


## INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL GUÍA RÁPIDA

MODIFICACIONES		
REVISIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN
A	01/01/2012	Versión 1. Infecciones bacterianas, órgano/sistema genitourinario: vulvovaginitis, uretritis-cervicitis, úlceras genitales.
B	08/01/2015	Actualización, unificación de los anteriores y adición de los protocolos de sífilis, proctitis, VPH y otros.
C	01/04/2019	Se actualiza el contenido. Se eliminan los apartados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcance</li> <li>• Algoritmos de actuación</li> </ul> Se incorporan los apartados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cribado de ITS en pacientes asintomáticos</li> </ul>

PREPARADO*		REVISADO*	
Nombre y apellidos* (Perfil y Unidad/Servicio)	Código SSIB	Nombre y apellidos* (Perfil y Unidad/Servicio)	Código SSIB
<b>Borrell Solé, Nuria</b> Facultativo Especialista - Microbiología Hospital Universitari Son Espases	s003446	<b>Alcoceba Cruixent, Eva</b> Facultativo Especialista - Microbiología Hospital Universitari Son Espases	s030340
<b>Delgado Mejía, Elena</b> Facultativo Especialista - Medicina Interna Hospital Universitari Son Espases	s011642	<b>Macià Romero, María Dolores</b> Facultativo Especialista - Microbiología Hospital Universitari Son Espases	s008138
<b>Fanjul Losa, Francisco</b> Facultativo Especialista - Medicina Interna Hospital Universitari Son Espases	s002892	<b>Pérez Sáenz, José Luis</b> Jefe de Servicio - Microbiología (2002-2018) Hospital Universitari Son Espases	s003450
<b>Fernández-Repeto Nuche, Lucía</b> Facultativo Especialista - Ginecología Hospital Universitari Son Espases	s002817	<b>Riera Jaume, Melchor</b> Jefe de Sección - Medicina Interna-Infecciosas Hospital Universitari Son Espases	s002889
<b>Gil Alonso, Leire</b> Facultativo Especialista - Medicina Interna Hospital Universitari Son Espases	s002893		
<b>Parera Amer, M. Elisabet</b> Facultativo Especialista - Dermatología Hospital Universitari Son Llàtzer	s013854		
<b>Taberner Ferrer, Rosa</b> Facultativo Especialista - Dermatología Hospital Universitari Son Llàtzer	s002140		

<b>APROBACIÓN</b>	27/11/2019	<b>Martín Pena, Luisa</b> (s002884). Presidenta de la Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política de Antibióticos.
	Firma	
<b>REVISIÓN INTERNA</b>	11/11/2019	Marta Torres Juan (Unidad de Calidad)

	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
	COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS	01/04/2019
		Página 2 de 34

## Índice

1.-	Introducción.....	3
2.-	Cribado de ITS en pacientes asintomáticos .....	3
3.-	Recomendaciones básicas para el diagnóstico de las ITS .....	4
4.-	Diagnóstico, toma de muestras y tratamiento de los principales síndromes relacionados con las ITS .....	6
4.1	Uretritis y cervicitis.....	6
4.2	Vulvovaginitis.....	12
4.3	Úlceras genitales .....	15
4.4	Sífilis (lúes) .....	18
4.5	Proctitis .....	22
4.6	Infección por los virus del papiloma humano (VPH) .....	24
4.7	Ectoparasitosis.....	29
5.-	Profilaxis postexposición del VIH-1 .....	31
6.-	Estudio de contactos aconsejado según la patología.....	32
7.-	Documentos relacionados .....	33
8.-	Bibliografía y webgrafía .....	33

<p>En este documento se aboga por el uso del lenguaje inclusivo de género. Al ser el catalán y el castellano dos lenguas con flexión de género y el destinatario múltiple, se ha utilizado el masculino como forma <u>no marcada</u> para hacer referencia a grupos que incluyen ambos sexos.</p>
---

## 1.- Introducción

El objetivo de este documento es ofrecer una guía rápida de consulta que facilite el manejo de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más prevalentes, ajustando las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas a los recursos disponibles en nuestro medio.

Ante un paciente con relaciones sexuales de riesgo, se deberá realizar una anamnesis dirigida que incluya cuestiones sobre su conducta sexual, incluyendo otros factores de riesgo (ver tabla 1).

Tabla 1. Factores de riesgo a considerar en la anamnesis de un paciente con ITS.

- Contacto sexual con otro paciente con ITS
- Tener relaciones sexuales con diferentes parejas
- Uso inconsistente del preservativo
- Tener antecedentes de ITS previas
- Ser profesional o usuario de la prostitución
- Consumo de tóxicos, especialmente asociado a las relaciones sexuales
- Ser víctima de violencia sexual

## 2.- Cribado de ITS en pacientes asintomáticos

Se recomienda efectuar el cribado de las ITS más prevalentes en personas sexualmente activas integrantes de colectivos con alta prevalencia de ITS, como jóvenes menores de 25 años, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras/es del sexo, adolescentes y personas que ingresan en instituciones penitenciarias o correccionales.

En los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el cribado de ITS debería llevarse a cabo en la evaluación inicial y, posteriormente, al menos con una periodicidad anual si son sexualmente activos.

En las mujeres embarazadas se recomienda realizarlo en el primer trimestre del embarazo y, si resulta negativo, repetirlo antes del parto y cuando éste sea inminente. La indicación vendrá determinada, según la situación y prácticas de riesgo de la mujer, si no ha seguido controles previos, o si procede de países de alta prevalencia de ITS.

El cribado de las ITS incluye realizar diversas pruebas serológicas, cultivos y pruebas moleculares que se resumen en la tabla 2. Las localizaciones de toma de muestras y la periodicidad del cribado variarán en función de las prácticas sexuales y los factores de riesgo. Se recomienda la vacunación de las hepatitis A y B en las personas seronegativas frente a estos virus.

Tabla 2. Cribado de ITS en pacientes asintomáticos<sup>a</sup>.

Patógeno	Pruebas recomendables	Observaciones
<b>VIH-1/2</b>	Anti-VIH-1/2+Ag p24 (Duo)	Suero o plasma
<b>VHB</b>	HBsAg, anti HBs	Suero o plasma
<b>VHC</b>	Anti-VHC	Suero o plasma
<b>VHA</b>	Anti-VHA IgG e IgM	En pacientes HSH
<b><i>Treponema pallidum</i></b>	Anti- <i>T. pallidum</i> totales	Suero o plasma
<b><i>Chlamydia trachomatis</i></b>	Detección molecular	Localización(es) según prácticas de riesgo
<b><i>Neisseria gonorrhoeae</i></b>	Cultivo y detección molecular	Localización(es) según prácticas de riesgo
<b><i>Trichomonas vaginalis</i></b>	Cultivo y observación microscópica	Localización(es) según prácticas de riesgo

<sup>a</sup>Abreviaturas. VHB: virus de la hepatitis B; HBsAg: antígeno de superficie del VHB; VHC: virus de la hepatitis C; VHA: virus de la hepatitis A; HSH: hombres que tienen sexo con hombres.

	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
	COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS	01/04/2019
		Página 4 de 34

Además se recomienda efectuar un cribado de infección por los virus del papiloma humano (VPH) y descartar carcinoma de cuello uterino en las mujeres:

- **Seronegativas frente al VIH:** entre los 21-29 años, solo citología cada 3 años ; entre 30-65 años, prueba conjunta (citología y detección molecular de VPH) cada 5 años (opción preferente), o solo citología cada 3 años. (opción aceptable).
- **Seropositivas frente al VIH:** el cribado debe comenzar dentro del año de inicio de la actividad sexual. Si ya son sexualmente activas, dentro del primer año después del diagnóstico de VIH, no más tarde de los 21 años de edad.
  - <30 años, solo citología. Si la citología inicial es normal, repetir al cabo del año. Tras 3 citologías consecutivas anuales normales, pasar a repetir cada 3 años.
  - >30 años citología solo o prueba conjunta (prueba VPH y citología). Tras 3 citologías consecutivas anuales normales, pasar a repetir cada 3 años. Si la prueba conjunta es negativa, (citología normal, prueba molecular negativa), se recomienda repetir el cribado cada 3 años.
  - No suspender el cribado a los 65 años.
  - En mujeres con  $CD4 < 200 \text{ cel/mm}^3$ , se realizará revisión anual con citología, remitiéndose a colposcopia las mujeres con lesiones LSIL o mayor displasia.

### 3.- Recomendaciones básicas para el diagnóstico de las ITS

Ante el diagnóstico de una ITS **es esencial el descartar otras** que puedan coexistir en el paciente aunque no presenten manifestaciones clínicas relacionadas. Se aconseja realizar al menos serologías para VIH-1/2, sífilis, VHB y VHC (y VHA IgG en el caso de hombres que tienen sexo con hombres [HSH] para valorar la vacunación como actitud preventiva).

De particular interés es el cribado de la infección por el VIH-1/2 por la **elevada tasa de diagnóstico tardío** existente en nuestro medio. Además de aquellos pacientes con clínica de infección viral aguda y conductas sexuales de riesgo, el cribado del VIH-1/2 está justificado en (tabla 3):

Tabla 3. Personas en las que se recomienda realizar el cribado serológico del VIH-1/2.

- Relaciones sexuales de riesgo, aunque estén asintomáticos
- Antecedentes de ITS en el pasado
- Víctimas de agresión sexual
- Contacto sexual con pacientes diagnosticados de infección por el VIH o de otras ITS
- Consumo o contacto con usuarios de drogas por vía parenteral
- Exposición sexual en países de alta prevalencia de la infección por el VIH
- Gestantes y pacientes que activamente quieran someterse al cribado serológico

En nuestro medio, el cribado se realiza actualmente a través de pruebas de cuarta generación, que detectan conjuntamente el antígeno p24 del VIH-1, como marcador precoz, y los anticuerpos frente al VIH tipos 1 y 2. La sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la infección crónica son excelentes (99,78–100% y 99,5–99,93%, respectivamente). La sensibilidad es menor en la infección aguda, por lo que **se recomienda repetir la determinación** al menos 6 semanas tras la exposición en pacientes que pudieran encontrarse en este periodo ventana.

En el diagnóstico de las ITS, es importante tener presente las siguientes consideraciones prácticas:

- **Ante un paciente con sospecha de ITS** habrá que intentar hacer el diagnóstico etiológico del cuadro de forma previa a iniciar tratamiento empírico. La toma de muestras para el diagnóstico etiológico de la mayoría de ITS se podrá realizar en los centros de atención primaria, siguiendo las pautas reflejadas en este mismo protocolo o derivando al paciente al Servicio de Microbiología del hospital de referencia tal y cómo se venía haciendo hasta ahora. La derivación a la Consulta de Atención a Infecciones de Transmisión Sexual (CAITS) se realizará en los casos de complejidad asistencial, no disponibilidad de recursos necesarios o ante pacientes de alto riesgo que requieran toma de muestra y seguimiento específico. Habrá que valorar la toma de muestra faríngea/uretral/endocervical/anal según las prácticas sexuales de riesgo (tabla 4), aunque el paciente esté asintomático en estas localizaciones anatómicas. En el apartado de “Documentos relacionados” se hace referencia a los procedimientos que describen los aspectos prácticos para obtener correctamente estas muestras, destinadas a estudios microbiológicos.

Tabla 4.- Cribado de ITS según localización y conducta sexual de riesgo en pacientes asintomáticos<sup>a</sup>.

Localización	Tipo de muestra	Técnica diagnóstica <sup>b</sup>
<b>Varones: uretral, orina</b>	Exudado uretral	Gram y cultivo ITS <sup>b</sup> PCR clamidia/gonococo <sup>c</sup> Detección de micoplasmas
	Orina 1 <sup>er</sup> chorro tras 2-4 h sin orinar	PCR clamidia/gonococo <sup>c</sup>
<b>Mujeres: vaginal, endocervical<sup>d</sup></b>	Exudado vaginal	Gram y cultivo ITS <sup>b</sup>
	Exudado endocervical	Gram y cultivo ITS <sup>b</sup> PCR clamidia/gonococo <sup>c</sup> Detección de micoplasmas <sup>c</sup>
<b>Faríngeo</b>	Exudado faríngeo	Cultivo ITS <sup>b</sup> PCR clamidia/gonococo <sup>c</sup>
<b>Rectal</b>	Exudado rectal	Cultivo ITS <sup>b</sup> PCR clamidia/gonococo <sup>c</sup>

<sup>a</sup>Se consideran pacientes de alto riesgo a personas con uso inconsistente del preservativo, usuarios de prostitución o personas que la ejerzan, contactos de pacientes con ITS, heterosexuales con >3 parejas/mes o homosexuales varones con múltiples parejas sexuales.

<sup>b</sup>En el Servicio de Microbiología del HUSE, estas técnicas se encuentran englobadas en un perfil informático denominado "Estudio ITS". El personal de este Servicio selecciona las técnicas apropiadas si se ha remitido la muestra correspondiente en las condiciones adecuadas.

