



Gerencia
de Atención
Integrada
Alcázar de San Juan



PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN ADULTOS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Autor: Hugo Daniel Patiño Ortega

Revisores: Grupo PROA y Comisión de Infecciones



ÍNDICE

1. GLOSARIO	3
2. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO	5
3. MEDIDAS GENERALES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS	
3.1. Valoración del riesgo	10
3.2. Cribado de ITS en poblaciones en riesgo	14
3.3. Medidas generales de prevención y control	20
4. VALORACIÓN DEL PACIENTE	
4.1. Anamnesis	27
4.2. Exploración física	28
4.3. Recogida y transporte de muestra	30
5. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS PRINCIPALES SÍNDROMES	
5.1. Uretritis y cervicitis	32
5.2. Proctitis, Colitis y Enteritis	36
5.3. Enfermedades ulcerativas	40
6. SÍFILIS	
7. ABORDAJE DE LAS ITS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.	



2.- INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son enfermedades producidas por bacterias, virus, protozoos y ectoparásitos que se propagan predominantemente por vía sexual, incluidos el sexo vaginal, oral, anal, o el contacto directo con piel o mucosas. Algunas de ellas también pueden transmitirse a través de la sangre o de la madre al hijo durante el embarazo o el parto. Aunque en la mayoría de los casos las ITS son asintomáticas, especialmente entre las mujeres o en localización extragenital, las manifestaciones clínicas más frecuentes incluyen: úlceras, verrugas genitales o extragenitales, secreción vaginal, uretral o ano-rectal, dolor abdominal, disuria y coitalgia.

Las ITS son uno de los problemas más frecuentes y universales de Salud Pública. Se estima que cada día se producen un millón de nuevas infecciones solo por gonococo, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum* o *Trichomonas vaginalis*. Alrededor de 417 millones de personas son portadoras del virus herpes simplex (VHS) tipo 2 y 291 millones de mujeres del virus del papiloma humano (VPH). En nuestro medio todas las ITS están aumentando de una manera considerable en los últimos años, principalmente en grupos de población entre 15 y 44 años.

El manejo adecuado de las ITS tiene cinco aspectos básicos: el diagnóstico, el tratamiento, la evaluación de los contactos sexuales, la educación y la notificación de los casos. Todo ello da la oportunidad no sólo de proporcionar un tratamiento eficaz disminuyendo la aparición de complicaciones y secuelas, sino que permite detectar conductas sexuales de riesgo y modificarlas.

El fracaso en el diagnóstico y tratamiento precoz de las ITS puede producir importantes complicaciones y secuelas: enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), infertilidad, embarazos ectópicos, cánceres anogenitales y morbilidad neonatal.



Objetivo:

El objetivo de este documento es dar a conocer a los profesionales sanitarios de la GAI de Alcázar de San Juan la situación actual y el manejo de aquellas ITS, que, por su relevancia, necesitan una mayor atención. Estas recomendaciones hay que valorarlas como una fuente de orientación clínica, debiendo considerar siempre, las circunstancias clínicas de cada persona y el contexto en el que se desarrollan.

3.- MEDIDAS GENERALES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS:

3.1. Valoración del riesgo

La evaluación del riesgo individual para las ITS requiere realizar una historia clínica, que incluya preguntas sobre la conducta sexual y otros factores de riesgo, siendo los reiteradamente citados en las principales guías clínicas sobre ITS¹:

- Tener menos de 25 años.
- Mantener contacto sexual con persona con una ITS.
- Mantener relaciones sexuales con diferentes parejas.
- Tener una nueva pareja sexual en los últimos meses.
- Antecedentes previos de ITS.
- Profesionales de la prostitución y sus clientes.
- Consumo de drogas y/o alcohol, especialmente asociados a las relaciones sexuales.
- Uso inconsistente del preservativo con parejas casuales.
- Ser víctima de violencia sexual.

Es muy conveniente usar un cuestionario estructurado que incluya al menos las cinco variables recomendadas para evaluar el riesgo frente a las ITS, regla de las «**cinco P**»: Parejas, Prácticas sexuales, Prevención del embarazo, Protección frente a las ITS y antecedentes de ITS en el Pasado.

