamientos

Herpes genital

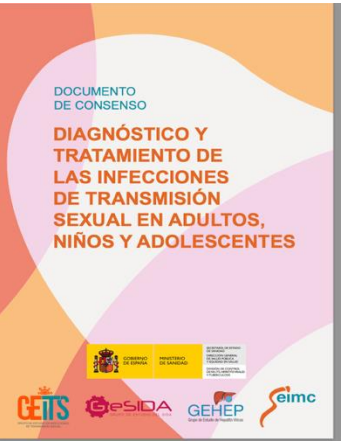
| | VALACICLOVIR | FAMCICLOVIR | ACICLOVIR | GESTACION/LACTANCIA |
|--------------------------|---|--|---|---|
| EPISODIO PRIMARIO | 1 gr oral 2 veces al día durante 7-10 días | 250 mg oral 3 veces al día durante 7-10 días | 400 mg oral 3 veces al día durante 7-10 días | ACICLOVIR 400 mg oral 3 veces 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 día | 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 días.
* Aciclovir 200 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 | | |



Hepatitis virales y Virus del papiloma humano

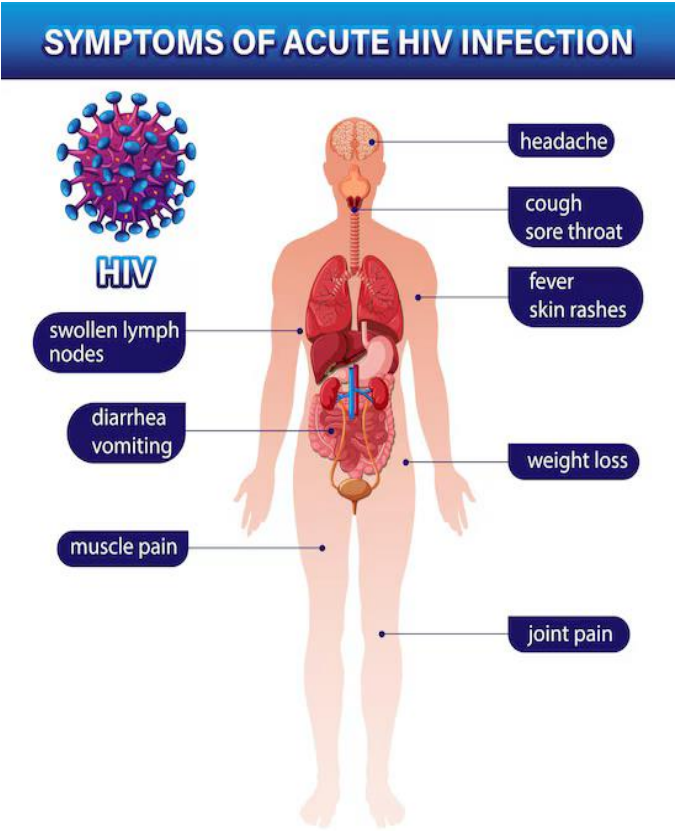
Mensajes clave



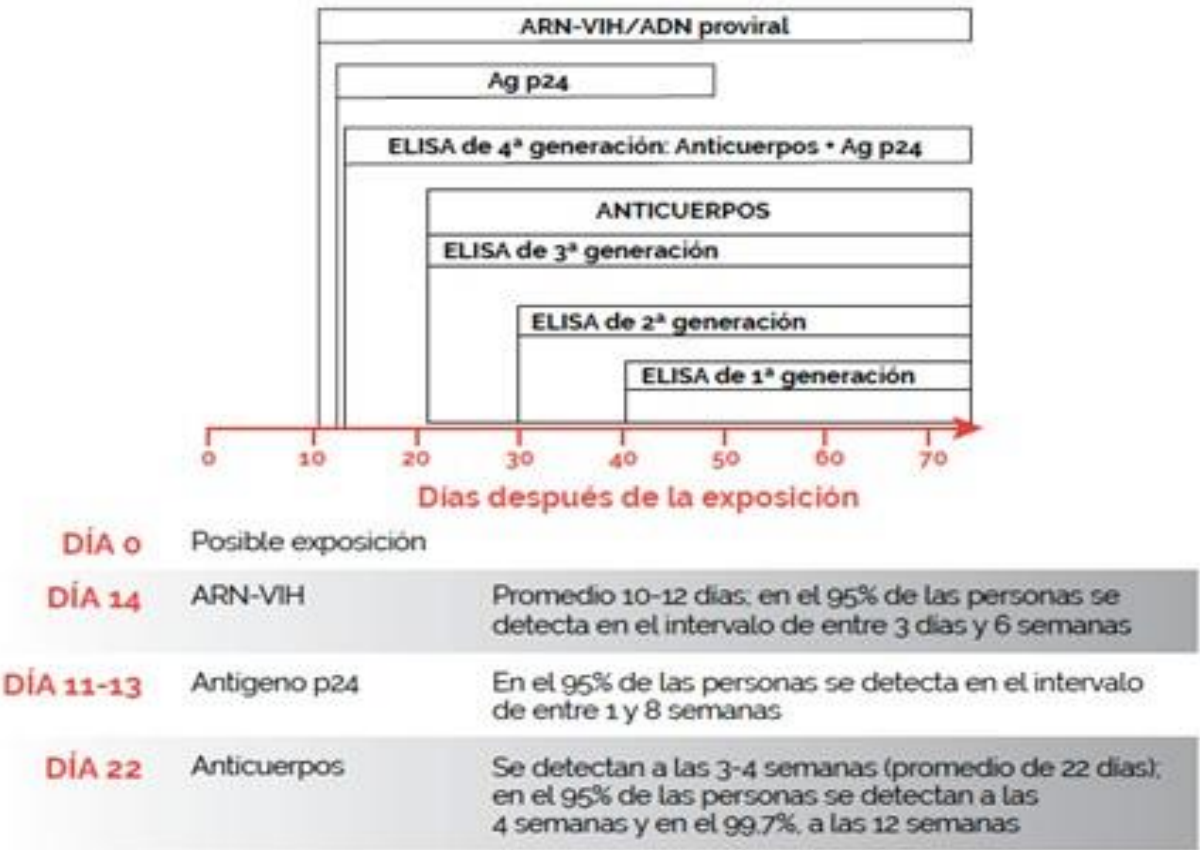
- **La hepatitis A, B y C** se pueden comportar como infecciones de transmisión sexual.
- En todas las personas con relaciones sexuales no protegidas y hábitos de riesgo **se debe descartar la infección activa o pasada por el VHA, VHB y VHC**
- En personas con relaciones sexuales no protegidas y hábitos 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 tratamiento del HSIL en PVVIH mayores de 35 años ha demostrado prevenir el desarrollo de cáncer anal.
- **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.

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



TIEMPO DE APARICIÓN DE MARCADORES ESPECÍFICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH



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 |

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

