



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

Servicio Andaluz de Salud

# PROTOCOLO INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL



## PROTOCOLO ATENCIÓN INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL

Fecha entrada en vigor: Febrero 2023

<b>FECHA</b> Mayo 2024	<b>REALIZADO:</b> Tabla 1	<b>REVISADO:</b> Tabla 2	<b>APROBADO:</b> Comisión Infecciones
<b>Responsable de revisión</b> Comisión Infecciones			<b>Fecha de revisión:</b> Mayo 2025
<b>Lugar de archivo</b> UNIDAD DE CALIDAD			<b>Responsable custodia</b> UNIDAD DE CALIDAD

**Tabla 1: El presente documento se ha elaborado por:**

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
D. Antonio Collado Romacho	Jefe de la Unidad Enfermedades Infecciosas	
Dña. M <sup>a</sup> Teresa Cabezas Fernández	Unidad Microbiología	
Dña. M <sup>a</sup> Ángeles Esteban Moreno	Unidad Enfermedades Infecciosas	
D. Sergio Ferra Murcia	Unidad Enfermedades Infecciosas	



**Tabla 2: El presente documento se ha revisado por:**

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
Dña. Ana Cristina Menéndez García-Estrada	Unidad de Dermatología	
D. Pedro Lacalle Marcos	Unidad de Ginecología y obstetricia	
Dña. Rocío Barrabino Martín	Urología	
Dña. Ana Caparrós Andújar	Medicina Preventiva	
Dña. M <sup>a</sup> Angeles Lucerna Méendez	Medicina Preventiva	
Dña. Nicanora Rodríguez Montalbán	Urgencias	
Dña. Pilar Barroso García	Epidemióloga Distrito Almería	

**Aprobado en Comisión de Infecciones del Hospital Universitario  
Torrecárdenas el 23 de mayo de 2024.**



## OBJETIVOS Y CAMPO DE APLICACIÓN:

El presente es un documento que pretende consensuar el manejo y diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en el Hospital Universitario Torrecárdenas.

El presente protocolo es de uso de todos los profesionales de las unidades asistenciales del Hospital Universitario Torrecárdenas implicadas en la atención de pacientes con sospecha de ITS o personas de riesgo de padecerlas. Si tiene dudas con la interpretación de esta versión o quiere hacer alguna mejora u observación al presente documento puede dirigirse a Dña. M<sup>a</sup> Teresa Cabezas Fernández ([mt.cabezas.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:mt.cabezas.sspa@juntadeandalucia.es)) o D. Antonio Collado Romacho ([antonior.collado.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:antonior.collado.sspa@juntadeandalucia.es)).

### **Contenidos:**

1. Atención al paciente con sospecha de Infección de Transmisión Sexual:
  - 1.1. Toma de muestras.
  - 1.2. Consideraciones en mujeres gestantes.
  - 1.3. Diagnóstico y tratamiento empírico sindrómico de los pacientes con sospecha de ITS.
  - 1.4. Tratamiento específico/ dirigido según etiología ITS
2. Cribado de infecciones de transmisión sexual en personas asintomáticas.
  - 2.1. Indicaciones.
3. Seguimiento y control.
4. Profilaxis post-exposición (PPE) tras accidente de riesgo biológico no ocupacional.
  - 4.1. Indicaciones.
  - 4.2. Exploraciones a realizar.
  - 4.3. Profilaxis post-exposición.
    - 4.3.1. Profilaxis post-exposición frente al VIH
    - 4.3.2. Profilaxis post-exposición frente al VHB
    - 4.3.3. Profilaxis post-exposición frente a otras ITS.
5. Profilaxis pre-exposición (PreP) frente al VIH.
6. Bibliografía.
7. Anexos.

**NOTA:** cribado y tratamiento del virus de papiloma humano (VPH) será objeto de un protocolo específico.

## 1. ATENCIÓN AL PACIENTE CON SOSPECHA DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

### 1.1. TOMA DE MUESTRAS:

- a. Pacientes sintomáticos que presenten clínica de: uretritis, proctitis, cervicitis, EIP... se realizará la detección de ADN de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea*, *Trichomonas vaginalis*, y *Mycoplasma genitalum*.
- b. Aquellos pacientes asintomáticos que se incluyen para cribado :
  - b.1. Pacientes con contacto con ITS
  - b.2. Pacientes en Prep
  - b.3 Gestantes\*

Se realizará la detección de ADN de *C. trachomatis*, *N. gonorrhoea*

\*También se investigará *T.vaginalis*

Ver Anexo(Tabla)

#### i. TOMAS GENITALES:

- c. En varones: orina inicial (primer chorro miccional y al menos 2 horas desde la última micción en contenedor específico) o exudado uretral (para la evaluación de infecciones por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea*, *Trichomonas vaginalis*, y *Mycoplasma genitalum*).
- d. En mujeres: exudado endocervical en pacientes sintomáticas (en cervicitis....) y exudado Vaginal: (en vaginitis) detección de *C. trachomatis*, *N. gonorrhoea* y causas de vaginitis(cultivo convencional). Se puede utilizar Orina de primera micción en pacientes asintomáticos pero tener en cuenta que la sensibilidad es menor que en exudado. Se puede completar con tomas faríngea y rectal a considerar según tipo de contacto.

En úlceras genitales: tomar muestras (preferible aspirado de lesión o punch) con torunda específica (Figura 1) incluyendo en texto asociado: ulcera genital y despistaje de herpes.