<sup>c</sup>Detección molecular de ambos patógenos ITS. Es importante complementarla con una muestra adecuada al cultivo de *N. gonorrhoeae* para poder llevar a cabo estudios de sensibilidad antibiótica y hacer seguimiento de la resistencia.

<sup>d</sup>En ciertas situaciones se puede considerar la muestra vaginal o la orina para llevar a cabo la detección molecular (PCR) de clamidia/gonococo en mujeres. Se debe consultar previamente con el Servicio de Microbiología.

Habrá que recomendar el tratamiento dirigido a las parejas sexuales del paciente, aunque estén asintomáticas en el caso de infección por *C. trachomatis* y gonococo para evitar la perpetuación de la infección (la lúes y el VIH obliga al control serológico de los contactos). **Ver capítulo 6** del presente protocolo.

- **Ante una PCR de gonococo positiva en muestra de cualquier origen**, es necesaria la confirmación de la positividad mediante cultivo general (según apartado de origen de tomas de muestras correspondiente) que, en la medida de lo posible, se debería cursar al laboratorio en menos de 2 h tras su obtención. Hay que tener en cuenta la posibilidad de falsos negativos del cultivo en el caso de que la muestra no sea correctamente conservada o procesada.



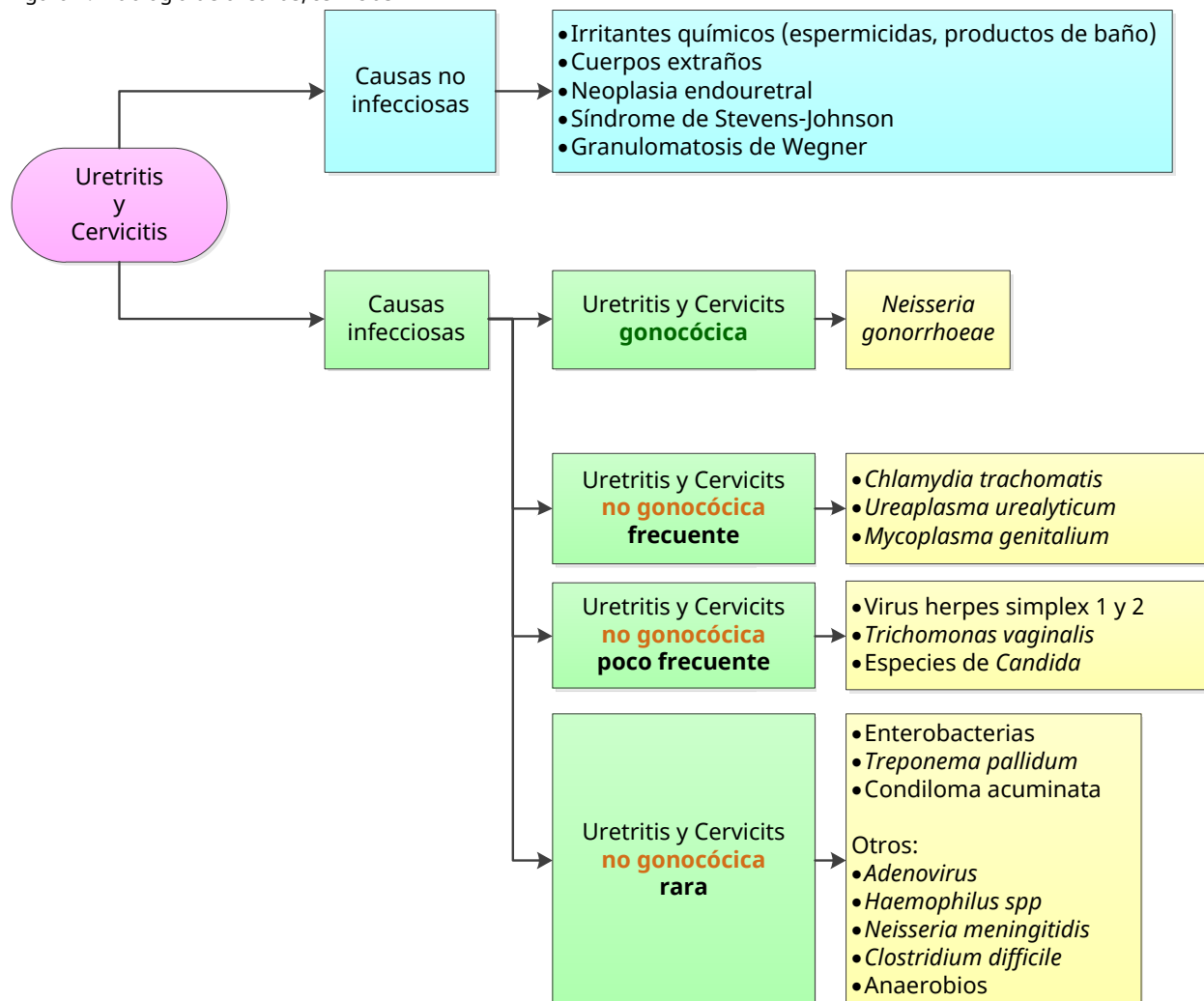
- El **diagnóstico de infección por *C. trachomatis*** únicamente se hará por positividad de PCR de la muestra dirigida, por lo que no está indicada la realización de serología a *Chlamydia* de rutina.
- El **diagnóstico de la infección por virus del herpes** (VHS) es clínico y por positividad de cultivo de VHS en muestra dirigida, por lo que la serología a VHS no está indicada de rutina.

## 4.- Diagnóstico, toma de muestras y tratamiento de los principales síndromes relacionados con las ITS

### 4.1 Uretritis y cervicitis

La uretritis es el síndrome más común dentro de las enfermedades infecciosas de transmisión sexual en el hombre; su equivalente en las mujeres se denomina cervicitis. Se caracteriza por la presencia de secreción mucosa o mucopurulenta en el área afectada y disuria. Etiológicamente, se pueden distinguir las causas no infecciosas y las causas infecciosas (**figura 1**), clasificándose estas últimas en etiología gonocócica (UG) o no gonocócica (UNG).

Figura 1.- Etiología de uretritis/cervicitis<sup>a</sup>



<sup>a</sup>Fuente: Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2007.

	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
	<small>COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS</small>	01/04/2019
		Página 7 de 34

En nuestro ámbito asistencial, los **principales agentes etiológicos de la uretritis/cervicitis son, con diferencia, *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis***. El papel exacto del *Ureaplasma* sp. en la UNG es controvertido, ya que se pueden aislar en el 30-40% de individuos jóvenes asintomáticos con vida sexual activa. No hay datos consistentes para avalar su participación en las UNG agudas, aunque *U. urealyticum* y *U. parvum* se ha relacionado con casos de sintomatología crónica. *Mycoplasma genitalium*, sí que parece tener una relación más causal con uretritis/cervicitis. Las enterobacterias se relacionan con un muy bajo porcentaje de casos de UNG, pudiendo darse en pacientes que practican el coito anal. En las últimas revisiones, se están describiendo en la actualidad casos de uretritis por *Haemophilus* sp. pudiendo estar relacionadas con prácticas de riesgo oro-genitales. En un 30 a 80% de los casos de UNG, no se aísla microorganismo etiológico.

#### 4.1.1 Manifestaciones clínicas

Existen diferencias clínicas en relación a la presentación de estos síndromes respecto al sexo del paciente (tabla 5).

#### 4.1.2 Diagnóstico microbiológico

Sugiere el diagnóstico de uretritis la presencia de  $\geq 5$  polimorfonucleares (PMN)/campo en el frotis uretral o  $\geq 10$  PMN/campo en muestra de primera orina. En el caso de las cervicitis, un recuento abundante de PMN en el Gram orientará a cervicitis. La presencia de clínica miccional con sedimentos de orina patológicos y urocultivo negativo de repetición puede también orientar a estos síndromes.

- ***N. gonorrhoeae*** (25%): La UG se caracteriza por un periodo de incubación corto, de 2-6 días, y por tratarse de una infección más sintomática que la UNG. A pesar de esto, en el 50% de mujeres la infección cervical puede ser asintomática.
  - Examen microscópico directo (Gram): la observación de diplococos gramnegativos (DCGN) es diagnóstico de UG sólo en varones (sensibilidad  $>95\%$  y especificidad  $>99\%$ ). El cultivo es la técnica de referencia para cualquier tipo de muestras (uretrales, cervicales, rectales y faríngeas), y permite recolectar cepas para la vigilancia de sensibilidad antimicrobiana.
- Técnicas de amplificación de los ácidos nucleicos (PCR): tienen una alta sensibilidad y especificidad; aun así, se recomienda confirmación diagnóstica mediante cultivo ***C. trachomatis*** (15-55%): Es el agente de ITS más frecuente en el mundo, afectando con mayor frecuencia a mujeres menores de 25 años. Se calcula que entre un 10-40% de los casos con infección cervical pueden progresar a enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), siendo una de las principales causas de infertilidad femenina. Con un periodo de incubación más largo que la UG, de 2 a 6 semanas, existe **un alto porcentaje de casos** (80%), sobre todo en mujeres, en los que la infección es **asintomática**.

Actualmente la amplificación PCR en muestra endocervical es el método diagnóstico de referencia, tanto en mujeres sintomáticas como asintomáticas). En **situaciones excepcionales** se puede utilizar la muestra de orina o de frotis vaginal, pero se recomienda contactar previamente con el laboratorio.

Para el diagnóstico de la **uretritis** en hombres, se recomienda realizarlo en muestra de exudado uretral. Solo en caso de que no exista exudado uretral (estudio de contactos) se puede realizar su determinación en orina de primer chorro.

Tabla 5. Características de la uretritis/cervicitis.

Varones/uretritis	Mujeres/cervicitis
Asintomática hasta en 1-3% de gonococias y hasta en el 50% de infecciones por <i>C. trachomatis</i> .	Asintomática hasta en el 50% de mujeres con gonococia y en el 80% con <i>Chlamydia</i> .
<b>Manifestaciones clínicas:</b> secreción uretral mucosa, mucopurulenta o francamente purulenta (más habitual en gonococia), escasa o abundante y a veces sólo evidente tras expresión uretral. Escozor miccional e irritación del meato uretral.	<b>Manifestaciones clínicas:</b> dispareunia, sangrado intermenstrual o postcoital, secreción purulenta visible en el canal endocervical, posible sangrado endocervical durante la recogida de muestras por la alta friabilidad del epitelio.
La <b>complicación</b> más habitual es la epididimitis o la orquitis: infrecuentes (<3%). En menores de 35 años suelen ser debidas a una ITS (habitualmente por <i>N. gonorrhoeae</i> y/o <i>C. trachomatis</i> ); en los hombres de mayor edad, a menudo están causadas por patógenos de infección urinaria.	La <b>complicación</b> más frecuente es la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), tanto por <i>C. trachomatis</i> como por <i>N. gonorrhoeae</i> . Se manifiesta por dolor agudo en el abdomen inferior, cuello uterino y anexos en la exploración bimanual.

- **Micoplasmas genitales** (9-25%) En las últimas revisiones se ha descrito *M. genitalium* como la especie de este grupo más implicado en casos de uretritis y cervicitis purulenta. Actualmente, en el Servicio de Microbiología de HUSE no se dispone de técnica específica para su determinación (en evaluación, en estos momentos). Para el resto de especies de este grupo se dispone de un sistema comercializado de identificación y titulación diferencial de: *M. hominis* y *U. urealyticum*, sólo válido para muestras uretrales y endocervicales. Los resultados se expresan de manera semicuantitativa como título ALTO (equivalencia a  $\geq 10^4$  UCC/ml) y título BAJO (equivalencia a  $\leq 10^3$  UCC/ml) para cada uno de ellos. Si existiera sospecha de uretritis/cervicitis y un título alto en su cuantificación, sin detección de otros patógenos, podríamos interpretar estos agentes de forma indirecta como posible etiología del cuadro.
- ***Trichomonas vaginalis*** (4%). Es un agente causal de vulvovaginitis en la mujer, con flujo de mal olor amarillo verdoso, prurito vaginal, dispareunia y disuria, observándose en la exploración el típico signo de “cérvis en fresa”. En varones su frecuencia es mayor en mayores de 30 años; aunque suele ser una infección asintomática, actualmente se le considera un agente infradiagnosticado de uretritis.

El diagnóstico puede realizarse por examen microscópico en fresco de la secreción vaginal en mujeres y uretral en hombres (barato, rápido y muy específico). Al no ser esta metodología factible en la mayoría de los casos, se recomienda remitir la muestra vaginal lo más rápido posible al laboratorio para que pueda inocularse en caldo de cultivo (medio de Roiron) que mantenga su viabilidad, para su posterior detección en fresco.

#### 4.1.3 Tratamiento

Se recomienda el tratamiento en todos los pacientes y sus contactos sexuales de los últimos 2 meses. Se deben explicar al paciente las posibles causas de uretritis/cervicitis, la posibilidad de complicaciones en el propio paciente y su pareja sexual, los posibles efectos secundarios de tratamiento y la importancia de la cumplimentación y del seguimiento. Se deberán evitar los contactos sexuales hasta 1 semana después del tratamiento.