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**, en función de la estatificación del riesgo, de las opciones de profilaxis pre exposición frente al VIH (**PrEP**) y de las opciones de profilaxis post exposición frente al VIH y otras ITS (**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

Cómo solicitar estudio de ITS en OMI-AP

Elección Analítica LAB. ATENCION PRIMARIA-SMS

PERFILES GENERALES | PERFILES CARTERA SMS | A. GENERAL | SEROLOGIA - MICROBIOLOGIA | SOLICITUD PCR | OTRAS ANALITICAS..

SEROLOGIA

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Serología Hepatitis A IgG (Control inmunización) | <input type="checkbox"/> Serología de Lúes (Sífilis) | <input type="checkbox"/> Serología de Brucella |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A, Ig M | <input type="checkbox"/> Serología Citomegalovirus | <input type="checkbox"/> Varicela Zoster Ig G |
| <input type="checkbox"/> Serología Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Serología Virus Epstein-Barr | <input type="checkbox"/> Rickettsia conorii, IgM |
| <input type="checkbox"/> Serología Hepatitis B Post-vacunal | <input type="checkbox"/> Serología Neumonía atípica | <input type="checkbox"/> Serología T. cruzi (Enf. Chagas) |
| <input type="checkbox"/> Serología Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Serología Rubeola IgG (Control inmunización) | <input type="checkbox"/> Serología Coxiella burnetti (Fiebre Q) |
| <input type="checkbox"/> Serología VIH | <input type="checkbox"/> Serología Sarampión, IgG (Control inmunización) | <input type="checkbox"/> Parotiditis |
| <input type="checkbox"/> Serología Toxoplasma | | |