Figura 1. Torunda específica para exudados uretral, cervical, vaginal, faríngeo, rectal

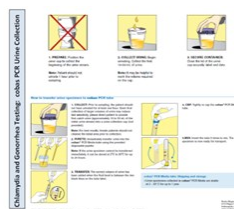


Figura 2. Contenedor para muestras de orina



#### ii. CRIBADO SEROLÓGICO GENERAL: VIH, VHB, VHC, SÍFILIS.



**DESDE URGENCIAS GENERALES DE HUT, ANTE TODO PACIENTE CON SOSPECHA DE ITS: LLAMADA AL BUSCA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS** número 769316 o a través de centralita (de 8:00 -20:00 horas).

De 20:00 a 8:00 horas extraer muestras y derivar a consulta externa de forma preferente en primer hueco INTU disponible).

## 1.2. CONSIDERACIONES EN MUJERES GESTANTES

Dada la alta prevalencia de *Chlamydia trachomatis* que está quedando patente en nuestra sociedad en los últimos tiempos, se recomienda hacer cribado de ITS (que incluya Chlamydia y gonococo) en las gestantes de Distrito Almería.

Esta recomendación está incluida en las guías de las diferentes sociedades científicas y la OMS.

### i. INDICACIONES, ¿A QUIÉN?:

Esta determinación se debe llevar a cabo en **toda gestante que se capte por primera vez**, incluyendo a aquellas que ya hayan pasado el primer trimestre y se capten de forma tardía, por el motivo que sea.

En el caso que sea **positivo**, se deberá **repetir la determinación a los 3 meses del tratamiento y en tercer trimestre**.

### ii. PETICIÓN:

Se ha incluido la determinación del panel de ITS en la analítica que se solicita desde Atención Primaria en primer trimestre de gestación.

Perfil **EMB-EMBARAZO PRIMER TRIMESTRE Sem 10 (-34)**.

### iii. ¿CÓMO?:

Se va a determinar ITS en **escobillón vaginal y en autotoma** (de la misma manera que se está haciendo con el SGB en el tercer trimestre del embarazo).

El nombre de la prueba que se va a incluir en el perfil es: **Bacterias+Parásitos (ITS), detección ADN/ARN (ex. Vaginal)**.

El nombre de referencia del contenedor es **Red Siglo E62821**.

Se entregarán a la gestante **2 escobillones de tapón rojo, con medio líquido** (los que se utilizan para exudado vaginal) para que tomen muestra de exudado vaginal. Se explicará que deben entreabrir la vagina y tomar una muestra de la entrada de ésta, sin necesitar introducir la torunda entera en vagina.

Los escobillones irán identificados con la etiqueta **89-BIOL MOLECUL**.



#### iv. CASOS ESPECIALES:

Si en el primer trimestre el resultado es negativo, **no hay que repetir la muestra** en tercer trimestre.

**Se repetirá la muestra en tercer trimestre en estos casos:**

- Clínica actual de ITS
- Clínica actual de Amenaza de Parto Pretérmino
- Infección de tracto urinario refractaria a tratamiento habitual
- Antecedente de ITS previa
- Factores de Riesgo:
  - Menores de 25 años
  - No pareja sexual estable
  - Prostitución
  - Usuarias de drogas de vía parenteral
  - Reclusas en cárcel o centros penitenciarios
  - Víctimas de violencia de género o violencia sexual
  - Indigentes

### 1.3. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO SINDRÓMICO DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE ITS:

#### URETRITIS/ CERVICITIS:

*Chlamydia trachomatis* D-K



##### Manifestaciones:



**Complicaciones:** orquitis/epididimitis, EIP, infertilidad, conjuntivitis, artritis reactiva (no supurativa, hombres jóvenes HLAB27+), perihepatitis (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis)

*Neisseria gonorrhoeae*



##### Manifestaciones:



**Complicaciones:** orquitis/epididimitis, EIP, infertilidad, conjuntivitis, artritis reactiva, gonorrea diseminada (fiebre/escalofríos + poliartralgias + tenosinovitis/artritis séptica + pústulas sépticas), síndrome Reiter (tenosinovitis + artritis (+/- séptica) + conjuntivitis + uretritis)



**PROCTITIS:**

**ITS que causan proctitis distal. Más frecuentes\***

Gonococia (30%)	Clamidia (19%)	LGV (19%)	Herpes ano-rectal (16%)	Sífilis (2%)
<p><i>Neisseria gonorrhoeae</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asintomática en 85% casos</li> <li>Clínica <b>5-10 d post-contacto</b></li> <li>Prurito anal, estreñimiento, heces <b>muco-purulentas</b> +/- hemáticas, dolor rectal, <b>tenesmo</b></li> <li>Proctoscopia: mucosa normal o eritematosa con pus y sangrado al contactar</li> </ul>	<p><i>Chlamydia trachomatis D-K</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asintomática en 85% casos</li> <li>Proctitis <b>leve</b>, dolor perianal, prurito anal, heces mucosas</li> <li>Proctoscopia: mucosa normal o leve eritema o edema, sangrado al contactar</li> </ul>	<p><i>Chlamydia trachomatis L1-L2-L3</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mayoría de casos proctitis <b>aguda muy sintomática</b> con: <b>dolor</b> anorrectal, <b>tenesmo</b>, fiebre ocasional, MEG</li> <li><b>Úlcera</b> en región perianal o canal anal no dolorosa no indurada. Cura rápido</li> <li>Secreción rectal <b>moco/pus/sangre</b></li> <li><b>ADP/LinfADP unilat</b> inguinofemorales duras, dolor inflamadas, supuración, pueden ulcerar y fistulizar</li> </ul>	<p><i>VHS1 y/o VHS2</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Más frecuente VHS2 (13% es VHS1 por contacto oroanal)</li> <li><b>Vesículas múltiples</b> → Úlceras en zona perianal, anal o recto. Pueden aparecer ADP inguinales <b>dolorosas</b> y hasta <b>fiebre</b></li> </ul>	<p><i>Treponema pallidum pallidum</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En sífilis 1ª: <b>chancro</b> (lesión única profunda, bordes definidos, base lisa rosada y brillante, limpia)</li> <li>Suele ser <b>indolora</b>. Prurito, sangrado, tenesmo</li> <li>Pueden formarse inflamaciones granulomatosas (en sífilis 1ª y 2ª) que pueden producir masas rectales</li> </ul>