	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
	COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS	01/04/2019
		Página 9 de 34

Hasta en el 40-50% (en nuestra experiencia, el 20%) de las uretritis/cervicitis por *N. gonorrhoeae* coexiste con otro agente etiológico, como *Chlamydia*, por lo que en personas de riesgo, ante la dificultad de llevar a cabo un diagnóstico etiológico de la coinfección, o de hacer un seguimiento apropiado del paciente y sus contactos, se recomienda realizar tratamiento empírico y precoz frente a ambos microorganismos. El tratamiento **siempre se administrará tras la toma de muestras** oportuna.

#### TRATAMIENTO DE LA URETRITIS/ENDOCERVICITIS

##### 1. Tratamiento empírico en pacientes sintomáticos:

- Infección uretral/endocervical: ceftriaxona 500 mg IM + azitromicina 1 g VO en MD
- En alérgicos a la penicilina: azitromicina 2 g VO en MD<sup>a</sup>

##### 2. Tratamiento dirigido ante cultivo positivo en pacientes asintomáticos (cribado) o en pacientes sintomáticos que no se hayan tratado previamente en una primera visita:

- Infección uretral/cervical no gonocócica: azitromicina 1 g oral MD; alternativa: doxiciclina 100 mg/12 h, 7 días
- Infección uretral/endocervical gonocócica: ceftriaxona 500 mg IM + azitromicina 1 g oral MD
- Infección uretral/vaginal por *T. vaginalis*: metronidazol 2 g (comprimidos 250 mg x 8) oral en MD; alternativa: tinidazol 2 g (500 mg x 4) oral en MD

<sup>a</sup>Se recomienda no usar azitromicina como único agente terapéutico para la gonococia, excepto en casos seleccionados. En estos casos, revisar CMI a azitromicina y comentarios microbiológicos, y considerar la oportunidad de llevar a cabo una prueba de curación microbiológica por cultivo a los 7 días de haber finalizado el tratamiento.

#### 4.1.4 Complicaciones

- **Uretritis recurrente:** se sospecha por la recurrencia o persistencia de síntomas en los 30-90 días posteriores a la uretritis aguda. Se puede dar hasta en el 10-20% de los casos. La etiología es multifactorial, y podrían estar implicados el *M. genitalium* y el *U. urealitycum*. En estos casos:

Se deberá volver a tratar al paciente con el régimen inicial si existen dudas sobre el cumplimiento o si el paciente se ha expuesto a un compañero sexual no tratado (lo más frecuente es la reinfección). En el caso de que no haya mejoría y habiendo descartado la reinfección, se podría prescribir:

- Pauta prolongada de azitromicina 5 días: 500 mg/24 h el 1<sup>er</sup> día + 250 mg/24h los siguientes 4 días.
- Doxiciclina 100 mg/12 h durante 7 días (por posible resistencia parcial de *M. genitalium* a macrólidos) si no la ha recibido en régimen inicial.
- Moxifloxacino 400 mg/24 h durante 7 días, especialmente si se sospecha de *M. genitalium*.
- Considerar tratamiento con metronidazol o tinidazol 2 g v.o. en MD (si no se puede descartar la infección por *T. vaginalis*).

Si persiste la sintomatología tras una tercera tanda de antibióticos, deberán descartarse factores de uretritis no infecciosa.

No hay evidencia para volver a tratar a los contactos sexuales femeninos de un varón con uretritis persistente/recurrente si estos ya fueron tratados adecuadamente al inicio con tratamiento de primera línea.

La **diseminación hematológica** desde las mucosas infectadas puede ocurrir, ocasionando: el síndrome de Reiter: artralgias, artritis y tenosinovitis en el caso 1-2% de las UNG, o una monoartritis infecciosa en el caso de las infecciones gonocócicas.

- **Orquitis y orquiepididimitis.** Uno de las complicaciones más importantes de las uretritis en varones son las epididimitis o las orquitis, mayoritariamente por *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis*, pudiendo más raramente verse afectada la próstata de forma inicial (molestias urogenitales

	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
	COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS	01/04/2019
		Página 10 de 34

inespecíficas con dolor pélvico asociado, síntomas generales o fiebre, con una próstata edematizada y dolorosa al tacto rectal). En varones jóvenes con sospecha de epididimitis, se deberá investigar infección conjunta por ambos microorganismos.

En estos casos, tratar con ceftriaxona 500 mg IM monodosis + doxiciclina 100 mg/12h vo 10-14 días.

Si existiera sospecha de **afectación prostática** por ITS habría que recoger muestra uretral y urocultivo prolongando el tratamiento antibiótico dirigido hasta cumplimentar al menos 4 semanas de tratamiento (indicando el tratamiento con quinolonas o cotrimoxazol si se descarta etiología de transmisión sexual).

- **Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)** que se define como la infección del tracto genital superior pudiendo incluir salpingitis, piosalpingitis, ooforitis, pelviperitonitis y absceso tuboovárico. Generalmente, es consecuencia de una infección ascendente desde el cuello del útero, bien a causa de una ITS, como una infección polimicrobiana relacionada con una vaginosis (ruptura de barrera cervical), o por interacciones oportunistas de flora comensal perineal/vaginal sobre una ITS primaria. La etiología se resume en la tabla 6.

Tabla 6.- Etiología de la EPI.

- *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, en el contexto de una ITS.
- Infecciones polimicrobianas con participación de flora mixta vaginal-perineal, aerobia y anaerobia: *Escherichia coli*, *Streptococcus* sp, *Gardnerella vaginalis*, *M. hominis*, *U. urealyticum*, *Mobiluncus*, *Bacteroides*, *Prevotella*, *Peptoestreptococcus*, *Actinomyces*, *Haemophilus* sp.
- En relación con el uso de DIU (infección crónica abscesificada): *Actinomyces* sp.
- Salpingitis granulomatosa en países en desarrollo: *Mycobacterium tuberculosis* y *Schistosoma haematobium* en áreas endémicas.

Los síntomas son similares a los de una cervicitis, aunque de mayor intensidad: dolor abdominal bajo, incluyendo dolor anexial y dispareunia, aumento del flujo vaginal o de características anormales (74%), sangrado anormal (45%), síntomas urinarios (35%) y vómitos (14%). Muy llamativo a la exploración el dolor a la movilización del cuello uterino, dolor anexial en la exploración vaginal bimanual (99%), cervicitis y descarga endocervical purulenta (74%) y fiebre. Su diagnóstico es, fundamentalmente, clínico, de presunción, junto a la confirmación microbiológica.

Las pruebas de imagen permiten descartar complicaciones en forma de abscesos o masas.

- **Tratamiento antimicrobiano empírico**, a la espera de resultados de cultivos: ceftriaxona 500 mg IM (MD) + doxiciclina 100 mg/12 h, oral, durante 14 días, añadiendo opcionalmente metronidazol 500 mg/12 h, oral (para cobertura anaerobia), durante 14 días.
- **Alternativa:** levofloxacino 500 mg/24 h, oral + metronidazol 500 mg/12 h oral, durante 14 días.
- Ante la falta de respuesta o en mujeres gestantes estaría indicado el ingreso hospitalario.

Además de la antibioterapia, deberá tenerse en cuenta la retirada de dispositivos intrauterinos si existieran una vez iniciado tratamiento médico y la abstención de relaciones sexuales.

La demora en la instauración del tratamiento aumenta la incidencia de secuelas como infertilidad en hasta el 55% de mujeres después de varios episodios de EPI, dolor pélvico crónico (20%) en relación con la formación de adherencias, salpingitis crónica o infecciones, embarazo ectópico, absceso tubo-ovárico e infecciones recurrentes. Además la EPI se relaciona con aumento de

	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
	COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS	01/04/2019
		Página 11 de 34

nacimientos pretérmino y de morbilidad materno-fetal junto con complicaciones neonatales. Complicaciones menos frecuentes son el síndrome de Reiter, artritis reactiva y perihepatitis (Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis).

- **Cervicitis con sintomatología persistente:** el manejo de estas pacientes no se ha establecido claramente, una vez que se ha excluido una reinfección de la paciente, la existencia de una pareja sexual de la paciente infectada y no tratada, así como la vaginosis bacteriana, ya que los nuevos cursos de tratamiento antibiótico no han demostrado eficacia. En estos casos, debe considerarse la terapia ablativa cervical por un especialista en ginecología después de haberse descartado la causa infecciosa.

#### 4.1.5 Conducta post-tratamiento

- Se deberá utilizar **preservativo durante 7 días** tras inicio del antibiótico y hasta que el paciente esté asintomático, o abstenerse de relaciones sexuales.
- A las 3 semanas, se deberá realizar una **entrevista de control** para evaluar el cumplimiento terapéutico y la ausencia de síntomas.
- **NO están indicadas las pruebas diagnósticas de control** postratamiento, excepto (tabla 7):

Tabla 7. Excepciones en las que Sí se recomiendan pruebas microbiológicas de control.

• Incumplimiento terapéutico
• Reexposición
• Persistencia de signos o síntomas
• Gestantes
• Pacientes tratados con amoxicilina o macrólidos (en el caso de la infección gonocócica)
• Localizaciones extragenitales de la infección

- Se deberá realizar a los 7 días del tratamiento (tener en cuenta que la detección de ácidos nucleicos puede ser positiva hasta 3 semanas o 1 mes tras tratamiento dirigido).
- La persistencia de síntomas a los 3-4 meses debe alertar al facultativo sobre la posibilidad de prostatitis crónica o EPI.
- La pauta de tratamiento de los contactos será la misma que la del paciente, salvo contraindicaciones. En el caso de parejas heterosexuales y de una infección por *Chlamydia* o gonococo, si no se puede acceder a los contactos sexuales para control, podría estar indicado el tratamiento empírico de las parejas con la misma pauta empleada en el paciente fuente (si se tratara de una infección gonocócica, deberá incluir tratamiento para *Chlamydia* por posibilidad de coinfección). Esta medida no se recomienda en el caso de HSH, por la mayor probabilidad de enmascaramiento de otras ITS.
- En las UNG por un microorganismo no filiado sería prudente también el tratamiento empírico a las parejas con el mismo régimen que hemos tratado al paciente fuente para evitar una cronificación de la infección en las mujeres.

#### 4.1.6 Consideraciones especiales

En el embarazo y lactancia, las pautas con azitromicina y ceftriaxona han demostrado ser seguras, por lo que es el tratamiento de elección. En el caso de hipersensibilidad a las cefalosporinas, se

	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
	COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS	01/04/2019
		Página 12 de 34

recomienda la azitromicina, 2 g. En pacientes gestantes de alto riesgo para ITS, se recomienda realizar un cribado para *Chlamydia*, gonococo y sífilis en el primer y tercer trimestres. Todas las gestantes deberán hacerse un control endocervical a las 4 semanas de finalizar el tratamiento (preferiblemente mediante PCR), y un nuevo control en el tercer trimestre.

En los pacientes seropositivos para el VIH se aconseja el mismo régimen de tratamiento que en pacientes no seropositivos.

## 4.2 **Vulvovaginitis**

Es el término utilizado para determinar los desórdenes vulvovaginales causados por inflamación, infección o cambios en la flora vaginal normal. Los síntomas que suelen producir son prurito, ardor, dolor (vulvodinia) y aumento de secreción vaginal. Los signos clínicos más frecuentes son eritema, edema inflamatorio de piel y mucosas, aumento de secreción vaginal en ocasiones maloliente, de color y características diferentes según el agente causante.

Las vulvovaginitis infecciosas más comunes son la vaginosis bacteriana, la candidiasis vulvovaginal y la tricomoniasis. La única considerada como ITS es la tricomoniasis, que también puede ser causa de uretritis en varones.

### 4.2.1 Etiología y manifestaciones clínicas

#### **Vulvovaginitis candidiásica**

Enfermedad inflamatoria de la vagina producida por varias especies de hongos levaduriformes, fundamentalmente del género *Candida*, secundaria por lo general a condiciones fisiológicas alteradas que determinan una disminución de la inmunidad local.

*Candida albicans* es la responsable del 90% de los episodios de candidiasis vulvovaginal. Otras especies menos frecuentes, también denominadas "no *albicans*", como *C. glabrata*, *C. tropicalis* y *C. krusei*, representan el 10% de las candidiasis y han registrado en los últimos tiempos un aumento de la incidencia, así como un incremento en la resistencia al tratamiento antifúngico habitual.

Sus síntomas más frecuentes son la secreción vaginal característica: Blanquecina en grumos, aspecto de yogur. El prurito, disuria, dispareunia y la sensación de escozor en genitales externos, pudiendo observar a la exploración la mucosa vaginal eritematosa con leucorrea blanca fácil de desprender y lesiones cutáneas en vulva y periné.

#### **Vulvovaginitis por *T. vaginalis***

La tricomoniasis está causada por *T. vaginalis*, un protozoo unicelular flagelado, parásito de la vagina. Su prevalencia ha disminuido en España en los últimos años. La infección es clínicamente **asintomática** hasta en 50% de las mujeres. En el caso de serlo se presentaría como vaginitis (infección aguda con secreción purulenta, maloliente, ardor, prurito, disuria, dolor pélvico, dispareunia) con síntomas que empeoran durante la menstruación. Típicamente, en la exploración, se presenta como un eritema de la vulva y mucosa vaginal, siendo característica la visión de "cervix en fresa". En los hombres, puede ser asintomática hasta en el 80% ,presentándose como uretritis en el resto de los casos.