MICROBIOLOGIA

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Orina- Cultivo Habitual (Incluye Levaduras) | <input type="checkbox"/> Exudado de Herida- Cultivo Habitual |
| <input type="checkbox"/> Orina- Estudio de Micobacterias | <input type="checkbox"/> Escamas de Piel- Cultivo Micológico |
| <input type="checkbox"/> Orina- Estudio Parasitológico | <input type="checkbox"/> Pelo- Cultivo Micológico |
| <input type="checkbox"/> Orina (primera micción)- PCR ITS | <input type="checkbox"/> Uña- Cultivo Micológico |
| <input type="checkbox"/> Heces- Cultivo Habitual | <input type="checkbox"/> Espudo- Cultivo Habitual |
| <input type="checkbox"/> Heces-Ag. Helicobacter pylori | <input type="checkbox"/> Espudo- Estudio de Micobacterias |
| <input type="checkbox"/> Heces- Detección Antigénica de Rotavirus+Adenovirus | <input type="checkbox"/> Exudado Faringeo- Cultivo Habitual |
| <input type="checkbox"/> Heces- Estudio de parásitos | <input type="checkbox"/> Exudado Nasofaríngeo- PCR de Bordetella spp |
| <input type="checkbox"/> Heces- Antígeno de Clostridium difficile (GDH) | <input type="checkbox"/> Exudado de Mucosa Oral- Cultivo Micológico |
| <input type="checkbox"/> Ex Uretral-Cultivo Habitual (gonoc, chlamydia, micopl, trichomo) | <input type="checkbox"/> Exudado ótico izquierdo-Cultivo Habitual |
| <input type="checkbox"/> Exudado Balanoprepucial- Cultivo de Levaduras | <input type="checkbox"/> Exudado ótico derecho-Cultivo Habitual |
| <input type="checkbox"/> Exudado Vaginal- Cultivo de Levaduras | <input type="checkbox"/> Exudado conjuntival ojo izquierdo-Cultivo Habitual |
| <input type="checkbox"/> Exudado Vulvar- Cultivo Habitual (niñas) | <input type="checkbox"/> Exudado conjuntival ojo derecho-Cultivo Habitual |
| <input type="checkbox"/> Exudado Vaginal-Rectal Cultivo de S. agalactiae (Gestación) | <input type="checkbox"/> Leche Materna (mama izquierda)-Cultivo Habitual Cuantitativo |
| <input type="checkbox"/> Exudado Endocervical-Estudio ITS/EIP - PCR | <input type="checkbox"/> Leche Materna (mama derecha)-Cultivo Habitual Cuantitativo |
| <input type="checkbox"/> Exudado Uretral-Estudio ITS - PCR | |
| <input type="checkbox"/> Exudado Faringeo-Estudio de ITS- PCR | |
| <input type="checkbox"/> Exudado Rectal-Estudio de ITS- PCR | |

El resto de pruebas pueden ser buscadas en la pestaña de Otras analíticas.

Borrar Determinaciones Seleccionadas Aceptar Cancelar

Elección Analítica LAB. ATENCION PRIMARIA-SMS

PERFILES GENERALES | PERFILES CARTERA SMS | A. GENERAL | SEROLOGIA - MICROBIOLOGIA | SOLICITUD PCR | OTRAS ANALITICAS..

☒ Todos los laboratorios activos

Buscar Determinaciones | Capítulos | Determinaciones Seleccionadas / Muestra / Determinación

INMUNOLOGIA SMS
INMUNOQUIMICA SMS
MARCADORES TUMORALES SMS
MICROBIOLOGIA SMS

Determinaciones

- Leche materna mama derecha. Cultivo Habitual cuantitativo
- Leche materna mama izquierda. Cultivo Habitual cuantitativo
- Orina (primera micción)- PCR ITS
- Orina - Cultivo micobacterias
- Orina - Parásitos (Esquistosoma)
- Orina- Cultivo Habitual (Incluye Levaduras)
- Pelo- Cultivo Micológico
- Test de Graham (Oxiuros)
- Uña- Cultivo Micológico
- Úlcera Genital - Estudio de Herpes simple 1/2
- Úlcera genital-Estudio de ITS

Fecha O.M. 30/11/2025

Prof. Solicitante FLA GCN ZALEZ EAREERA, MARIA ?