\* Hamlyn E. Taylor C. Sexually transmitted proctitis. Postgraduate Medical Journal. 2006;82(973):733-738

**ÚLCERA GENITAL/ANAL:**

**ITS con úlcera más frecuentes**

HERPES GENITAL	CHANCRO SIFILÍTICO	LINFOGRANULOMA VENÉREO	CHANCRO BLANDO (CHANCROIDE)	GRANULOMA INGUINAL (DONOVANOSIS)
<i>VHS 1 y/o VHS 2</i>	<i>Treponema pallidum pallidum</i>	<i>Chlamydia trachomatis L1, L2, L3</i>	<i>Haemophilus ducreyi</i>	<i>Klebsiella granulomatis</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesiones <b>múltiples</b> superficiales lisas, erosiones, confluentes ocasionalmente</li> <li><b>Vesículas</b> → <b>Erosiones</b> → <b>Úlceras</b></li> <li><b>Dolor</b>, prurito</li> <li>Mialgias. MEG, fiebre</li> <li>No/Sí ADP bilaterales dolorosas</li> <li>P Incub: 5 d</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesión <b>única</b> profunda, bordes definidos, base lisa roja brillante y limpia</li> <li>Mácula → Pápula → <b>Úlcera</b> → Curación espontánea</li> <li><b>NO dolor</b></li> <li>ADP bilaterales <b>NO</b> dolorosas</li> <li>P Incub: 10-90 d (~21 d)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesión <b>única plana</b>, bordes y profundidad variables</li> <li><b>Pústula plana</b> → <b>Úlcera</b> → Cura rápido</li> <li>ADP unilat inguinales-femorales, duras, dolorosas, inflamadas, supuran, fistulizan, se ulceran</li> <li>MEG, fiebre, proctitis</li> <li>P Incub: 1-4 sem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesión <b>única/múltiples</b> (aparecen nuevas) profunda, borde irregular amarillo, sucia, inflamada, frías, necrosis</li> <li>Mácula → Pápula → Pústula → Autoinoc</li> <li>Dolor</li> <li>ADP unilat, adherida, blanda, dolor, supur, fluctua, cráter</li> <li>Evol AGUDA, tropical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesión <b>única/múltiples</b> limpia, granulomatosa, borde marcado, sangra</li> <li>Pápula → Nódul</li> <li>NO dolor</li> <li>NO ADP</li> <li>Pseudobubones (granuloma inguinal subcutáneo) a los 2m</li> <li>Elefantiasis</li> <li>Evol <b>CRÓNICA</b>, tropical</li> </ul>





### TRATAMIENTO EMPÍRICO SINDRÓMICO:

Tras recogida de muestras administrar tratamiento empírico. De forma general, los tratamientos empíricos de elección más frecuentemente utilizados serán:

Uretritis/ Cervicitis	Proctitis	Úlcera genital/ anal	Enfermedad Inflamatoria pélvica
<b>Ceftriaxona 1g IM DU + Doxiciclina<sup>1</sup> 100mg/12h 7 días</b>	Ceftriaxona 1g IM DU + Doxiciclina <sup>1</sup> 100mg/VO/12h 7 días <sup>2</sup>	Si alta sospecha: <b>*Sífilis:</b> Penicilina Benzatina 2,4 MUI IM <b>*Herpes simple primoinfección:</b> Aciclovir 400mg/VO/8h o Valaciclovir 1g/VO/24h 7-10 días <b>*Herpes simple recurrencia:</b> Aciclovir 800mg/VO/8h o Valaciclovir 500g/VO/12h 3-5 días	Ceftriaxona 500 mg/IM/ DU + Doxiciclina 100 mg/VO/12h x14 días + Metronidazol 500 mg/VO/ 12 h x 14 días.
<b>Embarazo</b>			
Ceftriaxona 1g IM DU + Azitromicina 1 g VO DU	Ceftriaxona 1g IM DU + Azitromicina 1 g VO DU	Idem	Idem
<sup>1</sup> Doxiciclina contraindicada en el EMBARAZO Y LACTANCIA, alternativa Azitromicina 1g/VO/DU (DU= dosis única). <sup>2</sup> Ampliar a 21 días si Linfogranuloma venéreo.			

#### 1.4. TRATAMIENTO ESPECÍFICO/DIRIGIDO SEGÚN ETIOLOGÍA:

Si disponemos del diagnóstico microbiológico realizaremos tratamiento dirigido.