#### **Vaginosis bacteriana**

Se considera un síndrome polimicrobiano que resulta de un descenso de la concentración de *Lactobacillus* productores de peróxido de hidrógeno, paralelo a un incremento de bacterias patógenas, especialmente anaerobias gramnegativas. Son diversas las bacterias que pueden estar

	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
	COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS	01/04/2019
		Página 13 de 34

implicadas en esta entidad: *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* sp., *Bacteroides* sp., *Prevotella* sp., *Mycoplasma* sp., *Atopobium vaginae*.

#### 4.2.2 Diagnóstico y toma de muestras dirigida

El diagnóstico de las vaginitis es fundamentalmente clínico, por la anamnesis, signos físicos a la exploración de la paciente y por la toma de muestras como herramienta confirmatoria.

- **Tricomoniasis:** fundamentalmente clínico, aunque con síntomas inespecíficos. Para su confirmación, la visión al microscopio de la secreción vaginal, apenas diluida en una gota de suero, permite observar el parásito y su movimiento característico. Además, el cultivo vaginal en medio de Roiron o de Diamond mejora la sensibilidad hasta un 80% y la especificidad >99%. El diagnóstico mediante PCR mejora estos valores, pero no está disponible en estos momentos en nuestro laboratorio.
- **Vulvovaginitis candidiásica:** en la mayoría de los casos una correcta anamnesis y exploración es suficiente, aunque se podría determinar un pH de flujo vaginal, realizar un frotis en fresco o una tinción de Gram para visualización esporas o un cultivo vaginal (prueba confirmatoria).
- **Vaginosis bacteriana:** para el diagnóstico de la vaginosis bacteriana utilizamos los **criterios de Amsel** (han de cumplirse al menos 3 para establecer el diagnóstico):
  - Leucorrea homogénea, cuyo color y cantidad pueden variar.
  - Hedor de aminas (característico a pescado).
  - Presencia de *clue cells* observadas al microscopio en el flujo vaginal.
  - pH de flujo vaginal >4,5.

#### 4.2.3 Tratamiento

- **Vulvovaginitis por *T vaginalis*:** está indicado en todos los pacientes, sintomáticos como asintomáticos; también en los compañeros sexuales.

**Pauta recomendada:** metronidazol 2 g, oral MD, o 500 mg/12 h durante 7 días. Pauta recomendada también en embarazo y VIH (aconsejado en este caso nuevo control a los 3 meses por alta tasa de recurrencias. **Alternativa:** tinidazol: 2 g vía oral MD.

En ambos casos, los pacientes deben ser advertidos de efecto *antabus* con alcohol durante el tratamiento y hasta 24 h tras su finalización en el caso del metronidazol, y 72 h con el tinidazol.

Las recurrencias suelen estar relacionadas con el mal cumplimiento del tratamiento por parte de la paciente o de la pareja. Los pacientes tratados con metronidazol, 2 g en dosis única, puede ser tratados con pauta larga de metronidazol.

- **Vaginosis bacteriana:** únicamente deben tratarse los episodios sintomáticos. Estaría justificado como tratamiento previo a procedimientos invasivos ginecológicos y en pacientes con conductas sexuales de riesgo (aumenta la transmisibilidad de otras ITS).
  - **Tratamiento no antibiótico:** cloruro de decualino (Fluomizin®). Este agente es apropiado para infecciones vaginales mixtas o en las que no se disponga de un diagnóstico etiológico preciso. Dosis recomendada: 1 óvulo vaginal/día, durante 6 días. Se puede usar en el embarazo.

- **Tratamiento antibiótico:** las pautas aconsejadas serían metronidazol 500 mg/12 h, oral, durante 7 días (evitar ingesta de alcohol hasta 24 h después de última dosis de metronidazol), o clindamicina crema vaginal al 2% en aplicación diaria, durante 7 días (evitar uso de preservativo de látex o diafragma hasta 5 días posteriores de la aplicación de la clindamicina, pues se puede reducir la resistencia del material). Alternativas: tinidazol oral (2 g/día durante 2 días o 1 g/día, durante 5 días). Se debe evitar la ingesta de alcohol hasta 72 h de la última dosis.

Ante las **recurrencias**, se aconseja cloruro de decualino1 óvulo/24 h, 6 días o lactobacillus: 5-10 días y repetir el tratamiento 3 meses (intra o postmenstrual).

En el embarazo debe ser tratada si la vaginosis es sintomática. El cloruro de decualino es el tratamiento de elección en cualquier trimestre de la gestación.

- **Vulvovaginitis candidiásica:** únicamente se tratarán los casos sintomáticos, sin requerir tratamiento las parejas sexuales. El tratamiento en las pacientes VIH será el mismo que en seronegativas.

- **VVC no complicada:** los antimicóticos tópicos son los fármacos de primera elección: clotrimazol, comprimido vaginal 500 mg/24 h, 1 día; clotrimazol comprimido vaginal 100 mg/12-24 h, 3-7 días; clotrimazol 2% crema vaginal 5 g/24 h, 7 días.

Alternativa: nistatina 100.000 U, comprimido vaginal/24 h, 14 días.

Antimicóticos sistémicos: fluconazol 150 mg/24 h, oral, 1 día.

**En el embarazo:** clotrimazol 100 mg óvulo vaginal / 24 horas durante 7 días o Miconazol. Evitar tratamientos por vía oral.

- **Vaginitis candidiásica recidivante** (4 o más episodios/año). En aproximadamente un tercio de las recidivas, el agente causal no es la especie *C. albicans*, sino *C. glabrata* o *C. tropicalis*. En estos casos, se aconseja prolongar el tratamiento oral durante 14 días (tabla 8). En los casos rebeldes, se podría mantener un tratamiento de mantenimiento con la administración periódica durante 6-12 meses (tabla 9). Y, sobre todo, optimizar las situaciones de riesgo (buen control glucémico en las diabéticas, limitar en lo posible los tratamientos antibióticos de amplio espectro, etc.). Se podría también intentar recuperar la flora vaginal con lactobacilos.

Tabla 8. Tratamiento inicial de la vaginitis candidiásica recidivante (doble tratamiento, tópico+oral).

Vía administración	Fármaco	Dosis	Duración
<b>Tópico-vaginal</b>	Clotrimazol	100 mg/día	12 días
		500 mg/semana	2 semanas
	Sertaconazol	500 mg/semana	2 semanas
	Fenticonazol	600 mg/día	3 días
<b>Oral</b>	Fluconazol	150 mg/día	3 días
	Itraconazol	200 mg/día	10 días

Tabla 9. Tratamiento de mantenimiento (tópico prolongado vs. oral prolongado).

Vía administración	Fármaco	Dosis	Duración
<b>Tópico-vaginal</b>	Clotrimazol	500 mg/semana	6-12 meses
	Sertaconazol	500 mg/semana	6-12 meses
	Fenticonazol	600 mg/día	6-12 meses
<b>Oral</b>	Fluconazol	150 mg/semana	6-12 meses
	Itraconazol	100 mg/día	6-12 meses

	200 mg postmenstrual	6-12 meses
Ketoconazol	100 mg/día	6-12 meses

### 4.3 Úlceras genitales

Las úlceras genitales más frecuentes en la población joven sexualmente activa son el herpes simple y la sífilis. La frecuencia de cada microorganismo causante depende del área geográfica y la población, siendo el herpes la más frecuente en nuestro medio (70-80%).

Debe tenerse en cuenta que pueden existir las coinfecciones y que **existen causas no infecciosas**, como la enfermedad de Behçet, el carcinoma escamoso, el síndrome de Reiter, el eritema multiforme, el eritema fijo pigmentario, etc.

También es importante recordar que la presencia de úlceras genitales por herpes, sífilis o chancroide se ha asociado a un mayor riesgo de contagio del VIH y que, independientemente de su etiología, pueden ser la puerta de entrada para otras infecciones como la lúes, el VHB y el VHC, por lo que siempre habrá que descartar su coexistencia.

La etiología y manifestaciones clínicas de las úlceras genitales se resumen en la tabla 10. El diagnóstico y tratamiento, en la tabla 11.

#### 4.3.1 Etiología y manifestaciones clínicas

Tabla 10. Etiología y manifestaciones clínicas de las úlceras genitales<sup>a</sup>.

Entidad	Agente causal	Incubación (días)	Manifestaciones clínicas		
			Presentación	Adenopatías	Sistémicas
Herpes genital	VHS 1 VHS 2	3-7	Vesículas/erosiones múltiples, agrupadas. Dolor intenso. Transitoria (días).	Bilaterales, dolorosas	Mialgias, cefalea, fiebre, prurito.
Sífilis	<i>T. pallidum</i>	21 (10-90)	Úlcera única indurada. Fondo limpio, indolora. Transitoria (pocas semanas).	Bilaterales, no dolorosas, eritema.	Sin manifestaciones clínicas generales
Linfogranuloma venéreo (India, África: <b>úlceras genitales; Europa: proctitis en HSH</b> ).	<i>C. trachomatis</i> L1, L2, y L3	7-28	1 <sup>er</sup> estadio: úlcera transitoria (7d), purulenta, pequeña y herpetiforme. Indolora. Proctitis en HSH.	2 <sup>o</sup> estadio (2-6 sem. después 1 <sup>o</sup> ). Unilaterales, inflamadas, dolorosas, supurativas (bubones). Dolor abdominal bajo en mujeres (ganglios intrabdominales/retroperitoneales).	Malestar, fiebre, artralgias, mialgias. Complicaciones sistémicas y locales: linfangitis, pelvis congelada (3 <sup>er</sup> estadio)
Chancroide (tropical, África, Asia, Latinoamérica).	<i>Haemophilus ducreyi</i>	3-7	Úlceras múltiples, purulentas, blandas, bordes disecados. Dolorosas. Autoinoculación.	50% Unilaterales, dolorosas, blandas, fluctuantes, supurativas.	Sin manifestaciones clínicas generales
Granuloma inguinal	<i>Klebsiella</i>	50 (3-180)	Úlcera	muy	Sin adenopatías. Sin

<b>(tropical/subtropical India, Australia, Papúa-Nueva Guinea, sur de África).</b>	<i>granulomatis</i>	vascularizada ( <i>beefy red</i> ), sangrante, friable, indurada. Indolora. Crecimiento progresivo semanas-meses.	Pseudobubones a los 1-2 meses (6%) (extensión subcutánea)	manifestaciones clínicas generales
--	---------------------	---	---	------------------------------------

<sup>a</sup>Abreviaturas. VHS: virus herpes simple; HSH: hombres que tienen sexo con hombres.

### 4.3.2 Diagnóstico y tratamiento

Tabla 11. Diagnóstico y tratamiento de las úlceras genitales.

Entidad	Diagnóstico	Tratamiento
Herpes genital	PCR exudado úlcera Cultivo virus (menor sensibilidad en mujeres).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1<sup>er</sup> episodio:</b> aciclovir, 400 mg/8 h x 5-10 días; valaciclovir, 500 mg/12 h x 5-10 días; famciclovir, 250 mg/8 h x 5-10 días. VIH: aciclovir, 400 mg/8 h x 7-10 días, valaciclovir, 500-1000 mg/12 h x 10 días; famciclovir, 250-500 mg/12 h x 10 días.</li> <li>• <b>Recurrencias:</b> aciclovir, 400 mg/8 h x 3-5 días; valaciclovir, 500 mg/12 h x 5 días; famciclovir, 125 mg/12 h x 5 días. VIH: aciclovir 400 mg/8 h x 5-10días; valaciclovir 1 g/12 h x 5-10 días; famciclovir 500 mg/12 h x 5-10días.</li> <li>• <b>Supresivo (&gt;6 brotes/año):</b> aciclovir, 400 mg/12 h; valaciclovir, 500-1000 mg/24 h; famciclovir, 250 mg/12 h. Duración tratamiento: 1 año. VIH: aciclovir, 400-800 mg/8-12,h; valaciclovir, 500 mg/12 h; famciclovir, 500 mg/12h. Duración del tratamiento: 1 año.</li> <li>• <b>Gestantes:</b> aciclovir, 400 mg/8 h; valaciclovir, 500 mg/12 h (evitar en fase inicial del embarazo).</li> </ul>
Sífilis	Serología. Observación en campo oscuro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>De elección:</b> penicilina G benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, dosis única.</li> <li>• <b>Alternativa</b> (alergia): doxiciclina 100 mg/1 2h x 14 días.</li> </ul> <p><b>Recordar:</b> <i>reacción de Jarisch-Herxheimer: reacción febril aguda con cefalea, mialgias y otros síntomas que tiene lugar las primeras 24 h después de iniciar el tratamiento. Los síntomas mejoran con antipiréticos.</i></p>
Linfogranuloma venéreo	PCR exudado úlcera. PCR exudado rectal (si proctitis). PCR aspirado bubón.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>De elección:</b> doxiciclina, 100 mg/12 h x 21días.</li> <li>• <b>Alternativa:</b> eritromicina, 500 mg/6 h x 21días; azitromicina 1g/sem x 3 sem.</li> </ul>
Chancroide	Gram o Giemsa. Cultivo especial (no disponible y baja sensibilidad). Exclusión de otras Entidades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>De elección:</b> azitromicina, 1 g dosis única; ceftriaxona, 250 mg IM, dosis única.</li> <li>• <b>Alternativa:</b> eritromicina, 500 mg/6 h x 7días; ciprofloxacino, 500 mg/12 h x3 días.</li> </ul>
Granuloma inguinal	Giemsa de exudado o biopsia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>De elección:</b> azitromicina, 1 g/semana ó 500 mg/día x 3 semanas y curación completa de la lesión.</li> <li>• <b>Alternativa:</b> doxiciclina, 100 mg/12 h; cotrimoxazol, 800/160 mg/12 h; eritromicina, 500 mg/6 h; o ciprofloxacino 750mg/12h x3semanas y curación de la lesión.</li> </ul>



	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
	COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS	01/04/2019
		Página 17 de 34

#### 4.3.3 Seguimiento de los pacientes y manejo de las parejas sexuales

- **Herpes genital**

El tratamiento mejora y acorta las manifestaciones clínicas, pero no erradica el virus latente (por lo tanto, pueden aparecer recurrencias). Además, no existe evidencia de que, al parar el tratamiento, disminuya la frecuencia ni la severidad de las recurrencias.