Prof. Receptor FLA GCN ZALEZ EAREERA, MARIA ?

Lugar HOSPITAL MORALES MESEGUER ?

Observaciones

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Extracción: ☒ Realizar Extracción ☐ Usar Extracción Anterior

Lugar de la prueba: ☒ Lugar especificado ☐ Domicilio

Prioridad: ☐ Preferente ☒ Normal ☐ Urgente

Fecha de realización: ☐ Exacta ☐ Aproximada ☒ Según agenda

☐ Introducir Resultados

Borrar Determinaciones Seleccionadas Aceptar Cancelar

Recomendaciones generales tras el diagnóstico de una ITS

Recogida de muestras

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 hysterectomizadas (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 <i>Candida</i> , <i>Trichomonas</i> y vaginosis. PCR de <i>C. trachomatis</i> y <i>N. gonorrhoeae</i> para cribado |

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

- **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



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 transmitidas (STEI) | Recomendaciones: - Realizar estudio de contactos de 4 semanas previo al inicio de síntomas (excepto para proctitis por <i>E. histolytica</i>) - Los contactos sintomáticos y asintomáticos de <i>E. histolytica</i> 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 |
| <i>Chlamydia trachomatis</i> | Uretritis/Cervicitis sintomáticas: 2 meses previos desde inicio de sintomatología. Resto de casos índice (asintomáticos o con clínica en localización diferente): 6 meses. |
| <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | 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. |
| <i>Mycoplasma genitalium</i> | 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 |
|--|---|
| <i>Treponema pallidum</i> | |
| 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. |
| <i>Molluscum contagiosum</i> | No es necesario revisión de contactos sexuales. |
| <i>Trichomonas vaginalis</i> | 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 periodos 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 periodo 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 periodos 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). |

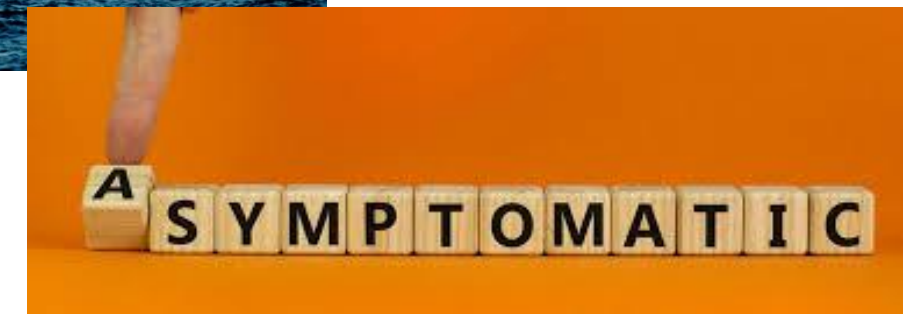
Adaptado de las guías británicas de manejo de las infecciones de transmisión sexual "Sexually Transmitted Infections guidelines de la British Association of Sexual Health and HIV ¹⁷.



AMF 2018; 14(5)

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



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

Prevención secundaria: Cribado de ITS en asintomáticos

¿A quién?

- Persona que...
- Persona sex...
- Persona sex...
- Embarazad...
- Persona qu...

Grupos y conductas de riesgo para contraer ITS

- Hombres que practican sexo con hombres (HSH)
- Inmigrantes procedentes de países de alta prevalencia de VIH y otras ITS
- Usuarios de drogas por vía parenteral
- Trabajadores del sexo comercial y sus clientes
- Internos en instituciones penitenciarias
- Las parejas de todos los grupos
- Ser adolescente o adulto joven sexualmente activo
- Mantener contacto sexual con persona con una ITS
- Mantener relaciones sexuales con diferentes parejas
- Tener una nueva pareja sexual en los últimos meses
- Antecedentes previos de ITS
- Consumo de drogas o alcohol, especialmente asociados a las relaciones sexuales
- Uso inconsistente del preservativo con parejas casuales
- Ser víctima de violencia sexual