	Tratamiento	Consideraciones
<b><i>Neisseria gonorrhoeae</i></b>	<b>*Elección:</b> Ceftriaxona 1 g IM DU en infección de cualquier localización (en caso de afectación faríngea u orquiepididimitis, más difícil de erradicar). <b>*Si no es posible vía IM:</b> Cefixima 800mg/VO DU + Azitromicina 2 g/VO DU <b>*Si alergia a b-lactámicos o no posible:</b> Gentamicina 240 mg/IM DU + Azitromicina 2 g/VO DU  <b>*Embarazo:</b> Idem	Estudio y tratamiento de parejas sexuales de los 60 días previos
<b><i>Chlamydia trachomatis</i></b>	<b>Uretritis, Cervicitis y Proctitis (Serovares D-K):</b> Elección: Doxiciclina 100 mg/VO/12h 7 días Alergia: Azitromicina 1 g/VO DU  <b>Linfogranuloma venéreo (Serovares L1-L3):</b> Elección: Doxiciclina: 100 mg/VO/12h 21 días. Alergia: Azitromicina 1 g/semana x3 semanas (3 dosis en total)  <b>*Embarazo:</b> <b>Uretritis, Cervicitis y Proctitis (Serovares D-K):</b> Elección: Azitromicina 1 g VO DU	Tratar a las parejas sexuales de los 60 días previos con Azitromicina 1 g vo en dosis única.



	<b>Linfogranuloma venéreo (Serovares (L1-L3):</b> Elección: Azitromicina 1 g/semana x3 semanas (3 dosis en total)	
<b><i>Mycoplasma genitalum</i></b>	<b>NO SE RECOMIENDA TRATAMIENTO EN PERSONAS ASINTOMÁTICAS (tampoco en embarazo). En caso de presentar SINTOMATOLOGIA:</b>  <b>Elección:</b> Doxiciclina 100mg/VO/12h 7 días seguida de Azitromicina VO (1g/24h 1er día seguido de 500 mg/24h durante 3 días) <b>Alternativa o recidiva:</b> Moxifloxacino 400 mg/VO/24h 7 días  <b>*Embarazo:</b> Azitromicina VO (1g/24h 1er día seguido de 500 mg/24h durante 3 días) Dado que este tratamiento es subóptimo se recomienda al finalizar embarazo:  ..Elección: Doxiciclina 100mg/VO/12h 7 días seguida de Azitromicina VO (1g/24h 1er día seguido de 500 mg/24h durante 3 días)  ..Alternativa o recidiva: Moxifloxacino 400 mg/VO/24h 7 días	En pacientes con sintomatología que hayan recibido tratamiento, se debe confirmar la curación mediante TAAN a partir de las 4 semanas de finalizado el tratamiento. En embarazo dado que el tratamiento es subóptimo se recomienda control de curación y re-tratamiento con doxiciclina + moxifloxacino cuando sea posible su uso.
<b><i>Trichomonas vaginalis</i></b>	<b>Elección:</b> Metronidazol 500 mg/VO/12h x7 días. <b>Alternativa:</b> Metronidazol 2 g/VO/DU (menos eficaz) <b>*Embarazo:</b> ..1er trimestre: Metronidazol 500 mg óvulo vaginal/noche x7 días ..2ª y 3er trimestres: Metronidazol 500 mg/VO/12h x 7 días.	Debe de ser tratada la pareja con la misma pauta, tenga o no síntomas. En mujeres, confirmar la curación a los 3 meses de finalizado el tratamiento.
<b><i>Treponema pallidum</i></b>	<b>Sífilis Primaria, Secundaria y Latente precoz:</b> <b>Elección:</b> Penicilina G Benzatina 2.4 MU/IM DU <b>Alternativa:</b> Doxiciclina 100 mg/VO/12h 14 días.  <b>*Embarazo:</b> <b>Elección:</b> Penicilina G Benzatina 2.4 MU/IM DU <b>Alternativa:</b> Azitromicina 2 g VO DU	En la <b>sífilis 1ª</b> , estudio de las parejas sexuales de los 3 meses previos. En la <b>sífilis 2ª</b> , estudio de las parejas sexuales de los 6 meses previos. En la <b>sífilis latente precoz</b> , estudio de las parejas sexuales de los 12 meses previos.
	<b>Sífilis Latente tardía o duración indeterminada o Terciaria no Neurolúes:</b> <b>Elección:</b> Penicilina G Benzatina 2.4 MU/IM/semanal x3 semanas (3 dosis en total). <b>Alternativa:</b> Doxiciclina 100 mg/VO/12h x 28 días.  <b>*Embarazo:</b> <b>Elección:</b> Penicilina G Benzatina 2.4 MU/IM/semanal x3 semanas (3 dosis en total). <b>Alternativa:</b> Azitromicina 1 g VO/semana x3 semanas	
	<b>Neurolúes, Sífilis Ocular y Ótica:</b> <b>Elección:</b> Penicilina G Sódica 4 MU/IV/4h 14	Requiere punción lumbar al diagnóstico y a los 3-6 meses



	días. <b>Alternativa:</b> Doxiciclina 100 mg/VO/12h x 28 días o x Ceftriaxona 2gr/IV-IM/24h 10-14 días  <b>*Embarazo:</b> <b>Elección:</b> Penicilina G Sódica 4 MU/IV/4h 14 días. <b>Alternativa:</b> Ceftriaxona 2gr/IV-IM/24h x10-14 días	después de finalizado el tratamiento.
<b>Haemophilus ducrey</b>	<b>Elección:</b> Ceftriaxona 500 mg/IM/DU <b>Alternativa:</b> Azitromicina 1 g/VO/DU  <b>*Embarazo:</b> Idem	Tratar a las parejas sexuales de los 14 días previos. Drenar adenopatías fluctuantes o >5 cm.
<b>Klebsiella granulomatis</b>	<b>Elección:</b> Azitromicina 1 g/VO/semana x3 semanas. <b>Alternativas:</b> Doxiciclina 100 mg/VO/12h hasta curación (al menos 3 semanas) o Cotrimoxazol (800/160) mg/VO/12h hasta curación (al menos 3 semanas)  <b>*Embarazo:</b> <b>Elección:</b> Azitromicina 1 g/VO/semana x3 semanas. <b>Alternativas:</b> Cotrimoxazol (800/160) mg/VO/12h hasta curación (al menos 3 semanas)	Estudio y tratamiento de parejas sexuales de los 60 días previos
<b>VHS-Tipo 2, Cualquier localización:</b>	<b>Elección:</b> Aciclovir 400 mg/VO/ 6 horas 7 días <b>Alternativa:</b> Valaciclovir 500 mg/VO/8h o ó 1 g/VO/ 12 horas 7 días  <b>*Embarazo:</b> Aciclovir 400 mg/VO/6 horas x7 días	Todos 7-10 días en la primoinfección y 3 días en la recurrencia Puede asociarse crema de aciclovir al 5% tópica con o sin hidrocortisona al 1% 5 veces al día durante 4 días.