El consejo médico es crucial para el correcto manejo de la patología. Los objetivos son ayudar al paciente a entender la evolución natural de la enfermedad y prevenir su transmisión sexual y perinatal. Es importante también informar de la posibilidad de transmisión sexual del VHS, no solo durante los brotes, sino también durante los periodos asintomáticos. Se recomienda la abstinencia sexual mientras se presenten lesiones o pródromos.

La complicación más frecuente son las lesiones cutáneas extragenitales. Suelen aparecer en las 2 semanas posteriores a la infección y se localizan en glúteos, rodillas, muslos y dedos; lo que sugiere un mecanismo de autoinoculación. La diseminación hematógena o las complicaciones neurológicas son mucho menos frecuentes.

**Tratamiento de las parejas sexuales durante el brote:** en los asintomáticos, se debe insistir en las medidas de prevención; si presentan síntomas, se debe aplicar el mismo tratamiento que en los pacientes.

- **Sífilis**

Se recomienda examen clínico y serológico a los 6 y 12 meses del tratamiento. Según los resultados:

- Si se observa un descenso en el título de las pruebas no treponémicas (RPR) de 2 diluciones (ejemplo, de 1/32 a 1/8) o seroconvierten a negativas, no requieren más seguimiento.
- La ausencia de disminución del título de anticuerpos en 2 diluciones a los 6-12 meses del tratamiento puede ser indicativo de fallo del tratamiento, pero debe tenerse en cuenta que, en un 15% de los casos, no se observa este descenso. Esto puede deberse a varios factores, como tratarse de un estadio inicial de la enfermedad o presentar un nivel inicial bajo de anticuerpos.
- Si la serología inicial no treponémica es negativa, no se requiere más seguimiento.
- Si el título **RPR aumenta en 2 diluciones** y persiste durante más de 2 semanas, o persisten o reaparecen los signos y síntomas, existe la posibilidad de un **fallo de tratamiento o una reinfección** (más frecuente). Se recomienda volver a tratar y volver a descartar la infección por el VIH. Si se descarta la reinfección se debe valorar realizar una punción lumbar para descartar neurosífilis.

**Tratamiento de las parejas sexuales:** se recomienda realizar serología y tratamiento (aunque la serología sea negativa) de los contactos sexuales de los 3 meses previos al inicio de los síntomas.

- **Linfogranuloma venéreo**

Se recomienda seguir un control clínico y de tratamiento hasta la desaparición de las lesiones (mínimo, 21 días). Debe ofrecerse el cribado de ITS a los 3 meses para descartar reinfecciones y repetir serologías tras el periodo ventana.

	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
		01/04/2019
	COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS	Página 18 de 34

**Tratamiento de las parejas sexuales:** se recomienda examinar y tratar a los contactos sexuales de los 3 meses previos al inicio de los síntomas (doxiciclina, 100 mg/12 h x 7 días, o azitromicina, 1 g, dosis única).

- **Chancroide**

Se recomienda control clínico a los 3-7 días de inicio del tratamiento, momento en el que se debe apreciar una clara mejoría de las lesiones. La curación completa de las lesiones tiene lugar a los 7-10 días aproximadamente. Las adenopatías pueden persistir hasta las 2-3 semanas de haber iniciado el tratamiento. La evolución puede ser más lenta en los pacientes infectados por el VIH, o en los no circuncidados.

Si las manifestaciones clínicas no mejoran, tendremos que sospechar otras causas de úlceras genitales, una mala adherencia al tratamiento, la posibilidad de resistencias (sobre todo si el tratamiento se hizo con ciprofloxacino o eritromicina), la presencia de inmunodeficiencias o de coinfecciones (sífilis [chancro mixto] o VHS).

**Tratamiento de las parejas sexuales:** se recomienda estudiar y tratar a las parejas sexuales de los 10 días previos al inicio de los síntomas.

- **Granuloma inguinal**

Se recomienda control clínico y mantener el tratamiento hasta la desaparición de las lesiones (mínimo, 3 semanas).

**Tratamiento de las parejas sexuales:** se recomienda realizar examen y ofrecer el tratamiento a las parejas de los 60 días previos al inicio de los síntomas, aunque no está claro el valor de tratar a las parejas asintomáticas.

#### 4.4 **Sífilis (lúes)**

##### 4.4.1 Definición, epidemiología y mecanismos de contagio

La sífilis es una enfermedad infecciosa de declaración obligatoria causada por *Treponema pallidum*, una espiroqueta de distribución mundial. La incidencia de infección sifilítica declarada en la comunidad de Illes Balears en los últimos 3 años (2015-2017) fue del 13-15,9 casos por 100.000 habitantes/año.

El contagio se produce localmente, a través de contacto entre piel (principalmente región genital) o mucosa (vaginal, anal, labial/oral), con lesiones cutáneas infectadas presentes en pacientes en fase primaria o secundaria de la infección, aunque se considera que los pacientes con infección latente temprana también podrían ser potencialmente contagiosos.

##### 4.4.2 Fases de la infección

###### a) Fases sintomáticas

No todos los pacientes presentan necesariamente todas las fases clínicas de la infección (por ejemplo, sólo un tercio de los pacientes sin tratamiento presentarán manifestaciones clínicas de secundarismo luético), pero tradicionalmente la evolución natural de la enfermedad pasa por:

	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
	COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS	01/04/2019
		Página 19 de 34

- **Infeción primaria**

Se caracteriza por la aparición de una lesión ulcerada (raramente varias), de fondo limpio, típicamente indolora y de bordes sobreelevados, en el sitio de la infección, que suele ser la región genital, anal o la mucosa oral. Esta lesión puede estar acompañada de adenopatías regionales locales.

Esta lesión se denomina chancro y suele aparecer entre 10-90 días (media 21 días) tras la infección. Se resuelve espontáneamente sin tratamiento, tras 3-6 semanas.

- **Infeción secundaria**

La presentación más típica es una erupción cutánea con aparición de lesiones maculares en las palmas, plantas, tronco o extremidades, aunque pueden aparecer, a modo de formas de presentación alternativas o complementarias:

- Lesiones en membrana mucosa de lengua, vagina o ano.
- *Condylomata lata*: lesiones verrugosas planas en región genital o perianal.
- Adenopatías generalizadas.
- Alopecia.
- Pérdida de peso, mialgias, fatiga, etc.

Estos síntomas aparecen entre 4-12 semanas tras la infección, aunque hay casos descritos hasta 6 meses después. Ocasionalmente, puede solaparse con la fase primaria.

- **Infeción terciaria**

Incluye presentaciones tardías como la aparición de gomas sifilíticas, afectación endovascular (vasculitis, aortitis sifilítica, etc.), ósea o neurodegenerativa (demencia, tabes dorsal). Se presentan entre 1-30 años tras el contagio inicial.

- **Neurosífilis**

La infección sifilítica puede manifestarse como síntomas neurológicos diversos, desde cuadros de meningitis hasta afectación de pares craneales, ictus o afectación radicular.

A efectos prácticos, se consideran neurosífilis las presentaciones óticas y oftalmológicas de la infección luética, incluyendo la afectación de cualquier estructura ocular (uveítis posterior, panuveítis, queratitis, retinitis vasculítica, neuropatía óptica) así como disminución de la audición o aparición de *tinnitus*.

## b) Fases asintomáticas

- **Infeción latente temprana:** pacientes con diagnóstico de sífilis, sin sintomatología y con evidencia de serología negativa en los últimos 12 meses.
- **Infeción latente tardía:** Pacientes con diagnóstico de sífilis, asintomáticos y con última serología previa negativa de hace más de 12 meses. Se consideran a efectos prácticos infecciones latentes tardías los casos en los que no hay ninguna serología previa (infección latente indeterminada).

	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
	COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS	01/04/2019
		Página 20 de 34

#### 4.4.3 Diagnóstico de laboratorio

##### Observación microscópica

Es posible realizar el diagnóstico de la sífilis mediante observación directa con microscopio de **campo oscuro** de las espiroquetas presentes en muestras obtenidas de lesiones de sífilis primaria y secundaria. Salvo la necesidad de disponer de un microscopio adecuado, la prueba es simple y barata. Sin embargo, requiere experiencia (obtención de la muestra adecuada, técnico bien formado en el reconocimiento microscópico, etc.). La sensibilidad es subóptima y no puede aplicarse a lesiones orales (presencia de espiroquetas saprofitas). En nuestra práctica actual, su utilidad es muy limitada.

##### Diagnóstico serológico

Habitualmente, el diagnóstico se realiza clínicamente o mediante técnicas serológicas. En la actualidad, se admite que el cribado serológico inicial se puede realizar mediante pruebas **treponémicas** (anticuerpos específicos frente a *T. pallidum*) o **no treponémicas** (anticuerpos reagínicos, no específicos: se expresa como un título). En nuestro laboratorio se ha optado por la primera opción (técnica inmunoquimioluminiscente [CLIA]), que detecta anticuerpos totales.

- **Prueba treponémica inicial (CLIA) negativa:** descarta la sífilis. No es necesario realizar más estudios, salvo que se sospeche una infección muy reciente (<2 semanas), en cuyo caso se recomienda repetir la serología un mes más tarde.
- **Prueba treponémica inicial (CLIA) positiva:** Precisa realizar posteriormente una prueba no treponémica cuantitativa (*Rapid Plasma Reagin*, [RPR, aglutinación]).
  - **RPR negativo:** Puede deberse a las siguientes opciones: a) **sífilis previa tratada** correctamente (ocasionalmente con betalactámicos indicados por otro motivo); b) si la sospecha es de sífilis latente tardía, valorar repetir determinación de RPR tras un mes.
  - **RPR positivo:** interrogar al paciente por posibles episodios previos:
    - Si el paciente había presentado episodios previos, comparar el título de RPR con los previos, si no hay incremento de al menos 2 diluciones (p. ej., de 1/4 previo a 1/8 actual), considerar que se trata de una **sífilis previa tratada correctamente**.
    - Si el paciente había presentado episodios previos y existe un incremento igual o superior a dos diluciones (por ejemplo de 1/2 a 1/32) considerar que se trata de una **reinfección**.
    - Si el paciente no había presentado previamente episodios de sífilis, se trata de una **nueva infección**.

##### Diagnóstico de la neurosífilis

Ante un diagnóstico de sífilis, es obligatorio realizar una exploración neurológica completa. El estudio debe completarse mediante realización de punción lumbar en las siguientes situaciones:

- Presencia de focalidad neurológica, incluyendo aquí síntomas óticos u oftalmológicos.
- Diagnóstico de sífilis terciaria.
- Fracaso al tratamiento (clínico o no descenso de títulos de RPR en controles posteriores).

Se solicitará entonces en LCR determinaciones de la prueba no treponémica VDRL (no sirve el RPR) y recuento celular. Independientemente del resultado de dichas determinaciones, todas las formas óticas u oftalmológicas se asimilarán a neurosífilis. En el resto de escenarios, la presencia de VDRL positivo o recuento con >5 leucocitos, son diagnósticos. Si el VDRL resulta negativo, debe realizarse

la determinación de FTA-ABs, si este resulta negativo prácticamente excluye el diagnóstico de neurosífilis.

