



TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

SUMARIO

- ▶ INTRODUCCIÓN
- ▶ CONSULTAS ESPECIALIZADAS Y OTROS RECURSOS
- ▶ SÍNDROMES CLÍNICOS PROVOCADOS POR INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
 - Uretritis y cervicitis
 - Vaginositis, vulvovaginitis, vaginitis
 - Balanitis y balanopostitis
 - Orquidoepididimitis
 - Enfermedades ulcerativas
 - Herpes genital
 - Sífilis
 - Chancro blando (chancroide)
 - Granuloma inguinal: donovanosis
 - Linfogranuloma venéreo (LGV)
 - Síndromes gastrointestinales
 - Proctitis
 - Proctocolitis
 - Enteritis moderada
 - Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) leve o moderada
 - Enfermedades verrugosas (condilomas acuminados)
 - Otros
 - Gonococia faríngea
 - MPOX
- ▶ ABUSO O AGRESIÓN SEXUAL



INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un grupo amplio de infecciones producidas por bacterias, virus o parásitos que se transmiten de persona a persona durante las relaciones sexuales, y suponen una importante carga de enfermedad, tanto por su magnitud como por sus posibles complicaciones y secuelas, sobre todo en las mujeres. Por ello, deben considerarse un problema de salud pública prioritario¹.

A nivel mundial, cada día, más de un millón de personas contraen una ITS². Datos del Plan Estratégico VIH e ITS de Euskadi 2022-2030 indican que las principales ITS (*Chlamydia*, herpes genital, infecciones gonocócicas y sífilis precoz) presentan un crecimiento sostenido en los últimos 10 años, siendo éste más acusado en los últimos 4 años (2020-2023)³. Según el sistema de información microbiológica de Euskadi, en 2023 la tasa de infección por *Chlamydia* fue de 106,93 casos por 100.000 habitantes, de 79,1 casos por 100.000 habitantes en el caso de infección gonocócica y de 14,48 casos por 100.000 habitantes para sífilis³. Las cifras son similares en el conjunto de España⁴. En el caso del SIDA continúa la tendencia descendente iniciada a mediados de la década de los noventa^{3,5}.

Las causas de este aumento son heterogéneas e incluyen tanto factores biológicos como conductuales y estructurales, entre los que destacan: mayor número de relaciones y de parejas sexuales, cambios en las conductas sexuales, inicio temprano de las relaciones sexuales, mayor frecuencia de comportamientos de riesgo, descenso en el uso del preservativo o la falta de protección en el sexo oral y falta de educación sexual y de información precisa sobre las ITS¹.

La distribución de las ITS en la población no es homogénea y su patrón epidemiológico y causas del incremento varían, siendo más frecuentes en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y jóvenes entre 15 y 24 años, quienes concentran 1 de cada 4 ITS⁶. De hecho, un reciente estudio realizado en la OSI Bilbao-Basurto observó que la prevalencia de algunas ITS en adolescentes (14-18 años) es más elevada que entre las personas de 19 o más años⁷. Es por ello, que las ITS pueden ser un marcador sensible de los cambios conductuales y sociales de las poblaciones. Por lo tanto, es crucial brindar información precisa sobre la prevención, transmisión, síntomas y tratamiento de las ITS, adaptada a la edad, al contexto sociocultural y a las prácticas sexuales¹.

Este boletín INFAC se centra principalmente en el tratamiento farmacológico de algunas ITS en adultos, incluyendo embarazadas, en el ámbito de la atención primaria (AP). Supone la actualización de un número publicado en el año 2009, basada en las recomendaciones de las guías clínicas en vigor e incluye recomendaciones adaptadas según epidemiología y sensibilidades antibióticas en nuestro entorno. No se abordan las hepatitis, VIH/SIDA ni otras infecciones como pediculosis o sarna.

CONSULTAS ESPECIALIZADAS Y OTROS RECURSOS

En las siguientes tablas se ofrece información relativa a las consultas especializadas en ITS, así como enlaces con recursos útiles para la ciudadanía.

Tabla 1. Consultas especializadas en ITS

Consulta	Dirección	Contacto
Consulta ITS Vitoria	Hospital Universitario Araba/Txagorritxu	667 15 83 86 (Llamar de 12.00-14.00h)
Consulta ITS Bilbao	Centro de salud Bombero Etxaniz	94 600 69 69 (Llamar preferentemente de 8.00 a 11.00)
Consulta ITS San Sebastián	Hospital Universitario Donostia Servicio de Infecciosas	943 00 64 64 943 00 70 06
	Hospital Universitario Donostia Servicio de Microbiología	943 00 70 46
Consulta ITS Mendaró	Hospital Mendaró	943 03 28 45

Tabla 2. Recursos relacionados con ITS

Recurso	Contacto/Enlace
Consulta virtual HSH	Cuestionario (Osakidetza)
Consultas/información sobre el SIDA	secresida@osakidetza.eus