realizar
el riesgo



debas a realizar
oger
para
ención

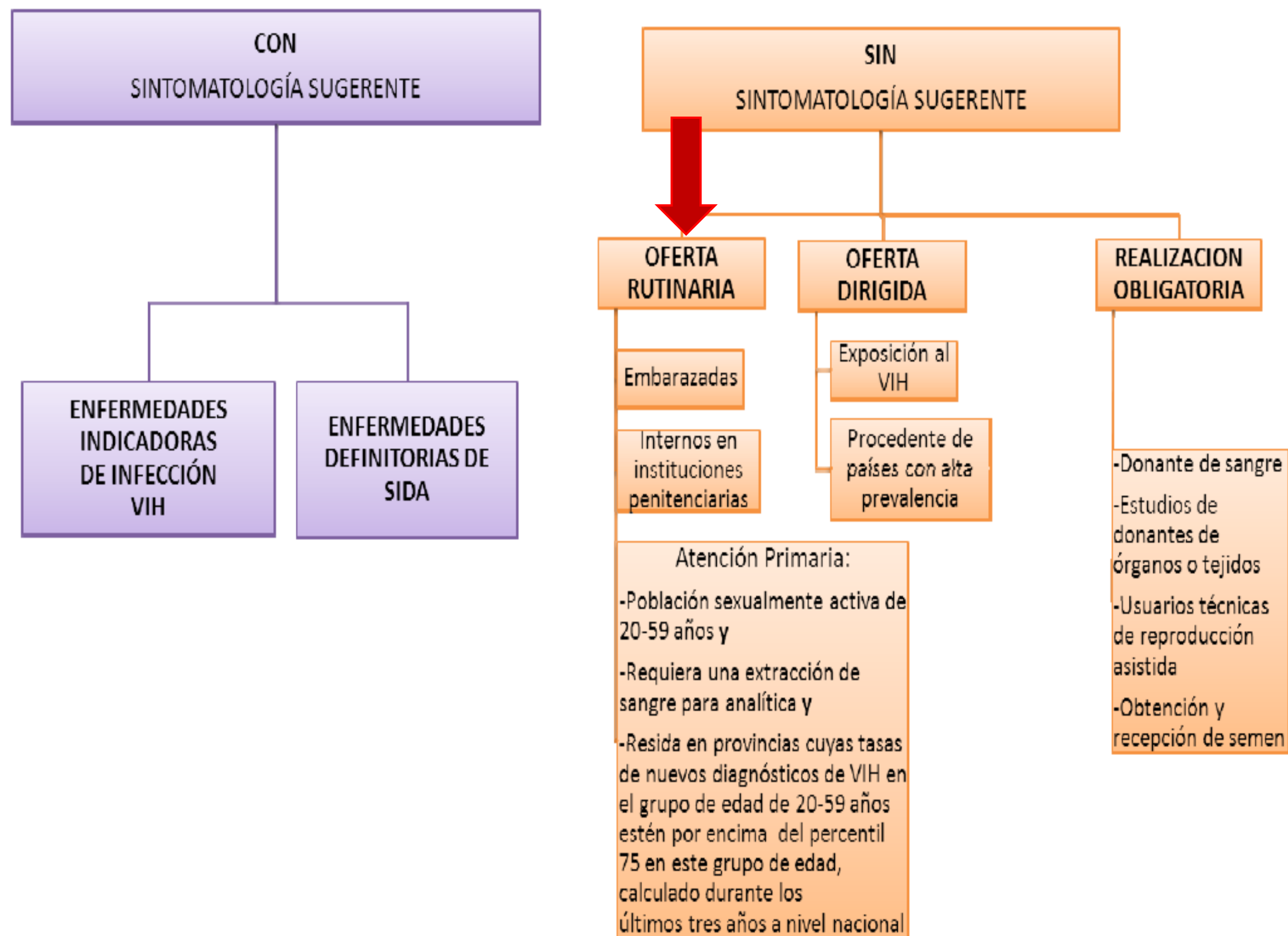
Consejo pre y post prueba

Anexo 6

ALGORITMO DE RECOMENDACIONES DE REALIZACION DE LA PRUEBA

Guía de
Recomendaciones
para el diagnóstico
Precoz del VIH en
el ámbito sanitario

APORRASA, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2014
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