#### Situaciones especiales

- Diagnóstico de **neurosífilis en pacientes infectados por el VIH**: actualmente, se recomienda en estos pacientes seguir las recomendaciones de población general. Recomendaciones previas sugerían la realización de punción lumbar en todos los pacientes infectados por el VIH con recuento de  $\leq 350$  cél. CD4/ $\mu$ L, RPR al diagnóstico  $\geq 1/32$ , o sin tratamiento antirretroviral, incluso en ausencia de síntomas.
- **Sífilis y embarazo**: se recomienda realizar cribado de sífilis a todas las embarazadas en el momento del diagnóstico de embarazo y repetirlo entre las semanas 28-32. Dado el mayor porcentaje de falsos positivos en las gestantes, tanto en las pruebas treponémicas como en las no treponémicas, se aconseja durante el embarazo confirmar un primer diagnóstico positivo con pruebas alternativa (por ejemplo, con otros reactivos comerciales).

#### 4.4.4 Tratamiento

Se resume en la tabla 12.

Tabla 12. Tratamiento de la sífilis, según fases de la infección<sup>a,b</sup>.

Situación clínica	Tratamiento de elección	Alérgicos a la penicilina
<b>Sífilis primaria</b> <b>Sífilis secundaria</b> <b>Sífilis latente temprana</b>	Penicilina G benzatina, 2,4 millones UI, intramuscular, dosis única.	Doxiciclina, 100 mg/12 h x 10 días, vía oral.
<b>Sífilis terciaria</b> <b>Sífilis latente tardía o</b> <b>indeterminada</b>	Penicilina G benzatina, intramuscular, 2,4 millones UI/semana x 3 semanas.	Doxiciclina, 100 mg/12 h x 28 días, vía oral.
<b>Neurosífilis</b>	Penicilina G sódica, 3-4 millones UI/4 h, 14 días	Desensibilizar a la penicilina y administrar tratamiento habitual. Alternativa: ceftriaxona, 2g/24 h x 14 días.

<sup>a</sup>En caso de sospecha clínica de infección primaria o secundaria y habiendo un contexto epidemiológico apropiado se recomienda realizar tratamiento empírico sin esperar resultados de estudios serológicos.

<sup>b</sup>Reacción de Jarisch-Herxheimer: entre un 10-30% de pacientes pueden presentar en las primeras 24 h tras el tratamiento un cuadro de febrícula acompañado o no de mialgias, malestar o sudoración.

#### 4.4.5 Seguimiento

En los casos de infección temprana (primaria, secundaria o latente temprana), se recomienda determinación de RPR de control a los 6 y 12 meses. En casos de infección tardía (terciaria, latente tardía/indeterminada) o neurosífilis, se recomiendan controles de RPR a los 6, 12 y 24 meses.

Se considera una respuesta correcta la disminución de los títulos de RPR en al menos dos diluciones.

- La ausencia de disminución del título de anticuerpos en 2 diluciones a los 6-12 meses del tratamiento puede ser indicativo de fallo del tratamiento, pero debe tenerse en cuenta que, en un 15% de los casos, no se observa este descenso. Esto puede deberse a varios factores, como tratarse de un estadio inicial de la enfermedad o presentar un nivel inicial bajo de anticuerpos.

- Si el título **RPR aumenta en 2 diluciones** y persiste durante más de 2 semanas, o persisten o reaparecen los signos y síntomas, existe la posibilidad de un **fallo de tratamiento o una reinfección** (más frecuente). Se recomienda volver a tratar y volver a descartar la infección por el VIH. Si se descarta la reinfección se debe valorar realizar una punción lumbar para descartar un neurosífilis.

#### 4.4.6 Tratamiento de contactos

Ante un diagnóstico de sífilis en fase contagiosa (primaria, secundaria o latente temprana), se recomienda tratamiento empírico de las parejas sexuales de los 3 meses previos.

### 4.5 Proctitis

Se define como proctitis a la inflamación del recto (10-12 cm distales del canal anal) La etiología de este síndrome es, fundamentalmente, de origen infeccioso.

#### 4.5.1 Etiología y manifestaciones clínicas

Las proctitis infecciosas más frecuentes son las transmitidas por vía sexual, principalmente la gonococia rectal, la sífilis anorrectal, las producidas por *C. trachomatis*, los VHS o el virus del papiloma humano (VPH). Debemos tener en cuenta que la infección por el virus de la hepatitis A también puede provocar cuadros de proctocolitis aguda (tabla 13).

Otras causas infecciosas menos frecuentes, y cuya transmisión no es exclusivamente sexual son: *citomegalovirus*, *Mycobacterium avium intracellulare*, *Cryptosporidium*, *Microsporidium* e *Isospora*.

Tabla 13. Etiología y manifestaciones clínicas de las proctitis de transmisión sexual.

Etiología	Síndrome	Manifestaciones clínicas
<b><i>Neisseria gonorrhoeae</i> (NG)</b> <b><i>Chlamydia trachomatis</i> (CT)</b> <b>serotipos D-L (los serotipos L1, L2 y L3 producen el linfogranuloma venéreo (LGV), más frecuente en pacientes con infección por el VIH).</b>	Proctitis gonocócica Proctitis por <i>Chlamydia</i> LGV	La mayoría de las proctitis provocadas por NG y CT son asintomáticas o con signos clínicos inespecíficos. Una excepción es la producida por los serovar L1-L3 de CT, asociados con el LGV, que habitualmente se presenta como una proctitis aguda muy sintomática, aunque en ocasiones también puede ser asintomática.
<b>Virus herpes simple 1 y 2</b>	Proctitis herpética	Dolor intenso en las zonas anal y rectal, tenesmo, prurito, cambios en el hábito defecatorio, (habitualmente estreñimiento por el dolor), secreción rectal mucosanguinolenta, fiebre y malestar general.
<b><i>Treponema pallidum</i></b>	Sífilis anorrectal	Asintomática en muchas ocasiones; chancro perianal indoloro, adenopatías inguinales indoloras y, en ocasiones, lesiones ulceradas.
<b>Infección por los virus del papiloma humano (VPH)</b>	Proctitis por VPH Condilomas acuminados	Condilomas acuminados de forma y tamaño variable, la mayoría de las veces asintomáticos.

<b>Bacteriana/amebiana/protozoo:</b> <i>Shigella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Entamoeba histolytica</i> , <i>Giardia lamblia</i>	Proctocolitis bacterianas	Dolor de la zona anal y rectal, tenesmo, prurito, quemazón, cambios en el habito defecatorio y, en ocasiones, secreción rectal purulenta.
---	---------------------------	---

#### 4.5.2 Diagnóstico y toma de muestras dirigida

El diagnóstico etiológico de la proctitis se basa en una correcta exploración perianal para descartar lesiones externas y para llevar a cabo una toma de muestras dirigida (PCR de clamidia/gonococo, cultivo de gonococo y PCR de VHS). Además, se recomienda remitir heces para coprocultivo y estudio parasitológico en aquellos pacientes que presenten deposiciones patológicas con moco, sangre o pus.

La toma de muestras, en condiciones ideales, debería realizarse mediante exploración dirigida con proctoscopio con lámpara de luz fría, aunque podría realizarse a ciegas si se carece de medios técnicos. Si en la exploración rectal se observan signos clínicos de proctitis aguda, se recomienda iniciar tratamiento antibiótico empírico, con el objetivo de evitar secuelas debidas a la cronificación de la infección, como estenosis y fístulas colorrectales.

En los pacientes con proctitis es importante realizar un estudio de contactos y un **despistaje de otras ITS** debido a la **alta frecuencia de coinfecciones**.

En pacientes asintomáticos con elevado riesgo de ITS o que hayan tenido sexo anal receptivo en los últimos 6 meses, se debe considerar el estado de "portador asintomático" en algunos de los patógenos rectales (en particular gonococo o *Chlamydia*), por lo que estaría indicada la realización de un cribado específico.

#### 4.5.3 Tratamiento

- **Tratamiento empírico sindrómico:** ceftriaxona, 500 mg IM, dosis única + doxiciclina, 100 mg/12 h, oral, durante 7 días.

En pacientes con infección por el VIH se debe considerar la posibilidad de infección por serotipos de *Chlamydia* L1, L2 y L3 (linfogranuloma venéreo), por lo que se aconseja el tratamiento con doxiciclina 100 mg/12 h, oral, durante 21 días.

En caso de **sospecha de VHS**, añadir aciclovir, 400 mg/8 h, durante 14 días, o valaciclovir 500 mg/12 h, oral, durante 5-10 días.

Si se **sospecha una sífilis**, añadir penicilina G benzatina, 2.400.000 UI IM, dosis única, o doxiciclina, 100 mg/12 h, durante 14 días (en los alérgicos a la penicilina).

- **Tratamiento dirigido** (tabla 14).

Tabla 14. Tratamiento dirigido de las proctitis con diagnóstico etiológico.

Agente causal	Tratamiento		
	Recomendado	Alternativas	En gestantes
<b>N. gonorrhoeae</b>	Ceftriaxona 500 mg, IM, dosis única (MD) + azitromicina 1 g, oral, MD.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefixima, 400 mg oral, MD + azitromicina, 2 g oral, MD.</li> <li>• Gentamicina ,240 mg IM, MD + azitromicina 2 g oral. MD.</li> </ul>	Ceftriaxona ,500 mg, IM, MD + azitromicina, 2 g, oral, MD.
<b>C. trachomatis</b>	Doxiciclina 100 mg/12 h, oral, 7 días.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azitromicina, 1 g, oral, MD.</li> <li>• Levofloxacino, 500 mg/24 h, oral, 7 días.</li> </ul>	Azitromicina, 1 g, oral, MD.

	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
	01/04/2019	
	COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS	Página 24 de 34

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Eritromicina 500 mg/6 h, oral, 7 días.</li> </ul>	
<b>C. trachomatis serotipos L1-L3 (LGV)</b>	Doxiciclina, 100 mg/12 h, oral, 21 días.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eritromicina, 500 mg/6 h, oral, 21 días.</li> <li>Azitromicina, 1 g/24 h, oral, 21 días.</li> </ul>	Eritromicina 500 mg/6 h, oral, 21 días.
<b>Shigella</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ciprofloxacino, 500 mg/12 h, oral, 3 días.</li> <li>Azitromicina, 1 g, oral, MD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cotrimoxazol, 800/160 mg/12 h, oral, 3 días.</li> <li>Ceftriaxona, 1 g/24 h, iv, 5 días.</li> <li>Cefixima, 400 mg/24 h, oral, 5 días.</li> <li>Inmunodeprimidos: ciprofloxacino, 500 mg/12 h, oral, 7-10 días.</li> </ul>	Azitromicina, 1 g, oral, MD.
<b>Herpes simple</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Primer episodio: aciclovir, 400 mg/8 h, oral, 10 días, En pacientes con infección por el VIH: famciclovir, 250 mg/8 h, oral, 7-10 días.</li> <li>Recurrencias: mismo régimen, 5 días.</li> </ul>		
<b>Sífilis</b>	Penicilina, 2.400.000 UI, IM, MD	Doxiciclina, 100 mg/12 h, oral, 14 días.	
<b>Infección VPH</b>	Crioterapia o podofilino tópico en lesiones externas. Se recomienda derivación a Cirugía General ante sospecha de condilomas internos y realización de citología anal en pacientes con infección por el VIH.		
<b>Salmonella, Campylobacter</b>	No requieren tratamiento específico.		
<b>Amebas</b>	En pacientes con síntomas sugestivos de proctocolitis que hayan viajado recientemente a zonas geográficas prevalentes, o que hayan mantenido relaciones sexuales con personas procedentes de estas zonas: metronidazol, 750 mg/8 h oral, durante 7días; alternativa, tinidazol 2 g x 3 días,		

#### 4.5.4 Seguimiento y manejo de los pacientes

Se recomienda pruebas diagnósticas de control en las proctitis debidas a *N. gonorrhoeae* (cultivo y PCR) y *C. trachomatis* (PCR), a los 3 meses después del tratamiento. Deberán ser tratados los contactos sexuales de los últimos 60 días en los casos de infección por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, y 90 días si se trata de linfogranuloma venéreo.

En el caso de la sífilis, estaría indicado realizar el seguimiento serológico de las parejas sexuales de los últimos 3 meses, aconsejándose el tratamiento empírico si el seguimiento serológico no fuese posible.

Las parejas sexuales de los pacientes con infección por los VHS y los VPH no requieren tratamiento si están asintomáticas; únicamente se debe ofrecer información sobre la transmisibilidad y el posible estado de portador asintomático.

### 4.6 Infección por los virus del papiloma humano (VPH)

#### 4.6.1 Introducción y epidemiología

En nuestro medio, la infección genital por los VPH es, en la actualidad, la ITS más frecuente, con al menos 40 de los más de 100 genotipos de VPH capaces de infectar la región anogenital o faríngea.



	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
	COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS	01/04/2019
		Página 25 de 34

La tasa de infección en la población general y en el transcurso de toda la vida llega probablemente al 70%, con prevalencia máxima en la segunda década de la vida. Sólo el 1% de las personas infectadas desarrollará patología sintomática, siendo la forma clínica más frecuente los condilomas genitales. Éstos suelen estar causados por genotipos VPH **no oncogénicos**. Los genotipos 6 y 11 (bajo riesgo oncogénico) son responsables del 95% de las verrugas genitales; otros VPH implicados son 8, 13, 30, 32, 42, 43, 44, 54, 55 y 70, no oncogénicos también. Sin embargo, hasta un 20-30% de casos presentan **coinfección con VPH de alto riesgo**, en particular por los genotipos 16, 18, 31 y 33. La infección persistente por estos subtipos de alto riesgo se ha asociado de forma clara con el desarrollo de neoplasias malignas de cérvix, vagina, ano, pene, vulva y orofaringe. Por esta razón los condilomas representan un motivo frecuente de consulta y de preocupación para los pacientes.