Tabla 1. Encuesta de valoración de riesgo de ITS

Edad:				
¿Cuál era su sexo al nacer?	Masculino	Femenino		
¿Cuál es su género actualmente?	Masculino	Femenino		
En el último año				
¿Con cuántas personas has mantenido relaciones sexuales?	0	1	2	3 o más
¿Utilizó preservativo en todas las relaciones sexuales?	Sí	No	No recuerda	
¿Ha tenido alguna infección de transmisión sexual?	Sí	No	¿Cuál?	
			¿Cuándo?	
¿Ha precisado terapia post exposición de VIH?	Sí	No	¿Cuántas veces?	
¿Utiliza internet, saunas o apps para sus contactos sexuales?	Sí	No	No sabe	
¿Con quién mantiene relaciones sexuales?	Hombres	Mujeres	Transgénero	Otros
¿Qué tipo de relaciones sexuales practica?	Penetración vaginal			
	Penetración anal	Anal		
		Pasivo		
	Sexo oral			
Otros				
¿Te has hecho alguna vez pruebas de ITS y/o VIH?	Sí	No	¿Cuándo fue la última vez?	
¿Consumes algún tipo de drogas?				
¿Tienes relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol u otras drogas?	Sí	No	¿con qué frecuencia?	
¿Está usted vacunado/a de?	Hepatitis A			
	Hepatitis B			
	Virus del papiloma			
¿Intercambia sexo por dinero, drogas u otros motivos?	Sí	No	No sabe	
¿Es usted paciente VIH positivo?	Sí	No	No sabe	
¿Está tomando terapia PREP?	Sí	No	No sabe	
En caso afirmativo ¿La terapia PREP fue pautaada en centro sanitario y hace seguimiento periódico?				
¿Es usted víctima de violencia sexual?	Sí	No		

3.2. Cribado de ITS en poblaciones en riesgo

El interés de efectuar un despistaje de las ITS radica en que éstas pueden cursar de forma asintomática, pero desarrollar complicaciones graves sin tratamiento³. La identificación precoz no sólo permite el tratamiento adecuado inmediato, sino iniciar el estudio de contactos, lo que comporta un beneficio tanto individual como de salud pública, al cortar la cadena de transmisión y con ello prevenir nuevas infecciones.

Se recomienda cribado en algunas poblaciones de riesgo según indica la tabla 2

Tabla 2. Cribado de las ITS más frecuentes según poblaciones en riesgo

Población en riesgo	Agente etiológico	Periodicidad cribado	Técnicas diagnósticas
Embarazadas	VIH	1º trimestre. Repetir en 2º y 3º trimestre si persiste el riesgo. En el parto si no hay determinaciones previas o persiste riesgo.	Serológico: 2 EIA de 4ª generación (antígeno p24 y anticuerpos) Confirmación : WB o LIA
	VHB		Serología: anti HBs, HBsAg y anti-HBc. Si negativo vacunación.
	C trachomatis (serotipos D-K)		PCR <i>múltiple</i> gonococo/ Chlamydia (escobillón vaginal/cervical, rectal y orofaríngeo)
	Treponema pallidum		Serológico: Prueba treponémica (MEIA, CLIA u otro EIA) + Prueba no treponémica (RPR). Si ambas positivas, tratamiento. Se estudiará la necesidad de tratamiento en otras situaciones.
	Neisseria gonorrhoeae		Microscopia óptica, cultivo o PCR <i>múltiple</i> gonococo/ Chlamydia (escobillón vaginal/cervical). Si positivo para gonococo, tratamiento
	VHC	Serología. Anti-VHC (EIA).	



Población en riesgo	Agente etiológico	Periodicidad cribado	Técnicas diagnósticas
Jóvenes menores de 25 años (activos sexualmente)	VIIH	En función de la valoración del riesgo	Indicado anteriormente
	C. trachomatis		
	T. pallidum		
	N. gonorrhoeae		
	VHA, VHC		

Hombres y mujeres heterosexuales	VIIH	En función de la valoración del riesgo	Indicado anteriormente
	C. trachomatis		
	T. pallidum		
	N. gonorrhoeae		
	T. vaginalis (en mujeres)		
	VHA, VHB, VHC		
	VPH (solo mujeres)	<ul style="list-style-type: none"> <21 años no cribado. 21-29 años solo citología cada 3 años. 30-65 años co-test (citología yVPH) cada 5 años o solo citología cada 3 años 	

Población en riesgo	Agente etiológico	Periodicidad cribado	Técnicas diagnósticas
Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH)	VIIH	Anualmente. Si mayor riesgo, cada 3-6meses	Indicado anteriormente
	C. trachomatis		
	T. pallidum		
	N. gonorrhoeae		
	VHA	Serología. anti-VHA IgG+IgM Si negativa, inmunización.	
	VHB	Serología. Anti HBs, anti-HBc y HBsAg. Si negativo, inmunización	
	VHC	Anualmente. Si mayor riesgo, cada 3-6meses	Serología. anti-VHC

Población en riesgo	Agente etiológico	Periodicidad cribado	Técnicas diagnósticas
Personas que ejercen prostitución	Igual a heterosexuales o HSH dependiendo de las prácticas sexuales	En función de la valoración del riesgo	Indicado anteriormente
Transexuales	C.trachomatis T. pallidum N. gonorrhoeae VIH, VHA, VHB y HC		
Personas que ingresan en instituciones penitenciarias correccionales	C. trachomatis, N. gonorrhoeae VIH,VHB, VHC		