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

Neisseria 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

| | Dirección | Correo electrónico | Teléfono | |
|-------------------|---|---|------------------------|---|
| Hep | 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 | Personas con infección por VIH. |
| Hep | | | | nal para valorar indicación 3º exposición |
| Virus hu | Programa de Vacunaciones. Salud Pública de Cartagena (áreas II, VIII) | Plaza San Agustín SN. Cartagena vacunas.cartagena@carm.es | 968326676 | cción por VIH o VHC |
| Virus de (pre y p | Programa de Vacunaciones. Salud Pública de Lorca (área III) | C/Floridablanca. Edificio Santa Rosa de Lima, 6ª planta derecha. Lorca saludpublicalorca@carm.es | 968444749 | nal para valorar dosis de |
| Neise grup | | | | es |
| | | | | o no exclusivamente GBHSH |
| | | | | ciente de gonococia u otra ITS, |

Tratamiento antirretroviral como prevención frente al VIH

Profilaxis postexposición (PPE)

| PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN AL VIH | | | |
|---|--------------------|--|---|
| INDICACIONES | ETIOLOGÍA HABITUAL | TRATAMIENTO DE ELECCIÓN | TRATAMIENTO ALTERNATIVO |
| Exposición de riesgo apreciable para la adquisición del VIH dentro de las primeras 72 horas de la exposición (mejor en las primeras 6 horas). | No aplica | TDF/FTC 245/200 mg 1 comp/24 h VO + Raltegravir 400 mg/12 h VO (incluido embarazadas) Duración: 28 días | TDF/FTC 245/200 mg 1 comp/24 h + Dolutegravir 50 mg 1 comp/24 h VO (28 días) |

DERIVAR AL HOSPITAL DE REFERENCIA

Serologia VIH a las 4, 6 y 16 Semanas

Interrumpir profilaxis si caso fuente VIH negativo

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

Tratamiento antirretroviral como prevención frente al VIH

Profilaxis postexposición (PPE)

| PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN | | |
|---|--------------------|---|
| INDICACIONES | ETIOLOGÍA HABITUAL | TRATAMIENTO DE ELECCIÓN |
| Exposición de riesgo apreciable para la adquisición del VIH dentro de las primeras 72 horas de la exposición (mejor en las primeras 6 horas). | No aplica | TDF/FTC 245/200 mg 1 c VO + Raltegravir 400 mg/12 h (incluido embarazadas) Duración: 28 días |

DERIVAR AL HOSPITAL D

Serología VIH a las 4, 6 y 16 S

Interrumpir profilaxis si caso fuente VIH
negativo



able de exposición al VIH

n:

ginal insertivo o receptivo sin

terial en inyección en PID

utáneo con exposición a sangre u
potencialmente infectantes

umanas con presencia de sangre

el “caso fuente:

con carga viral detectable o

esconocido con factores de riesgo
cajador del sexo, agresión sexual,
países con prevalencia de VIH >

estas situaciones valorar individualmente

Tratamiento antirretroviral como prevención frente al VIH

Profilaxis preexposición (PrEP)

Tabla 5 Pautas farmacológicas de profilaxis preexposición

| | |
|-------------------|---|
| Pauta diaria | Un comprimido coformulado de tenofovir disoproxil fumarato (TDF) 300 mg y emtricitabina (FTC) 200 mg en pauta diaria ^{*,**} |
| Pauta a demanda | TDF/FTC. El régimen consiste en 2 comprimidos juntos entre 24 y 2 horas previas a la relación sexual, seguidos de un comprimido cada 24 horas hasta 48 horas después de la última relación sexual. La eficacia de esta posología sólo está demostrada en hombres cis que tienen sexo con hombres, por lo que no debería indicarse a otros usuarios. |
| Acción prolongada | Cabotegravir de acción prolongada mediante una inyección bimestral. |

^{*} Se contraindica la PrEP con TDF/FTC si el FGe es menor de 60mL/min. Aunque la ficha técnica de la combinación a dosis fijas de TDF/ FTC sólo está contraindicada en personas con FGe menor de 50mL/min. Si el FGe está entre 50 y 60mL/min no se recomienda su prescripción.

^{**} Se ha demostrado la no inferioridad de TAF/FTC en pauta diaria frente a TDF/FTC, con mejor perfil de seguridad a nivel óseo y mejoría de los marcadores de disfunción renal en HSH y mujeres trans.