## 2. CRIBADO DE INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL EN PERSONAS ASINTOMÁTICAS.

### 2.1. INDICACIONES:

Las indicaciones de toma de muestras para cribado de ITS en personas ASINTOMÁTICAS con:

- Toda persona con prácticas sexuales de riesgo.
- Personas con infección por VIH.
- Personas en programa de PrEP.
- Personas que reciben Profilaxis post-exposición tras exposición de riesgo (incluidas las agresiones sexuales).
- Contactos de pacientes con diagnóstico de ITS.
- Gestantes (ver anexo 1).
- Pacientes con problemas sexuales, adolescentes <25 años sexualmente activas, antes de la inserción de un DIU.
- Patología tubérgica, estudio de infertilidad, gestación ectópica o antes de realizar cualquier técnica de instrumentación uterina.
- Ingresos por sospecha de corioamnionitis o enfermedad inflamatoria pélvica.



### 3. SEGUIMIENTO Y CONTROL:

Deben realizarse recomendaciones comunes a todos los pacientes con el fin de evitar la transmisión de las infecciones.

Tras toma de muestras e inicio de antibioterapia empírica se evaluarán los resultados de serologías y muestras genitales (**realizando EDO si es necesario**) y se evaluará la necesidad de vacunaciones (VHB; VHA y VPH en caso de VIH positivo) +/- inclusión en programa de PrEP.

**REALIZAR SIEMPRE NOTIFICACIÓN DE EDO (medicina preventiva); VER ANEXO 1**

Es recomendable el control de curación:

- A las 4 semanas tras tratamiento de los pacientes diagnosticados de faringitis y proctitis gonocócica y cualquier localización de *Mycoplasma genitalum*.
- A los 3 meses tras tratamiento en la infección por Chlamydia (debido a la alta tasa de reinfecciones).
  - Es importante recomendar a los/las pacientes que empleen métodos barrera o abstinencia sexual al menos hasta haber completado un régimen de 7 días y se hayan resuelto los síntomas.
  - En caso de infección por Chlamydia durante el embarazo, se recomienda nuevo control a las 4 semanas de finalizar el tratamiento, así como en el tercer trimestre previo al parto para confirmar la erradicación y reducir la posibilidad de secuelas graves en la madre y neonato.

### Criterios de derivación a consulta de Enfermedades Infecciosas según el Plan Andaluz contra el VIH/SIDA y otras ITS):

Epididimitis, orquiepididimitis	Por cualquier causa
Enfermedad pélvica inflamatoria	Salpingitis, ooforitis, endometritis, peritonitis, etc. Por cualquier causa.
Úlceras genitales y adenopatías inguinales	Adenopatía con criterio de drenaje quirúrgico Lesión fibrótica o fistula (tratamiento quirúrgico)
Proctitis	Lesión fibrótica o fistula (posible tratamiento quirúrgico)
ITS en embarazo	Todas
ITS con falta de respuesta o fracaso del tratamiento	Todas
ITS de posible adquisición importada (áreas tropicales)	Todas
Infección gonocócica/Chlamydia trachomatis (además de las anteriores)	Infección diseminada o síndrome de Reiter (uretritis, artritis reactiva y conjuntivitis o uveítis) Microorganismo resistente a fármaco de primera línea
Sífilis (además de las anteriores)	Sífilis terciaria, neurosífilis (sintomatología neurológica en pacientes diagnosticados de sífilis en cualquier estadio)
Herpes genital (además de las anteriores)	Síntomas sistémicos serios, lesiones cutáneas diseminadas, afectación visceral, formas atípicas en pacientes inmunodeprimidos
Prácticas de riesgo frecuentes (candidatos a PrEP)	Todos
Verrugas anogenitales	Falta de respuesta a tratamientos Formas atípicas o lesiones de gran tamaño Afectación de localizaciones anatómicas de difícil exploración/inspección: margen anal, intrauretrales, cérvix, pared vaginal Sospecha neoplasias intraepiteliales/carcinomas escamosos del área anogenital



#### 4. PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN (PEP) EN ACCIDENTE DE RIESGO BIOLÓGICO NO OCUPACIONAL:

##### 4.1. Indicaciones:

- Agresión sexual con penetración vaginal y/o anal no protegida (sin preservativo).
- Contacto sexual consentido de riesgo y/o mala utilización o rotura de preservativo, ambas de forma esporádica u ocasional. La PEP está desaconsejada en personas con exposiciones repetidas.

DESDE URGENCIAS (tanto generales como Materno-Infantil) DE HUT SIEMPRE: **Llamada al busca de Enfermedades Infecciosas** número 769316 o a través de centralita (de 8:00 -20:00 horas).