Población en riesgo	Agente etiológico	Periodicidad cribado	Técnicas diagnósticas
Personas infectadas por el VIH	C. trachomatis	Evaluación inicial y anualmente o más frecuente en función de la valoración del riesgo	Indicado anteriormente
	Treponema pallidum		
	N. gonorrhoeae		Exudado cervical en mujeres. Exudado uretral en hombres. Cultivo, microscopia óptica y PCR. Si positiva, tratamiento
	T. vaginalis (en mujeres)		
	VHA	Evaluación inicial, si negativa vacunación	Indicado anteriormente
	VHB	Evaluación inicial. Si negativa vacunación	
	VHC	Evaluación inicial y anualmente. Si mayor riesgo mayor frecuencia	
	VPH (Mujeres)	<ul style="list-style-type: none"> <30 años solo citología. Si citología inicial normal repetir al año. Tras 3 citologías normales hacer cada 3 años >30 años citología solo o co-test. Tras 3 citologías normales pasar a repetir cada 3 años. No suspender el cribado a los 65 años. Si CD4<200 cels/mm³ revisión anual 	
	VPH (Hombres) HSH	Anuscopia y citología anual	



3.3. Medidas generales para la prevención y control

3.3.1. Educación sanitaria

Hay que ofrecer consejo de “alta intensidad” a aquellas personas en riesgo de padecer una ITS para disminuir sus conductas de riesgo¹⁸. La información sobre el sexo seguro debe de formar parte de todas las consultas de salud sexual.

3.3.2. Estudio de contactos

Es el proceso por el cual, las parejas sexuales de un paciente diagnosticado de una ITS, son identificadas e informadas de su exposición, ofreciéndoles atención y tratamiento por un profesional sanitario (Tabla 3). El estudio de contactos tiene beneficios clínicos y de salud pública por tres razones:

1. Evitar la reinfección del caso índice.
2. Diagnosticar y tratar a personas infectadas que frecuentemente están asintomáticas y que de otro modo no solicitarían atención médica.
3. Romper la cadena de transmisión de la infección a nivel poblacional

Tabla 3. Periodos de tiempo, según la ITS o síndrome, para la intervención sobre los contactos y tratamiento epidemiológico

Infección/síndrome	Periodos de tiempo recomendados para la notificación a contactos (desde la fecha de inicio de síntomas o, si el caso índice es asintomático, desde la fecha de diagnóstico)	Tratamiento Epidemiológico (tratamiento del contacto antes de obtener el resultado del laboratorio)
Chlamydia trachomatis (incluido LGV)	- Varón con clínica: 1 mes previo al inicio de los síntomas. - Resto de casos índice (varones asintomáticos o con clínica en localización diferente de la uretra y todas las mujeres): 6 meses si se desconoce la duración de portadores asintomáticos	Si
Gonorrea	- Varón con clínica: 2 semanas previas al inicio de los síntomas - Resto de casos índice: 3 meses	Si
Uretritis inespecífica	Varón con clínica: 1 mes previo al inicio de los síntomas	
Enfermedad Inflamatoria Pélvica	Intervalos de Chlamydia y gonococo si son detectados: 6 meses	Si
Orquiepididimitis	Intervalos de Chlamydia y gonococo si detectados: 6 meses	Si
Sífilis precoz: o Primaria o Secundaria o Latente precoz	<ul style="list-style-type: none"> • 3 meses previos al inicio de la clínica • 1 año • 1-2 años Serología de sífilis en la 1º visita, a las 6 semanas y a los 3 meses del último contacto sexual con el caso índice 	Si, particularmente cuando no se puede garantizar el seguimiento serológico
Sífilis latente tardía o indeterminada	Hasta la fecha de la última serología negativa si está disponible. En caso contrario, retroceder en la vida sexual activa del caso índice tanto como sea posible. En pacientes nacidos en países donde el control del embarazo pueda ser deficiente, considerar evaluar a las madres si existe la posibilidad de una sífilis congénita	No
Herpes genital	No hay un periodo específico. No hay recomendaciones específicas para el estudio de contactos, salvo que la pareja tenga síntomas.	Si el caso índice lo desea, ver a la pareja actual para informarle y aconsejarle
Trichomonas vaginalis	1 mes (en la mayoría de los varones la infección se resuelve espontáneamente en 2 semanas) .	Si
Escabiosis	2 meses previos al inicio de los síntomas	Si, contactos sexuales y no sexuales (casa, compartir ropa).