#### 4.6.2 Manifestaciones clínicas

En la mayoría de las ocasiones, los VPH provocan una infección latente y asintomática, detectable únicamente mediante técnicas de biología molecular. En otras ocasiones puede originar infección subclínica detectable mediante la prueba del ácido acético al 3% y la colposcopia. Con menor frecuencia, produce infección clínica en forma de condilomas acuminados/verrugas anogenitales. Las lesiones siguen un curso indolente y pueden inocularse a áreas vecinas, pero como el resto de verrugas, tienen tendencia a la involución espontánea al cabo de meses o años con la excepción de pacientes inmunodeprimidos, en los que persistirán con mayor frecuencia.

En general, el periodo de incubación desde el momento de la infección hasta el desarrollo de verrugas genitales es muy variable y, normalmente, se admite un intervalo de tiempo que va desde las 3 semanas hasta los 8 meses.

- Las **verrugas anogenitales** (VAG) están producidas habitualmente por los genotipos 6 y 11 del VPH y pueden coexistir con lesiones subclínicas en diferentes estadios de transformación celular relacionados con los genotipos oncogénicos como el 16, 18, 31, 33 ó 52, entre otros. La transmisión suele ser por contagio sexual y aparecen tras un periodo de incubación muy variable, que va desde semanas a años. Su grado de contagiosidad es elevado: se calcula que más del 60% de las parejas se infectan tras un único contacto sexual, por lo que se considerará a la pareja sexual del paciente como potencialmente infectado. La regresión espontánea de las verrugas no es un fenómeno aislado, y sucede en el 20-30% de los casos, en torno a los 3 meses de su aparición. Si las lesiones son tratadas, los porcentajes de curación son muy variables según los diferentes estudios.
- La **papulosis bowenoide** es una variante de las VAG que se manifiesta como pápulas pequeñas pigmentadas, agrupadas, de superficie verrucosa, en la región genital. La anatomía patológica muestra displasia de todo el epitelio, muy similar a la enfermedad de Bowen (carcinoma escamoso *in situ*).
- La **neoplasia vulvar intraepitelial** (VIN) es una lesión visible de aspecto máculo-papular, coloración variable y superficie algo rugosa asociada a tipos de VPH de alto riesgo oncogénico (generalmente tipo 16) con características histológicas de lesión intraepitelial de alto grado con potencialidad de invasión.

#### 4.6.3 Diagnóstico

El examen visual es el principal método diagnóstico en la gran mayoría de los casos.

	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
	<small>COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS</small>	01/04/2019
		Página 26 de 34

Todas las mujeres con condilomas anogenitales deben ser examinadas con un espéculo para descartar la existencia de verrugas vaginales y/o cervicales coexistentes. El examen tras la aplicación de ácido acético al 3-5% permite, en ocasiones, hacer visibles las lesiones subclínicas tornándolas de un color blanco-grisáceo, aunque no se recomienda realizarlo rutinariamente debido a los falsos positivos en los casos de dermatosis inflamatorias, y porque no parece tener un impacto en el manejo terapéutico de los pacientes. No se recomienda la tipificación del VPH de rutina en la práctica clínica habitual.

La biopsia se recomienda únicamente en casos atípicos, para descartar neoplasia intraepitelial en lesiones maculares o papulares y en condilomatosis de cérvix (donde además habrá que realizar citología).

El diagnóstico diferencial debe establecerse con la papilomatosis vulvar, gránulos de Fordyce, moluscos, fibromas blandos, queratosis seborreicas, angioqueratomas, pliegues hemorroidales y papulosis bowenoide. Se recomienda descartar otras ITS en estos pacientes, mediante el cribado serológico habitual y otras pruebas diagnósticas pertinentes.

#### 4.6.4 Consideraciones terapéuticas

El objetivo del tratamiento consiste en eliminar las lesiones producidas por la enfermedad por VPH, ya que no existe ninguna terapia con capacidad para erradicar la infección por este virus. En la mayor parte de los casos, tras 1-2 años, la presencia del virus disminuye hasta niveles indetectables. La terapia reduce, pero no elimina, la posibilidad de contagio. Dado el carácter recidivante de esta enfermedad, un objetivo secundario sería disminuir el número e intensidad de las recurrencias.

- Advertir al paciente de la contagiosidad de las lesiones (parejas de los últimos 6 meses) y realizar consejo sexual sobre medidas preventivas. Imprescindible recomendar el uso de preservativo en las relaciones sexuales (esporádicas o no) hasta al menos 6 meses de haber desaparecido las lesiones (algunos autores recomiendan 1 año). Sin embargo, la utilización de métodos barrera, como el preservativo, no evita por completo la transmisión de los VPH, ya que la infección ocurre por contacto con epitelios, y no por secreciones, y se trata pues de una infección de campo.
- Dada la relación de ciertos VPH con el cáncer anogenital, se debe recomendar citología cervical si la paciente no está incluida en ningún programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero, o anal en el caso de pacientes HSH seropositivos para el VIH o con otro tipo de inmunosupresión, o en mujeres seropositivas con displasia cervical conocida.
- En pacientes inmunodeprimidos las lesiones pueden ser muy resistentes al tratamiento.
- Si las lesiones producidas por los VPH se dejan evolucionar sin tratamiento, en algunos casos es posible que involucionen espontáneamente, pero también existe la posibilidad de que aumenten su número y tamaño y, en algunos casos, agravar la transformación celular.

	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
	<small>COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS</small>	01/04/2019
		Página 27 de 34

- En mujeres gestantes la presencia de condilomas de la zona vulvo-vaginal que alteren de forma importante el canal del parto, puede determinar la necesidad de una cesárea por el eventual riesgo de transmisión al neonato en forma de papilomatosis laríngea.

### Tratamiento médico

Con los diferentes tratamientos podemos reducir la capacidad de transmisión de los VPH a otras personas, pero no eliminar por completo el riesgo de contagio, ya que el VPH produce una infección de campo y el tratamiento se circunscribe a las zonas donde aparece la patología macroscópica.

No existe una pauta de tratamiento definitiva. Parámetros como el número de lesiones, tamaño, extensión, localización, tiempo de evolución, aparición de nuevas lesiones, localización y estado inmunitario del paciente, o incluso factores económicos, sociales o psicológicos, marcarán la toma de decisiones en la estrategia terapéutica. Las opciones de que disponemos pasan por el uso de citotóxicos tópicos, inmunomoduladores o terapia física.

- **Cáusticos y citotóxicos:** podofilotoxina (Wartec® crema, 0,15%, Wartec® solución 0,5%). Se aplica el tratamiento en la/s lesión/es, 2 veces al día durante 3 días consecutivos, descansando 4 días. Este ciclo puede repetirse durante varias semanas hasta que remitan las lesiones. No se debe aplicar si la paciente está embarazada. Se debe explicar al paciente que la irritación secundaria al tratamiento es normal. Su eficacia es algo menor del 50% (en vulva y ano se eleva al 60-80%). Las lesiones en meato y queratinizadas suelen ser refractarias al tratamiento. El nivel de recurrencias es del 30%. El Verrutop® es un complejo compuesto por diferentes ácidos (acético, láctico y oxálico) que debe ser aplicado por el facultativo en la consulta y no se encuentra financiado por el Sistema Nacional de Salud (SNS).
- **Inmunomoduladores tópicos** (imiquimod 5% en crema, Imunocare®). Es un estimulador de la respuesta inmune celular por vía tópica. Se aplica por la noche a días alternos, 3 veces por semana descansando el fin de semana y se retira con agua y jabón al cabo de 6-8 horas, por la mañana. La duración es de 4-16 semanas, y está financiado por el SNS. La irritación durante el tratamiento es habitual, y puede ser muy intensa, con una tasa de aclaramiento del 47-59% (sem 16) y una tasa de recurrencias del 8,8-13%. Actualmente disponemos de imiquimod a concentración menor, 3,75% (Zyclara®), con una eficacia similar (36,6% a las 8 semanas) y mejor tolerancia, aunque en nuestro país sólo tiene la indicación para el tratamiento de queratosis actínicas.
- **Sinecatequinas.** El polifenol E es un extracto estandarizado de las hojas del té verde que interviene en múltiples vías de señalización celulares. Las sinecatequinas en pomada al 15% (Veregen®) han sido aprobadas para el tratamiento de verrugas anogenitales externas, aunque la posología de 3 aplicaciones diarias durante un máximo de 16 semanas puede hacer complicado el cumplimiento terapéutico. Estudios controlados han mostrado unas tasas de aclaramiento del 54-65% (35% en el grupo placebo). La tasa de recurrencias es del 4-6,5%. Se comercializa en tubo de 15 g y su precio es de 60€ aunque está financiado. Los efectos adversos más frecuentes son la irritación y el prurito, aunque en general suele ser bien tolerado. No se ha estudiado la eficacia en pacientes con infección por el VIH.

	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
	<small>COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS</small>	01/04/2019
		Página 28 de 34

## Tratamientos físicos

- **Criocirugía.** Es la primera opción terapéutica (nivel de evidencia I). El agente más utilizado es el nitrógeno líquido (-196°C) mediante pulverización con *spray*, sin contactar con la lesión. La crioterapia produce un dolor intenso durante el tratamiento e inmediatamente después del mismo, y con frecuencia aparecen ampollas en las zonas tratadas. Se puede utilizar en caso de embarazo y puede ocasionar cicatrices y discromía residual. La eficacia del tratamiento depende en parte de la pericia de quien la aplique y de la tolerancia del paciente, con tasas de respuesta del 63-89%.
- **Electrocoagulación** y curetaje. Es uno de los tratamientos más efectivos, con tasas de curación que oscilan entre el 65 y el 85%. Aunque probablemente es más eficaz que la crioterapia, en general se considera de segunda elección, aunque puede ser el tratamiento más indicado en lesiones grandes y en bajo número (implica anestesia local y habitualmente deja más cicatriz). No se recomienda en general sin unas condiciones ambientales adecuadas, por la liberación de partículas víricas en el aire.
- **Extirpación quirúrgica.** Los condilomas perianales o perivulvares extensos que no responden a otros tratamientos pueden ser extirpados o reducidos bajo anestesia general o epidural.
- **Terapia fotodinámica.** Se basa en la respuesta inmunitaria que se produce tras la destrucción tisular inducida por una reacción fototóxica con ácido 5-aminolevulínico (ALA). Se ha propuesto en aquellas lesiones rebeldes al tratamiento. El principal problema es la accesibilidad (disponible en pocos centros), su elevado precio y el hecho de ser un tratamiento doloroso (tasas de respuesta del orden del 95% con un 8% de recurrencias tras 1-2 sesiones).

Una vez eliminadas las lesiones producidas por el VPH se debe informar de que no es infrecuente que en el transcurso de los 6 meses posteriores las lesiones reaparezcan. En caso de **sospecha de transformación neoplásica** (aparición de áreas induradas o ulceradas), se recomienda la realización de una biopsia para confirmación histológica.

### 4.6.5 Tratamiento de la enfermedad por los VPH según localización

- a) El tratamiento de los **condilomas cervicales** se llevará a cabo en una consulta especializada, descartándose en primer lugar la existencia de lesiones intraepiteliales malignas por citología y biopsia de zona afecta, con el fin de optimizar el tratamiento de la displasia cervical. Las mujeres que presentan un diagnóstico histopatológico de al menos CIN-II o CIN-III producidos por un genotipo oncogénico, son susceptibles de tratamiento.
- b) En los **condilomas vaginales**, la técnica de elección es la crioterapia con nitrógeno líquido.
- c) Para los **condilomas meato uretrales**, se recomienda crioterapia o podofilotoxina.
- d) **Condilomas intraanales:** se recomienda crioterapia con nitrógeno líquido, imiquimod, ácido tricloroacético o cirugía. Los pacientes con verrugas en la mucosa anal, también pueden tenerlos en la mucosa rectal, por lo que se podrían beneficiar de inspección de ésta por tacto rectal, anoscopia convencional o anoscopia de alta resolución). Actualmente, se aconseja el

	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
		01/04/2019
	COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS	Página 29 de 34

cribado de las lesiones intraepiteliales anales y detección/tipado de VPH en pacientes varones con infección por el VIH que practiquen el coito anal receptivo y en mujeres VIH positivas con antecedentes de displasia cervical.

#### 4.6.6 Manejo de las parejas

No es necesaria la realización de una evaluación de las parejas de hombres o mujeres en quienes hayamos demostrado la existencia de una infección o enfermedad por VPH, siendo la única salvedad las parejas que practiquen coito anal receptivo, por la posibilidad de que existan lesiones anales asintomáticas precursoras de cáncer anal (actualmente cribado aceptado en pacientes VIH con características antes mencionadas). Las parejas femeninas deberán mantener su secuencia habitual de consultas de cribado para la prevención de neoplasia de cuello de útero.