En caso de no disponibilidad de **busca de Enfermedades Infecciosas** (de 20:00 a 8:00):

- Si se inicia PEP frente a VIH:
  - Derivar a Consulta de Enfermedades Infecciosas el **primer día laborable**: Citar/insertar en hueco INTU.
  - El tratamiento se mantendrá durante 4 semanas completas.
  - Realizar siempre analítica urgente con función renal, hepática, hemograma y Serologías basales: VIH, Ag HBs, Ac-AntiHBs y Ac-AntiHBc. VHC, VHA, Lúes. Valorad si títulos de HBsAc < 10 mUI/mL, la administración de Gammaglobulina frente al VHB.
- Si no se inicia PEP frente a VIH:
  - Derivar a Consulta de Enfermedades Infecciosas: Citar en hueco INTU a partir de 30 días de la exposición.
  - Solicitar analítica para realizar previa a la visita en consulta (a los 30 días tras exposición):
    - Analítica urgente con función renal y hepática y hemograma.
    - Serologías: VIH, Ag HBs, Ac-AntiHBs y Ac-AntiHBc. VHC, VHA, Lúes

##### 4.2. Exploraciones que realizar:

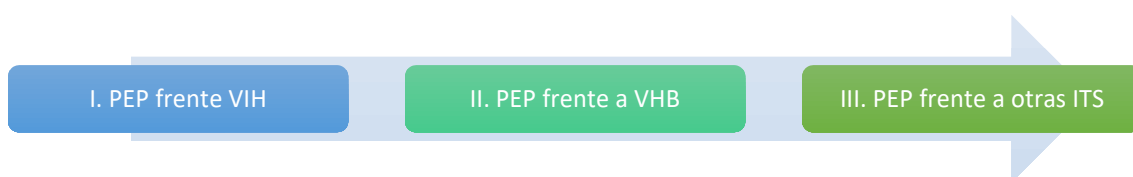
Además de las que determine el Forense en caso de agresiones sexuales, para establecer la indicación de PEP, realizar **SIEMPRE** al paciente EXPUESTO:

- a. Cribado de ITS en muestras genitales:
  - i. En varones: orina inicial (primer chorro miccional y al menos 2 horas desde la última micción o exudado uretral (para la evaluación de infecciones por *Chlamydia*, *Trichomonas*, *gonococo* y *Mycoplasma genitalum*);



- ii. En mujeres: exudado cervical y vaginal (para los mismos patógenos).  
Se puede completar con tomas faríngea y rectal a considerar según tipo de exposición.
- b. Analítica urgente con función renal y hepática y hemograma.
- c. Serologías: Urgente: VIH, Ag HBs, Ac-AntiHBs y Ac-AntiHBc. Ordinaria: VHC, VHA, Lúes.

### 4.3. Profilaxis post-exposición:



#### 4.3.1. Profilaxis post-exposición frente al VIH:

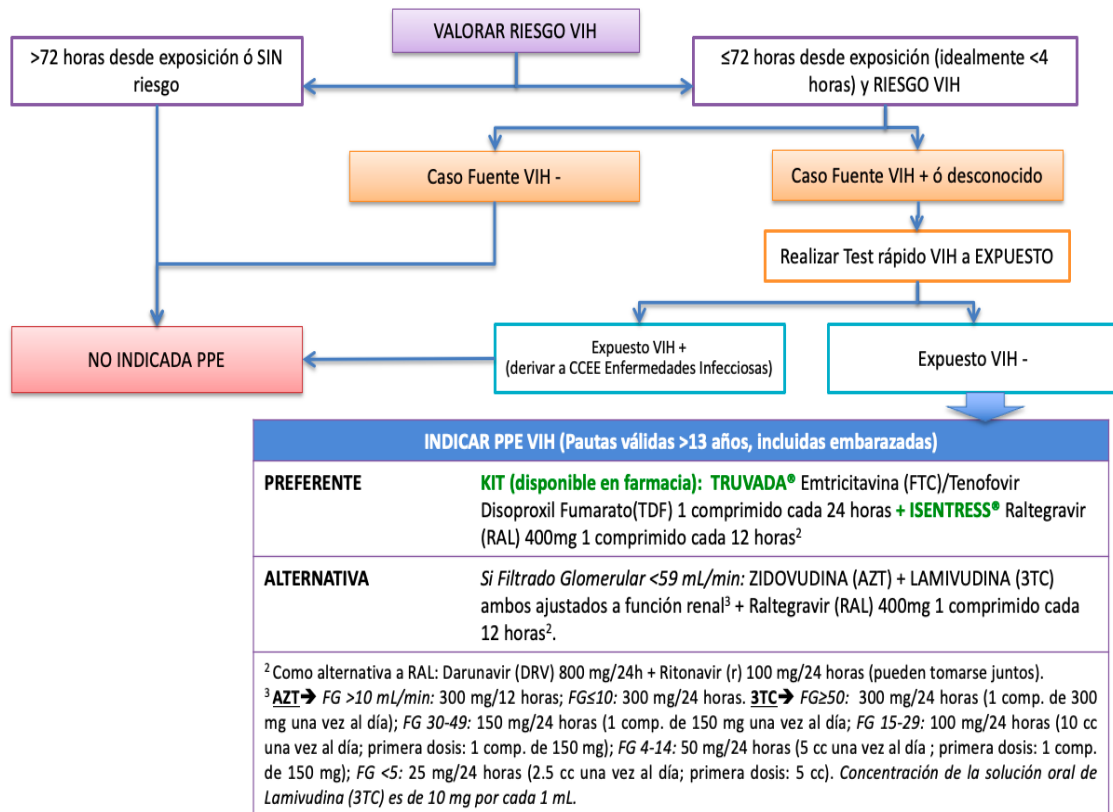
Valoración del riesgo:

Estado serológico de la persona fuente/agresor: Infección por VIH conocida.	Estado serológico de la persona fuente: Desconocido.	
<p><b>Con riesgo apreciable (0,8 a 3%):</b></p> <p>Recepción anal con eyaculación, sin preservativo, con rotura o mal uso de este.</p> <p><b>Bajo riesgo, por gradiente descendente (0,05 a 0,8%).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recepción vaginal con eyaculación, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.</li> <li>• Recepción anal sin eyaculación.</li> <li>• Recepción vaginal sin eyaculación.</li> <li>• Penetración anal, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.</li> <li>• Penetración vaginal, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo. Sexo oro-genital receptivo o activo con eyaculación, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.</li> </ul> <p><b>Riesgo mínimo (0,01 a 0,05%)</b></p> <p>Sexo oral sin eyaculación</p>	<p><b>Bajo riesgo (0,05 a 0,8%).</b></p> <p>Recepción anal con eyaculación.</p> <p><b>Riesgo mínimo (0,01 a 0,05%).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recepción vaginal con eyaculación, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.</li> <li>• Recepción anal sin eyaculación.</li> <li>• Recepción vaginal sin eyaculación.</li> <li>• Penetración anal, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.</li> <li>• Penetración vaginal, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.</li> <li>• Sexo oral con o sin eyaculación, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.</li> </ul>	
Cuando administrar tratamiento:		
Riesgo Apreciable	Riesgo Bajo	Riesgo mínimo
Recomendar	Considerar	Desaconsejar



Considerar como Urgencia Médica: **Administrar tratamiento farmacológico inmediatamente en la consulta de Urgencias, una vez descartadas lesiones que puedan comprometer el pronóstico vital de la víctima.**

- Administrar idealmente en las primeras 4 horas tras la exposición de riesgo
- No administrar después de pasadas 72 horas de la exposición de riesgo



#### 4.3.2. Profilaxis post-exposición frente al VHB:

Sujeto EXPUESTO	RECOMENDACIÓN
VACUNADO y títulos de AcHBs >10 mUI/mL	NADA
VACUNADO y títulos de AcHBs <10 mUI/mL	Inmuno-Globulina específica VHB: 500 UI IM en una sola dosis <sup>1</sup> + Dosis recuerdo vacuna VHB deltoides contralateral
NO VACUNADO	Inmuno-Globulina específica VHB: 500 UI IM en una sola dosis <sup>1</sup> + 1ª dosis de pauta vacuna VHB deltoides contralateral (completando vacunación en centro de salud).

<sup>1</sup> Si menos de 24 horas desde exposición de riesgo

#### 4.3.3. Profilaxis post-exposición frente a otras ITS:

Además, tratamiento antibiótico empírico de ITS (kit):

CEFTRIAXONA 1G/IM DU + METRONIDAZOL 2G/VO DU + AZITROMICINA 1G/VO DU



## 5. PROFILAXIS Pre-EXPOSICIÓN (PrEP) al VIH:

### ¿Qué es la PrEP?

Es una **estrategia de prevención combinada del VIH**, que consiste en tomar tratamiento antiretroviral (Tenofovir disoproxil/Emtricitabina) en un comprimido único **una vez al día** y que se acompaña de **seguimiento clínico (Consulta de Enfermedades Infecciosas)**, consejo asistido sobre salud sexual e infecciones de transmisión sexual y de otras medidas preventivas, como el uso del preservativo para minimizar riesgos.

### ¿Quién puede recibir PrEP?

Personas VIH negativas, mayores de 16 años, que están en situación de riesgo elevado de adquirir el VIH, a saber:

- Hombres que tienen sexo con hombres
- Personas transgénero
- Personas cissexuales
- UDVP con prácticas de inyección no seguras

Todo@s ell@s con al menos dos de los siguientes criterios:

- Mas de 10 parejas sexuales diferentes en el último año
- Práctica de sexo anal sin protección en el último año
- Uso de sustancias de abuso relacionadas con el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección en el último año (*ChemSex*)
- Administración de PEP en al menos 2 ocasiones en el último año
- Al menos una ITS bacteriana en el último año
- Mujeres en situación de prostitución que refieran uso no habitual de preservativo

**Si identificas a usuario demandante o subsidiario de recibir PrEP: derivar a consulta de Enfermedades Infecciosas** (preferiblemente con extracción previa de control analítico que incluya: hemograma, bioquímica con perfil hepatorenal, orina, serología de VIH, VHC, VHB, VHA, sífilis).

### ¿Cuándo administrar PrEP?

- No es una urgencia médica:
  - No hay que administrar tratamiento farmacológico de forma inmediata
  - Es una estrategia combinada: Tratamiento farmacológico + Consejo Asistido
  - Hay que valorar si infección oculta/concomitante por VIH, Virus hepatotropos e ITS bacterianas.
- La PrEP a demanda no está aprobada por la EMA y está contraindicada en personas con infección crónica por VHB.





### ¿Cuándo está contraindicada la PrEP?

- Personas que no se encuentran en alto riesgo de adquirir la infección por VIH (personas que no reúnen los criterios definidos previamente; colectivos con incidencia de < 2 casos por 100 personas/año).
- Menores de 16 años.
- Sospecha de infección VIH o situación serológica desconocida
- Enfermedad renal con IFG < 45 mL/min
- Alergia o intolerancia a alguno de los componentes de la PrEP
- Parejas serodiscordantes estables en las que el miembro VIH positivo mantiene cv-VIH indetectable.