Infección/síndrome	Periodos de tiempo recomendados para la notificación a contactos (desde la fecha de inicio de síntomas o, si el caso índice es asintomático, desde la fecha de diagnóstico)	Tratamiento Epidemiológico (tratamiento del contacto antes de obtener el resultado del laboratorio)
Pediculosis pubis	3 meses previos al inicio de la clínica	Si, solo contactos sexuales
Hepatitis A	2 semanas previas y 1 semana después del inicio de la ictericia	No. Los contactos no vacunados o no inmunes pueden beneficiarse de profilaxis post-exposición (PPE)
Hepatitis B	2 semanas previas al inicio de la ictericia - AgHBs(-)	No. Los contactos no vacunados o no inmunes pueden beneficiarse de PPE
Hepatitis C	2 semanas previas al inicio de la ictericia. Transmisión HTS rara. Transmisión sexual mayor en HSH, especialmente si VIH (+) / sexo anal / sexo traumático / ITS rectal traumática.	No
VPH	No hay un periodo específico No hay recomendaciones específicas para el estudio de contactos	Si el caso índice lo desea, ver a la pareja actual para examinarle e informarle.
VIH	Si se puede estimar la fecha probable de la infección, estudiar a todos los contactos a partir de la misma y en los 3 meses previos. Si esto no es posible, retroceder hasta la fecha de la última serología negativa si está disponible; en caso contrario, retroceder en la vida sexual activa del caso índice tanto como sea posible	Profilaxis post-exposición cuando esté indicada.

Adaptado de: *Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013(RCGP/BASHH)* by Lazaro N. Available at www.rcgp.org/guidelines²² y de *2015 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted diseases*²



3.3.3. Vacunación

La prevención de las ITS mediante vacunación está limitada a las vacunas de hepatitis A y B y el VPH.

Se recomienda la vacunación frente a la hepatitis A y B en los HSH, en usuarios ²³ de drogas por vía parenteral y personas con hepatopatías crónicas; además, la vacunación frente a la hepatitis B está recomendada a todos aquellos no vacunados que tienen un mayor riesgo de infección³. Así mismo, se recomienda la vacunación en pacientes infectados por el VIH si no se han vacunado con anterioridad²⁶.

3.3.4. Vigilancia epidemiológica

En España la infección gonocócica, sífilis, sífilis congénita y la hepatitis B, la infección por *Chlamydia trachomatis* y el LGV. Son de declaración individualizada con un conjunto mínimo de variables a recoger establecido en los nuevos protocolos de vigilancia epidemiológicas.



4.- VALORACIÓN DEL PACIENTE

4.1. Anamnesis

Esta anamnesis es necesaria para evaluar el riesgo de cada paciente, orientar las pruebas diagnósticas y establecer un consejo preventivo individualizado. Se debe caracterizar por ser completa y detallada respetando la intimidad de la persona, para lo que es recomendable utilizar un cuestionario estructurado.

4.2 Exploración física

La exploración física deberá igualmente ser completa dado que algunas ITS, especialmente la sífilis en su forma secundaria, pueden tener manifestaciones en diferentes regiones anatómicas.

4.3. Recogida y transporte de muestras

La recogida y transporte de las muestras es un factor clave en el rendimiento de las técnicas microbiológicas. Especialmente para realizar un cultivo las muestras han de recogerse: antes de instaurar tratamiento antimicrobiano, de lesiones activas, evitando el contacto con desinfectantes y microbiota comensal, con volumen suficiente y en el contenedor adecuado convenientemente identificado. Deben ser transportadas sin demora y almacenadas en las condiciones de temperatura adecuadas a cada caso.

Tabla 4. Recogida de muestras para el diagnóstico de ITS

Muestra	Preparación	Tipo, volumen	Recipiente
Anal/rectal	Canal anal libre de heces	Introducir la torunda después del esfínter anal, rotar durante 10- 30 segundos (si hay contaminación fecal, repetir)	Cultivo gonococo: torundas con medio de transporte tipo <i>Stuart- Amies</i> . AANN: torundas específicas
Cérvix	Limpiar las secreciones vaginales y moco. Espéculo no lubricado	Insertar la torunda 2–3 cm en el canal cervical y rotar durante 5– 10 segundos.	Cultivo gonococo: torundas con medio de transporte tipo <i>Stuart- Amies</i> AANN: torundas específicas
Faringe	Depresor y torunda	Torunda. Frotar las amígdalas y faringe posterior	Torunda específica para AANN
Úlcera	Evitar aplicación previa de Antisépticos	Si vesícula, aspirar con jeringa. En la base, frotar vigorosamente con la torunda (sin hacer sangrar).	Medio transporte de virus. Torunda específica para AANN.
Suero	Descontaminación piel	5 ml sangre	Tubo con gelosa.
Uretra	Limpiar con gasa estéril o torunda en mujeres. No orinar en la hora previa.	Si hay secreción, o aparece a la presión, recoger en la torunda. Si no, insertar 2-3 cm una torunda fina y rotar 5-10 segundos.	Cultivo gonococo: torundas con medio de transporte tipo <i>Stuart- Amies</i> . AANN: torundas específicas.
Vagina	Espéculo sin lubricante. En cribado puede hacer toma ciega la propia paciente.	Torunda recogiendo secreción. Si no hay, frotar la pared posterior 5 segundos	Torundas con medio de transporte tipo <i>Stuart- Amies</i> . AANN: torundas específicas.
Vulva	Preparar piel con solución de NaCl 0,85% (no utilizar alcohol en mucosas)	Torunda o aspirado (absceso de la glándula de Bartolino)	Torunda con medio transporte tipo Stuart-Amies. Si úlceras, medio de transporte de virus o torunda específica para AANN:



5.- DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS PRINCIPALES SÍNDROMES

5.1. Uretritis y cervicitis

Las ITS son la causa más frecuente de uretritis y cervicitis de origen infeccioso. Es frecuente la coinfección de varios agentes, estando principalmente implicados *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. Otros microorganismos serían *Mycoplasma genitalium* (con un interés creciente), ^{10,11} *Trichomonas vaginalis*, Adenovirus o VHS. Últimos metanálisis relacionan también *Ureaplasma urealyticum* con la uretritis aguda a pesar de encontrarse de forma colonizadora en el 30-40% de individuos sanos sexualmente activos junto con otras especies de *Mycoplasma* ^{4,6}.

Respecto a la clínica, las uretritis se caracterizan por inflamación uretral, cursando con disuria, disconfort y secreción uretral mucosa, mucopurulenta o purulenta como síntomas más frecuentes, existiendo también casos asintomáticos. El origen no gonocócico de la infección cursará habitualmente con clínica menos florida. Las cervicitis en cambio, serán frecuentemente asintomáticas, siendo sus principales signos el exudado cervical mucopurulento o el sangrado cervical durante la recogida de muestras o relaciones sexuales.

El diagnóstico se establecerá ante clínica y exploración física compatible, técnicas de detección de ácidos nucleicos (de elección PCR a tiempo real) y/o cultivo de los diferentes agentes en exudado uretral/cervical, especialmente importante en el caso del gonococo previo a tratamiento para confirmar positividad de la PCR, realización de antibiograma y estudio de sensibilidades antibióticas ^{2,3,8}. En el caso de la uretritis, el resultado del Gram será diagnóstico ante la presencia de 5 ó más leucocitos/campo⁹ pudiéndose iniciar tratamiento dirigido ante uretritis gonocócica con la simple visualización de diplococos Gram negativos.

El tratamiento (tabla 5) debe ser iniciado en el momento de diagnóstico de la patología si el Gram fuera concluyente, sin esperar a los resultados microbiológicos. El tratamiento sintomático se aconseja en la primera visita en pacientes en los que no se pueda asegurar el seguimiento.

Tabla 5. Recomendaciones terapéuticas de las uretritis y las cervicitis

Cuadro clínico	De elección:	Alternativo	Alergia a penicilinas
Uretritis /cervicitis gonocócica no complicadas	Ceftriaxona 500 mg IM + Azitromicina 1 gr vo DU	- Si no se dispone de cefalosp IM: Cefixima 400 mg vo DU + Azitromicina 2 gr vo DU - Si fallo de tratamiento o resistencias detectadas a cefalosporinas: Ceftriaxona 1 gr IM DU + Azitromicina 2 gr vo DU ó Gentamicina 240 mg IM DU + Azitromicina 2 gr vo DU	Gentamicina 240mg IM DU + Azitromicina 2 gr vo DU
Uretritis/cervicitis no gonocócica	Doxiciclina 100 mg /12h vo 7 días	Azitromicina 1 gr vo DU Si se aislara <i>M. genitalium</i> : Azitromicina 500 mg vo DU + 250 mg/ 24 h vo 4 días	
Uretritis persistente/ recurrente	Si se prescribió en un 1º momento doxiciclina: Azitromicina 500 mg + 250 mg/ 24h vo 4 días Si se prescribió en un 1º momento azitromicina: Moxifloxacino 400 mg/24h vo 7-14 días Si se trata de pacientes heterosexuales, añadir en ambos casos Metronidazol 500 mg/12h vo 5 días para cobertura de <i>T. vaginalis</i>	Si se aislara <i>M. genitalium</i> resistente a azitromicina: Moxifloxacino 400 mg/12h vo 7-14 días	

5.2. Proctitis, Colitis y Enteritis

Definimos la proctitis como la inflamación del recto, proctocolitis recto/colon y enteritis inflamación del intestino delgado. Procesos inflamatorios, sobre todo agudos, provocados por patógenos que se pueden transmitir cuando se practica sexo anal receptivo o fisting en proctitis y proctocolitis o sexo oro-anal en la enteritis.