#### 4.6.7 Tratamiento durante el embarazo

Durante la gestación, se produce una disminución de la inmunidad celular y supresión parcial de la inmunidad local lo que, entre otras cosas, produce una menor respuesta frente a los VPH y la posibilidad de presentar un mayor número o tamaño de las lesiones, o de reactivar una infección previa.

- El uso de **podofilotoxina** o resina de podofilino está **contraindicado** en la mujer gestante.
- El imiquimod no ha demostrado teratogenicidad en modelos de experimentación animal, pero no existe casuística suficiente para recomendar su uso.
- El **nitrógeno líquido puede utilizarse** durante la gestación.
- En la actualidad **no se recomienda de manera rutinaria la indicación de cesárea** en embarazadas con condilomas en el momento del parto, con la finalidad de prevenir la papilomatosis respiratoria recurrente, pero se individualizará cada caso.

#### 4.6.8 Consideraciones para remisión al especialista

Se recomienda remitir al especialista a los pacientes que presenten: a) **lesiones extensas** que no responden al tratamiento o recurren con frecuencia; b) **condilomatosis cervical**, para citología y biopsia; c) lesiones intraepiteliales de cérvix, vagina o vulva, o lesiones **sospechosas de transformación maligna**.

### 4.7 Ectoparasitosis

#### 4.7.1 Pediculosis pubis

Se trata de una infestación producida por el parásito *Phthirus pubis*. La infección se transmite por contacto sexual, contacto corporal cercano y, con menos frecuencia, por contacto con fómites, como ropa o toallas. El parásito infesta los pelos terminales del pubis y la zona perianal. Aunque no está adaptado para infestar otras zonas, lo podemos encontrar en las piernas, el tórax y la cara (cejas y pestañas, típico en los niños). El período de incubación es de menos de una semana. Clínicamente, se caracteriza por prurito en la zona púbica. Es fácil observar los parásitos y las liendres enganchados a los pelos. La mácula cerúlea (mancha azul) puede verse en la zona de la picadura y es muy característica. En la zona afecta pueden observarse también costras y restos de material fecal del parásito.

	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
	<small>COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS</small>	01/04/2019
		Página 30 de 34

El diagnóstico se basa en la clínica y la observación del parásito ya sea en el microscopio o por dermatoscopia.

El tratamiento se basa en:

- **Principios generales:** el tratamiento tópico debe aplicarse sobre la zona afectada: genital y anal, muslos, tronco, axilas, barba, etc. Se debe realizar sobre la piel y el pelo limpios y secos. Las liendres deben ser extraídas mecánicamente, ya que los tratamientos pediculocidas tópicos no han mostrado una acción ovicida completa. La ropa, las sábanas, las toallas y otros textiles deben ser lavados a alta temperatura (>50°C), en seco o guardados en una bolsa de plástico sellada durante 3 días.
- **Primera línea:** permetrina al 1% en crema, o permetrina al 1% asociada a butóxido de piperonilo en loción. Se retiran a los 10 min. Se recomienda repetir la aplicación a los 7-10 días. La permetrina es segura en embarazadas.
- **Segunda línea:** loción de malatión al 0.5% que se retira a las 12 h. La ivermectina oral, aunque es efectiva no está aprobada, y es difícil de conseguir en nuestro medio.
- No es necesario rasurar la zona afectada, pero puede ayudar al tratamiento al destruir el hábitat natural del parásito.
- Es necesario tratar a las parejas sexuales de los 3 meses previos al inicio de los síntomas.

#### 4.7.2 Escabiosis

Se trata de una infestación producida por el parásito humano obligado *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. La infestación se transmite por contacto sexual o por contacto con fómites (ropa y toallas). El ácaro penetra en la epidermis donde la hembra deposita los huevos, que en dos semanas serán adultos. El parásito adulto muere fuera del cuerpo humano en 24-36 h. El ácaro y sus productos producen una reacción de hipersensibilidad de tipo IV que da lugar, a las 3-6 semanas de la infestación, a los síntomas típicos de la sarna. En el caso de las reinfecciones los síntomas empiezan antes, a los 1-3 días de la infestación. La infestación por otras variantes de *S. scabiei* es autolimitada y no se transmite de persona a persona.

Las manifestaciones clínicas son el intenso picor, de predominio nocturno, y la presencia de pápulas inflamatorias diseminadas que característicamente no afectan el polo cefálico (las áreas afectadas con más frecuencia son: zona periumbilical, cintura, genitales, pechos, nalgas, axilas, dedos, muñecas y superficies flexoras de miembros). Los niños, a diferencia de los adultos, presentan afectación de la cabeza y el cuello. Es frecuente la excoriación de las lesiones y la sobreinfección.

El signo patognómico es el surco acarino. Se trata de una línea fina, marrón-gris de <1cm que se suele encontrar en las manos, especialmente entre los dedos. Existe una forma de sarna denominada **sarna noruega**, que aparece en inmunodeprimidos, donde la cantidad de parásitos es mucho mayor. Se manifiesta con un picor leve y una intensa hiperqueratosis con fisuras y costras.

	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
	COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS	01/04/2019
		Página 31 de 34

El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas y en el examen microscópico del raspado de la piel de la zona del surco (*prueba de Muller*). Debemos tener en cuenta que una prueba negativa no excluye el diagnóstico. La dermatoscopia permite identificar los surcos y el ácaro mediante el *signo del ala delta*.

El tratamiento se basa en:

- **Principios generales:** el tratamiento tópico debe aplicarse en todo el cuerpo incluyendo el cuero cabelludo durante 8-12 h. Debe hacerse sobre la piel y pelo secos. Hay que repetir la aplicación a los 7-14 días. Los contactos cercanos deben tratarse simultáneamente para evitar la reinfestación. La ropa, toallas y sábanas deben ser lavados a temperatura >50°C, en seco o guardados en una bolsa de plástico sellada durante 1 semana. El prurito post tratamiento puede durar unas 2-4 semanas.
- **Primera línea:** crema de permetrina al 5% (también en embarazadas), ivermectina oral (no aprobada en nuestro país) o benzoato de bencilo loción 10-25% (no comercializado, tiene que formularse); se debe aplicar dos noches seguidas, y al cabo de 7 días.
- **Regímenes alternativos:** loción de malatión al 0,5%, o crema de sulfuro precipitado al 3-6%, aplicados durante 3 días consecutivos (para menores de 2 meses, se tiene que formular). El lindano ya no se recomienda por su neurotoxicidad.
- En la sarna noruega el tratamiento se basa en la permetrina al 5%, una aplicación diaria durante 7 días, seguida de 2 veces por semana, hasta la curación. Otra opción es la ivermectina oral.
- Se recomienda el tratamiento de los contactos sexuales de los dos meses previos al inicio de los síntomas en el paciente índice.

## 5.- Profilaxis postexposición del VIH-1

La profilaxis post-exposición (PPE) al VIH consiste en un tratamiento con fármacos antirretrovirales (TARV) tras una posible exposición al VIH-1, en nuestro ámbito, a través de una relación sexual no protegida o con uso errático del preservativo. La PPE se debe administrar tras la decisión conjunta entre el médico y el paciente, valorando los riesgos y beneficios, y tras una exposición de riesgo esporádica y excepcional. Su inicio debe hacerse rápidamente, siempre antes de las 72 horas tras la exposición, preferiblemente durante las primeras 6 horas. La pauta de tratamiento tiene una duración de 28 días y no garantiza totalmente que la infección no se produzca (la eficiencia se postula en torno al 85%). Lo deseable sería realizar la prueba rápida de anti-VIH al contacto sexual del paciente para conocer su estado serológico real, previo a la toma de decisiones.

- Cuando el contacto sexual de nuestro paciente sea seropositivo frente al VIH, la PPE está recomendada en todo tipo de relación sexual, excepto en el sexo oral sin eyaculación.
- Si la serorreactividad frente al VIH del contacto sexual del paciente fuera desconocida, la PPE estaría recomendada en todos los casos de agresión sexual con penetración y en la penetración

anal con eyaculación. En el resto de situaciones, se debe valorar según los factores del contacto sexual (adictos a drogas por vía parenteral, pacientes provenientes de países con elevada prevalencia de la infección por el VIH, hombres que tienen sexo con hombres). No estaría recomendada en caso de sexo oral.

- Si el contacto sexual es seronegativo, no está indicada ningún tipo de PPE a VIH.
- En el caso de indicación de inicio de profilaxis habría que derivar al paciente al CAITS (en horario de 14:30-20:00) o a los servicios de urgencia hospitalario, para extracción de analítica, serologías, e inicio de del tratamiento antirretroviral.
- La **pauta de elección** recomendada es TDF/FTC, 245 mg/200 mg (Truvada®), 1 comp/24 h + Tivicay dolutegravir, 50 mg 1 comp/24 h (Tivicay®).
- Se debe **solicitar cita para seguimiento** en Infecciosas según el protocolo vigente. Para más información al respecto, se recomienda revisar el *Protocolo para la implementación de la profilaxis post-exposición al VIH no ocupacional y ocupacional para pacientes externos a Ib-Salut* (Id. 4059).

## 6.- Estudio de contactos aconsejado según la patología

El estudio de los contactos de pacientes con una ITS se resume en la tabla 15.

Tabla 15. Estudio de los contactos de pacientes con una ITS.

Infección/síndrome	Periodos de tiempo para notificación/ investigación a contactos previos a la clínica/diagnóstico (asintomáticos)	Tratamiento de los contactos sin esperar a los resultados microbiológicos
<b>C. trachomatis</b>	Varón sintomático uretral: 1 mes. Varón portador asintomático, o sintomático en otras localizaciones, o mujer: 6 meses.	Sí
<b>Gonorrea</b>	Varón sintomático: 15 días. Resto de casos: 6 meses.	Sí
<b>Uretritis inespecífica</b>	Varón sintomático: 1 mes.	Sí
<b>Enfermedad inflamatoria pélvica y orquiepididimitis</b>	Según microorganismo detectado. Sin microorganismo filiado: 6 meses.	Sí
<b>Sífilis</b>	Sífilis primaria: 3 meses. Sífilis secundaria: 1 año. Sífilis latente precoz: 1-2 años. Latente tardía o indeterminada: hasta última serología negativa del paciente, o madres en caso de posibilidad de sífilis congénita.	Sí Sí Sí No
<b>Herpes genital</b>	No hay periodo de tiempo establecido.	No
<b>Molluscum contagiosum</b>	No hay recomendaciones a contactos.	No



<b>Trichomonas</b>	1 mes.	Sí
<b>Escabiosis</b>	2 meses	Sí (contactos sexuales y convivientes).
<b>Pediculosis pubis</b>	3 meses	Sí
<b>VHA</b>	2 semanas previas-1 semana postinicio de las manifestaciones clínicas.	No
<b>VHB</b>	2 semanas previas al inicio de la ictericia.	No
<b>VHC</b>	2 semanas previo al inicio de la ictericia (transmisión mayoritariamente entre HSH).	No
<b>VPH</b>	No hay periodo específico.	No
<b>VIH-1</b>	Hasta última serología negativa del paciente, o 3 meses previos a fecha de infección probable.	No (valorar profilaxis postexposición si estuviera indicada)

## 7.- Documentos relacionados

- **Id. 4631.** UR-TL-013. Obtención de muestras de exudado vaginal. Procedimientos Normalizados de Trabajo, Servicio de Microbiología, Hospital Son Espases.
- **Id. 4632.** UR-TL-014. Obtención de muestras de exudado endocervical. Procedimientos Normalizados de Trabajo, Servicio de Microbiología, Hospital Son Espases.
- **Id. 4633.** UR-TL-015. Obtención de muestras de exudado faríngeo para estudio de ITS. Procedimientos Normalizados de Trabajo, Servicio de Microbiología, Hospital Son Espases.
- **Id. 4634.** UR-TL-016. Obtención de muestras de exudado rectal para estudio de ITS. Procedimientos Normalizados de Trabajo, Servicio de Microbiología.
- **Id. 4635.** UR-TL-017. Obtención de muestras de exudado uretral. Procedimientos Normalizados de Trabajo, Servicio de Microbiología.
- **Id. 4059.** Protocolo para la implementación de la profilaxis post-exposición al VIH no ocupacional y ocupacional para pacientes externos a *Ib-Salut*.

## 8.- Bibliografía y webgrafía

- Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. Centers for Disease Control and Preventioin. MMWR Recomm Rep 2015.
- Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes, 2017 GESIDA, SPNS, GEITS, GEIETS de la AEDV y SEIP.
- Sobel, Jack D. Trichomoniasis. UpToDate 2018

	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Id. 4962
		REVISIÓN: C
		01/04/2019
<small>COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS</small>		<small>Página 34 de 34</small>

- Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. Guía Práctica de Asistencia. SEGO (Actualizado 2018).
- Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, et al. European guideline for the management of scabies. JEADV 2017;31:1248-53.
- Salavastru CM, Chosidow O, Janier M, et al. European guideline for de management of pediculosis pubis. JEADV 2017;31:1425-28.