## 6. BIBLIOGRAFIA:

- I. Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV—United States, 2016 from the Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/programresources/cdc-hiv-npep-guidelines.pdf>
- II. Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual para 2016-2021. <http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/es/>
- III. DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PERSONAS CON INFECCIÓN POR EL VIH. (Septiembre 2010) Grupo de expertos de GESIDA y del Plan Nacional sobre el Sida Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. <https://www.mssi.gob.es/eu/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docConsensoITSSept10.pdf>
- IV. Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA), Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST), Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT), Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública (SESLAP), Asociación Nacional de Médicos del Trabajo en el Ámbito Sanitario (ANMTAS), Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), Sociedad Española de Medicina de urgencias y Emergencias (SEMES) y Grupo de Estudio de Hepatitis Víricas-SEIMC (GEHEP). Marzo 2015. <http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2015/gesida-guiasclinicas-2015-Profilaxispostexposicion-VIH-VHC-VHB.pdf>
- V. Unemo M, Seifert HS, Hook EW 3rd, Hawkes S, Ndowa F, Dillon JR. Gonorrhoea. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):79.
- VI. Unemo M, Ross J, Serwin AB, et al. 2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. *Int J STD AIDS*. 2020; 29.
- VII. Durukan, D., Read, T. R. H., Murray, G., Doyle, M., Chow, E. P. F., Vodstrcil, L. A., Fairley, C. K., Aguirre, I., Mokany, E., Tan, L. Y., Chen, M. Y., & Bradshaw, C. S. (2020). Resistance-Guided Antimicrobial Therapy Using Doxycycline-Moxifloxacin and Doxycycline-2.5 g Azithromycin for the Treatment of Mycoplasma genitalium Infection: Efficacy and Tolerability. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 71(6), 1461–1468. <https://doi.org/10.1093/cid/ciz1031>
- VIII. Bettuzzi, T., Jourdes, A., Robineau, O., Alcaraz, I., Manda, V., Molina, J. M., Mehlen, M., Cazanave, C., Tattevin, P., Mensi, S., Terrier, B., Régent, A., Ghosn, J., Charlier, C., Martin-Blondel, G., & Dupin, N. (2021). Ceftriaxone compared with benzylpenicillin in the treatment of neurosyphilis in France: a retrospective multicentre study. *The Lancet. Infectious diseases*, 21(10), 1441–1447. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30857-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30857-4)



## 7. ANEXOS:

### **ANEXO 1. IMPLEMENTACIÓN CRIBADO ITS EN PRIMER TRIMESTRE EMBARAZO REALIZADO EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

#### ***TEST INCLUIDO EN PERFIL 1º TRIMESTRE***

##### **1.- Patógenos ITS en orina Inicial**

Muestra de Orina (contenedor específico figura 2) tomada a primera hora de la mañana sin lavado previo, en contenedor específico. Se toma el día anterior a la extracción de sangre. Dejar a temperatura ambiente.

\*La muestra de orina para urocultivo se recoge el mismo día de la extracción. Muestra de orina tomada a primera hora, previo lavado zona genitourinaria e indicar a la paciente que ha de tomar la **porción media** de la orina.

**2.- Patógenos ITS en Exudado Vaginal (torunda específica figura 1)** en pacientes: <25 años, ITS previa, varias parejas sexuales, consumo de drogas.

##### **Resultados:**

Los resultados se remiten de forma habitual, quedan reflejados en la historia de la paciente.

Adicionalmente se envía una alerta por mail de los resultados positivos a epidemiología de Distrito Almería (Pilar Barroso).

### **ANEXO 2. COMUNICACIÓN Y DECLARACIÓN DE ITS A MEDICINA PREVENTIVA HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECARDENAS**

La notificación de infecciones de transmisión sexual (ITS) a nivel hospitalario se realiza a la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Preventiva a través de:

- Informe diario por parte de la UGC de laboratorio con los resultados de muestras hospitalarias
- Declaración de los profesionales que detectan algún caso



Tras su notificación, Medicina Preventiva revisa los casos, descarta los que no cumplen criterios y el resto se declaran en la plataforma Red Alerta del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA). En esta base de datos se deben cumplimentar diferentes variables, como: filiación del paciente, resultados de laboratorio, fecha de inicio de síntomas, factores de riesgo...

Además de la notificación al SVEA, cuando se detecta un caso a través del listado diario del laboratorio, Medicina Preventiva informa al facultativo responsable del paciente en el HUT.

Como excepciones, la Unidad de Obstetricia y Ginecología recibe los resultados positivos de su unidad a diario y la consulta de Enfermedades Infecciosas revisa a las 48 horas las muestras solicitadas de sus pacientes.

Si la muestra ha sido obtenida en el servicio de Urgencias y el paciente cumple criterios de derivación a atención especializada, desde Medicina Preventiva se avisa a la unidad correspondiente para que le gestionen la oportuna cita.

Por otro lado, la UGC de Medicina Preventiva informa por correo electrónico de todas las ITS detectadas en hospitalización, consultas externas o urgencias a Epidemiología del distrito sanitario al que pertenece el paciente, para proceder al estudio de contactos.

En el caso de que no se haya contactado con el paciente desde la unidad correspondiente o si se detecta cualquier otra incidencia, Epidemiología informa a Medicina Preventiva solicitando su resolución.

## CIRCUITO COMUNICACIÓN ITS EN HOSPITAL UNIVERSITARIO