5.2.1. Diagnóstico Clínico

Hay que destacar el elevado porcentaje de proctitis provocadas por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* que no presentan síntomas ni signos clínicos, a excepción de la proctitis por *Chlamydia trachomatis* (L1-L3) asociado a LGV rectal que se presenta clínicamente como una proctitis aguda muy sintomática (que puede progresar a proctocolitis), en la mayoría de los casos, aunque en ocasiones también puede ser asintomática. Es difícil por ello establecer los periodos de incubación.

Tabla 6. Recomendaciones terapéuticas de la proctitis.

Proctitis	Recomendado	Alternativo	Alternativo	Gestación
Neisseria gonorrhoeae	Ceftriaxona 500 mg IM DU + Azitromicina 2 gr vo DU	Cefixima 400 mg vo DU + Azitromicina 2 gr vo DU	Gentamicina 240 mg IM DU + Azitromicina 2 gr vo DU	Ceftriaxona 250 mg IM DU + Azitromicina 1 gr vo DU
Chlamydia trachomatis	Doxiciclina 100 mg /12h vo durante 7 días	Azitromicina 1 gr vo DU	Levofloxacino 500 mg/24h durante 7/días	Azitromicina 1 gr vo DU
Linfogranuloma venéreo	Doxiciclina 100 mg/12h vo durante 21 días	Eritromicina 500mg / 6h vo durante 21 días	Azitromicina 1 gr semanal durante 21 días	
Shigella	Ciprofloxacino 500mg/12h vo durante 3 días o Azitromicina 1 gr vo DU	Cotrimoxazol 2 comp/ 12 h vo durante 3 días	Ceftriaxona 1gr/24h IV o Cefixima 400 mg/24h vo durante 5 días.	



6.3. Enfermedades ulcerativas

Las úlceras genitales pueden deberse a causas infecciosas y no infecciosas, siendo la causa más frecuente las ITS. La prevalencia de los diferentes patógenos depende del área geográfica. El diagnóstico es difícil debido a la frecuente coexistencia de diferentes microorganismos. Además, la presencia de úlceras genitales es un factor de riesgo de transmisión del VIH¹

a) Virus herpes simple

Infección recidivante y persistente que puede estar producida por los dos diferentes serotipos del virus herpes (VHS-1 y 2)¹. Aunque un 30% de los primeros episodios de herpes genital están causados por VHS-1, las recidivas son mucho más frecuentes para el VHS-2 en el área genital; por tanto la distinción serológica entre ambos tipos es importante para el pronóstico y para la información que debemos dar al paciente.

El diagnóstico clínico del herpes genital es poco sensible, los métodos citológicos son específicos y los de detección antigénica no permiten la diferenciación entre serotipos². Puede ser útil la serología específica que detecta IgG frente a cada serotipo, su sensibilidad oscila del 80 al 98%, los falsos negativos se pueden producir al comienzo de la infección por lo que hay que repetir la prueba. Su especificidad es del 96%¹⁻⁵. La sensibilidad del cultivo es baja. La PCR es muy sensible y específica².

El tratamiento del herpes genital recidivante debe comenzar el 1º día o en el período prodrómico³. La terapia supresora reduce entre un 70-80% la frecuencia de recidivas e incluso muchos pacientes no presentan ningún síntoma^{3,4}. Sin embargo no es tan eficaz a la hora de disminuir la excreción viral asintomática⁴. (Tabla 9)

Tabla 9. Tratamiento del herpes genital

TRATAMIENTO	POBLACIÓN NO VIH	POBLACIÓN VIH
Infección grave	Aciclovir IV 5-10 mg/kg/8h durante 5-10 días	
1er episodio ¹⁻⁹	Aciclovir 400 mg/8h vo x7-10 días	
	Valaciclovir 1 gr/12h vo x 7-10 días	
Recurrencias	Aciclovir 400 mg/8h vo x 5 días	Aciclovir 400 mg/8h vo x 5-10 días
	Valaciclovir 500 mg/12h vo x 3días	Valaciclovir 1 gr/12h vo x 5-10 días
Supresivo (si aparecen más de 6 episodios/año, las recurrencias son graves o no presentan pródromos claros)	Aciclovir 400 mg/12h vo x 6-12 meses. En algunos pacientes puede hacerse reducción de dosis hasta 200 mg/12-8h	Aciclovir 400 mg/8h ó 800 mg/128h vo x 6-12 meses
	Valaciclovir 500 mg/24h vo. Si > 10 recurrencias/año dar 250 mg/12h vo	Valaciclovir 500 mg/12h vo
	GESTANTES (a partir de las 36 semanas y hasta el parto)	
	Aciclovir 400 mg/8h vo	
	Valaciclovir 500 mg/12h vo	
	Si gestantes VIH con serología positiva pero sin lesiones genitales, no se recomienda tratamiento.	
	Cesárea electiva siempre que se diagnostique un primer episodio de herpes genital en el momento del parto, independientemente del tiempo de la amniorrexis. Se realizará también una cesárea electiva a todas las gestantes que han presentado una primoinfección de herpes genital en las 6 semanas previas al momento del parto (riesgo alto de excreción viral en ausencia de anticuerpos maternos). En caso de no aceptación materna de cesárea (riesgo de transmisión vertical en parto vaginal > 40 %) estaría indicado administrar Aciclovir IV (10 mg/kg /8 h) a la madre durante el parto.	
Alternativo (Sospecha de resistencia a Aciclovir)	Foscarnet 40 mg/Kg/8h IV x 14-21 días	Foscarnet 60 mg/Kg/24h IV hasta respuesta clínica
	Cidofovir 5 mg/Kg/semanal IV (<i>Uso fuera de ficha técnica</i>)	



b) *Haemophilus ducreyi* (chancroide)