Fuente: Modificada de ²².

Criterios de inclusión : edad igual o mayor de 16 años, y :

- **HSH y personas transgénero** que presenten **al menos dos** de los siguientes criterios:
 - 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**.

Tratamiento antirretroviral como prevención frente al VIH

Profilaxis preexposición (PrEP)

Criterios de inclusión : edad igual o mayor de 16 años, y :

Tabla 5 Pautas farmac

Pauta diaria

Pauta a demanda

Acción prolongada

La evidencia sobre la efectividad de la PrEP es cada vez mayor, sería imprescindible facilitar el acceso a la PrEP a todas aquellas personas que puedan beneficiarse de esta medida preventiva.

* Se contraindica la PrEP con TDF/FTC si el FGe es menor de 60mL/min. Aunque la ficha técnica de la combinación a dosis fijas de TDF/ FTC sólo está contraindicada en personas con FGe menor de 50mL/min. Si el FGe está entre 50 y 60mL/min no se recomienda su prescripción.

** Se ha demostrado la no inferioridad de TAF/FTC en pauta diaria frente a TDF/FTC, con mejor perfil de seguridad a nivel óseo y mejoría de los marcadores de disfunción renal en HSH y mujeres trans.

Fuente: Modificada de ²².

- **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**.

Tratamiento antirretroviral como prevención frente al VIH

Profilaxis preexposición (PrEP)

Criterios de inclusión : edad igual o mayor de 16 años, y :

Tabla 5 Pautas farmac

Pauta diaria

Pauta a demanda

Acción prolongada

* Se contraindica la PrEP con TDF/FTC si el FGe es menor de 60mL/min. Aunque la TDF/ FTC sólo está contraindicada en personas con FGe menor de 50mL/min. Si el FGe es menor de 50mL/min, se debe considerar la prescripción.

** Se ha demostrado la no inferioridad de TAF/FTC en pauta diaria frente a TDF/FTC en la mejora de los marcadores de disfunción renal en HSH y mujeres trans.

Fuente: Modificada de ²².

CarrilloMuñoz et.al. Atención primaria 57 (2025)

La evidencia científica es mayor, sería indicada en todas aquellas personas que esta medida p



EP es cada vez
ceso a la PrEP a
beneficiarse de

ón de prostitución que refieran un uso reservativo.

s cis, que refieran un uso no habitual que presenten al menos dos de los que en HSH y personas transgénero.

s inyectadas con prácticas de ras.

DOXI- PEP:

- Uso profiláctico, post exposición de **doxiciclina** para la prevención de ITS bacterianas (de momento fuera de indicación)
- Consiste en la administración de **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**)
- **Controversia:** No posicionamiento uniforme de agencias internacionales y sociedades científicas. La OMS aún no se ha posicionado
- **Posicionamiento:** 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

DOCUMENTO
DE CONSENSO

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADULTOS, NIÑOS Y ADOLESCENTES



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 el 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

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 primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria.
- 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.

PÁGINA DE RECURSOS



Traducir Está usted en: > [Áreas](#) > División de control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis

Quiénes somos

División de control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis

VIH y SIDA

Plan Estratégico

Prevención

Chemsex

ESTHER- Máster

online VIH

Documentos e informes de interés

Recomendaciones clínicas

Subvenciones

Campañas



Grupo de Estudio de la SEIMC integrado por profesionales sanitarios cuyos objetivos son promover y difundir la investigación y docencia en el ámbito de la infección del VIH con el fin de conseguir una asistencia de calidad.

[Área de socios](#)
☒ [Hacerse socio](#)

[Inicio](#) [Docencia](#) [Guías clínicas](#) [Manual Clínico VIH](#) [Investigación](#) [Boletín](#) [Congresos](#) [Indicadores de calidad](#) [Estratificación de pacientes](#) [Congress TV](#)

[Nov\(b\)el](#) [Fast-Track Cities](#) [Seminarios VIH](#) [Hilos de Ciencia](#)



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 adultis, niños y adolescentes. División de control del VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis. Ministerio de Sanidad. 2024.
- 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

Optimización del Uso de Antimicrobianos en Síndromes Infecciosos Comunitarios

GRACIAS POR SU ATENCIÓN