Es infrecuente en Europa pero presente en el Caribe, América del Sur, India y África. Se presenta como úlcera dolorosa única o múltiple y puede acompañarse de linfadenopatía regional.

El diagnóstico se obtiene por cultivo, aunque la sensibilidad es < 80%, y por PCR.

Tratamiento: Azitromicina 1 gr vo DU, Ceftriaxona 250 mg IM DU, Ciprofloxacino 500 mg/12 horas vo durante 3 días o Eritromicina 500 mg/6-8 h vo durante 7 días^{8,10}.

c) *Chlamydia trachomatis* genotipo L1-3 (LGV)

La lesión primaria ocurre en el sitio de inoculación a los 3-30 días después del contacto en forma de una pústula indolora que se ulcera. A los 3-6 meses aparece un estadio secundario que se manifiesta como un síndrome inguinal o anogenitorrectal acompañado de adenopatías unilaterales y fiebre, artromialgias y malestar general. En HSH la proctitis o proctocolitos puede ser similar a la enfermedad de Crohn. En raros casos, puede progresar a un estadio terciario con una respuesta inflamatoria crónica.

El diagnóstico es por PCR.

El tratamiento de elección es Doxiciclina 100 mg/12h durante 21 días y como alternativas Eritromicina 500 mg/6h durante 21 días o Azitromicina 1 gr/semanal durante 3 semanas¹⁻³.

d) *Klebsiella granulomatis* (granuloma inguinal o “Donovanosis”)

Enfermedad endémica en África del Sur, India y Australia y excepcional en el mundo occidental. Produce lesiones progresivas ulceradas, sangrantes, indoloras y sin adenopatías regionales.

Diagnóstico: visualización de los cuerpos de Donovan en las muestras de tejido.



Tratamiento de elección: Azitromicina 1 gr/semanal o 500 mg/24h durante al menos 3 semanas. Tratamiento alternativo: Doxiciclina 100 mg/12h o Trimetoprim-sulfametoxazol 160/800 mg/12 horas durante al menos 21 días^{8, 10-12}.

6.- SÍFILIS

Enfermedad infecciosa sistémica producida por *Treponema pallidum*.

6.1. Clínica

La sífilis primaria se caracteriza por la presencia de úlceras y adenopatías. A las 3-6 semanas se desarrolla la sífilis secundaria, caracterizada generalmente por manifestaciones cutáneas, que en su forma más característica es un exantema no pruriginoso que afecta frecuentemente a palmas y plantas. La infección VIH afecta muy poco la presentación clínica, observándose con mayor frecuencia la presencia de úlceras múltiples. En la sífilis latente no hay manifestaciones clínicas y puede perdurar en el tiempo. Según los ECDC, la sífilis adquirida precoz es la adquirida en el año previo e incluye la sífilis primaria, secundaria y latente precoz. Pasado este tiempo, se considera que es una sífilis adquirida tardía con infectividad muy reducida. En la fase latente tardía no hay clínica, pero sí reactividad serológica. Un 30-40% de los no tratados pueden desarrollar sífilis terciaria, que puede ser mucocutánea (gomos), ósea, cardiovascular o neurológica (neurosífilis), si bien esta última puede aparecer en cualquier periodo de la infección.

6.2. Diagnóstico

Habitualmente es indirecto, mediante serología. En algunos laboratorios puede realizarse el diagnóstico directo (campo oscuro, inmunofluorescencia directa o PCR), lo que permite el diagnóstico inmediato, incluso antes de la seroconversión¹. Como norma general, el diagnóstico se hace con los mismos criterios para un paciente VIH negativo o positivo, aunque estos últimos pueden presentar reacciones serológicas anómalas (falsos negativos, seroconversiones lentas o títulos extremadamente elevados).



El diagnóstico serológico no treponémico (Venereal disease research laboratory (VDRL), Rapis plasma reagin (RPR)) determina semicuantitativamente (título) la presencia de anticuerpos frente a antígenos no específicos de treponema. Reflejan la actividad de la infección y permiten hacer un seguimiento de la respuesta al tratamiento.

Después de un tratamiento correcto de una sífilis temprana, el título debe caer cuatro veces y llegar a ser negativo. Son pruebas sensibles pero presentan falsos positivos estimados en un 0,2-0,8% de los casos. Tardan unas 6 semanas en seroconvertir y pueden ser negativas en presencia de chancro³.

Las pruebas treponémicas incluyen hemaglutinación para *Treponema pallidum* (TPHA), prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes (FTA), inmunoblot, EIA y quimioluminiscencia (CLIA). Estas últimas permiten la automatización y son las que se emplean de entrada en los algoritmos diagnósticos. Son técnicas cualitativas, más específicas y precoces que las no treponémicas y permanecen positivas de por vida incluso en infecciones tratadas.

Algoritmo diagnóstico

En centros con gran volumen de muestras se recomienda iniciar con una prueba treponémica automatizada (EIA, CLIA). El resultado negativo en el contexto de cribado, excluye la infección. En un paciente con sospecha diagnóstica debe repetirse la extracción y el ensayo a las 6 semanas. El resultado positivo debe confirmarse con otra prueba treponémica distinta.

De forma paralela, se realizará una prueba no treponémica para conocer el título basal (actividad), que empleará suero diluido y sin diluir para evitar el efecto prozona^{4,5}. Si la segunda prueba treponémica no es positiva, puede plantearse realizar un inmunoblot (centro de referencia).

El seguimiento de la respuesta al tratamiento se realiza mediante la monitorización del título de VDRL/RPR. Siempre se debe usar la misma técnica e idealmente, en el mismo laboratorio.

* **Neurosífilis:** El diagnóstico precisa del estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR).

La presencia de clínica neurológica con valores anormales en el LCR de células o proteínas es indicativa de neurosífilis. El resultado negativo de una prueba treponémica (idealmente FTA) en LCR hace muy improbable una neurosífilis.

6.3. Tratamiento

Tabla 10. Recomendaciones terapéuticas para tratamiento y seguimiento de sífilis

	Tratamiento de elección	Tratamiento alternativo*	Seguimiento
Sífilis primaria, secundaria o sífilis latente precoz	Penicilina G benzatina 2,4 MUI IM DU ¹	- Doxiciclina (100 mg/12h durante 10-14 días)	- Control clínicos y serológicos (pruebas no treponémicas) a los 6 y 12 meses ⁸ - En los pacientes con sífilis latente las pruebas no treponémicas se harán a los 6, 12 y 24 meses ⁸
Sífilis latente tardía, sífilis de duración desconocida, sífilis terciaria	Penicilina G benzatina 2,4 MUI IM/semana durante 3 semanas (días 0, 7 y 14)	- Doxiciclina (100 mg/12h durante 4 semanas) ⁷	Control serológicos (pruebas no treponémicas) a los 6, 12, y 24 meses ⁸
Neurosífilis y sífilis oftálmica y ótica	Penicilina G sódica 3- 4 MUI/4h IV o 18-24 MUI en infusión continua, ambas durante 10-14 días ³	- Penicilina G procaina 2,4 MUI IM/24h más probenecid 500 mg/6h durante 10-14 días. En alérgicos a penicilina se recomienda la desensibilización y posterior tratamiento con penicilina. - Ceftriaxona 2 g r/24h IV durante 10-14 días ⁴	Evaluación del LCR cada 6 meses hasta lograr la total normalidad del LCR



7.- ABORDAJE DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

La detección de una ITS en un niño prepupal requiere un estudio pormenorizado, en el que hay que descartar en primer lugar y de forma exhaustiva un abuso sexual, aunque otras formas de transmisión como la perinatal o la accidental, por auto o heteroinoculación, tienen que ser consideradas¹.

La prevalencia de las ITS en niños que han sufrido un abuso sexual depende del tipo abuso, de la prevalencia de ITS en los adultos y de la madurez del niño¹.

La evaluación de las ITS en los niños prepupales víctimas de un posible abuso sexual se hará de forma individualizada, en base a los datos obtenidos de la historia clínica que incluirá una detallada exploración física³.

Recomendaciones

1. La detección de una ITS en un niño prepupal requiere un estudio pormenorizado, en el que hay que descartar en primer lugar y de forma exhaustiva un abuso sexual.
2. En caso de abuso sexual o sospecha del mismo se debe asegurar la protección adecuada del menor, así como la notificación adecuada del caso a las autoridades judiciales.
3. Los profesionales de la salud que atienden a los adolescentes deben integrar la educación sexual en la práctica clínica. Se recomienda aconsejar a los adolescentes sobre los comportamientos sexuales que se asocian con un mayor riesgo de contraer ITS y educar a los pacientes sobre las estrategias de prevención de riesgos asociados a las mismas.
4. El cribado está recomendado cuando la historia sexual del adolescente lo justifique o siempre que aparezcan signos o síntomas que pudieran ser causados por una ITS.