Recurso	Contacto/Enlace
Osasun Eskola	Enlaces con información sobre las siguientes ITS: VIH/Sida, sífilis, gonorrea o infección gonocócica, clamidia, VHZ, VPH y tricomoniasis VIH e Infecciones de transmisión sexual - ITS - Osasun Eskola
Centros específicos para realizar prueba VIH Osakidetza	Centros específicos de Osakidetza para realizarse la prueba del VIH - Osasun Eskola (euskadi.eus)
Farmacias test rápido VIH y sífilis	Farmacias en las que se puede realizar el test rápido del VIH - Osasun Eskola (euskadi.eus)
ONGs para realizar prueba VIH	ONGs en las que se puede realizar el test rápido de VIH - Osasun Eskola (euskadi.eus)
Campaña nacional de prevención del VIH y otras ITS en jóvenes, 2024	https://www.sanidad.gob.es/campannas/campanas24/prevencionVIH_ITS_Jovenes.htm
Infografía SEFAP	Candidiasis o vaginosis bacteriana, ¿qué tengo?
Ficha i-botika	Medicamentos vía vaginal para las infecciones por hongos

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres. VHZ: Virus Herpes Zoster. VPH: Virus Papiloma Humano.

SÍNDROMES CLÍNICOS PROVOCADOS POR ITS

Antes de instaurar un tratamiento farmacológico es importante realizar un correcto abordaje de las ITS⁸⁻¹⁰. Para ello se deberá:

- Realizar un diagnóstico correcto, preferiblemente a través del **síndrome clínico y de una recogida de muestras dirigida**.
- **Descartar siempre la coinfección con otros patógenos**. Padecer una ITS aumenta el riesgo de contraer otra por lo que, cuando se diagnostica una, se deben realizar los estudios oportunos, incluyendo serologías para la detección de infección por VIH, hepatitis y sífilis y toma de muestras según práctica sexual (muestra faríngea/vaginal/cervical/rectal).
- Realizar la **búsqueda de los contactos sexuales** del paciente para romper la cadena de transmisibilidad.
- Ofrecer **educación** sobre salud sexual, tanto a personas jóvenes como adultas.
- Como medida preventiva se deben utilizar **métodos de barrera** (incluido en sexo oral). El preservativo es el único método anticonceptivo que previene las ITS. En algunos casos el preservativo puede no proteger del todo (zonas expuestas no cubiertas con el preservativo).
- Realizar la **notificación** de los casos de Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO) (ver recuadro).

Cómo notificar una ITS en Osabide Global

Algunas ITS son **Enfermedades de Declaración Obligatoria** (EDO): hepatitis B y C, infección por *Chlamydia trachomatis*, infección gonocócica, infección por el VIH/SIDA, linfogranuloma venéreo, sífilis, sífilis congénita.

En Osabide Global al codificar un proceso diagnóstico se abre una ventana para hacer la notificación de EDO correspondiente.

EDO EDO Guardar

Nombre EDO Sifilis (excluye sífilis congénita)

Código EDO A510 Sifilis genital primaria
genitaletako sifilis primario

Diagnóstico SIFILIS

Fecha de inicio de los síntomas Se trata de un caso aislado?
DD/MM/AAAA 15

Centro de Estudios/Trabajo/Institución del Paciente

Observaciones

Registro Última Modificación

En general, se recomienda un periodo de **abstinencia de relaciones sexuales** hasta finalizar el tratamiento antibiótico o una semana después del tratamiento en dosis única, con desaparición de síntomas y que sus parejas sexuales hayan sido estudiadas y tratadas¹¹.

URETRITIS Y CERVICITIS

Definición/clínica: la uretritis es un síndrome caracterizado por secreción uretral (80 %) mucopurulenta o purulenta y/o disuria (50 %), aunque puede ser asintomática, sobre todo en mujeres; la cervicitis se caracteriza por una inflamación del cuello uterino, frecuentemente asintomática^{12,13}.

La etiología es variada, con varios patógenos implicados: *Neisseria gonorrhoeae* (25 %), *Chlamydia trachomatis* (15-55 %), *Ureaplasma urealiticum*, *Mycoplasma genitalium* (10-40 %), *Trichomonas vaginalis* (4 %) y otros menos frecuentes (*Haemophilus spp*, enterobacterias, herpes simple)¹². Hasta en un 25 % de los casos de uretritis no se encuentra una etiología clara, por lo que se debe considerar el diagnóstico en personas sexualmente activas con clínica urinaria y urocultivo negativo^{12,14}. En algunos entornos se ha observado que un porcentaje no desdeñable de los casos tienen una etiología mixta *Chlamydia-gonococo*¹².

Tratamiento farmacológico: ver tabla 3.

Seguimiento: *Chlamydia*: control a los 3 meses tras tratamiento para asegurar resolución de la clínica y descartar reinfección^{14,15}. En embarazadas o si no se ha realizado el tratamiento de primera elección o alternativa, se recomienda control a las 3 semanas tras finalizar el tratamiento^{12,14}. No repetir PCR antes de 4 semanas por riesgo de falso positivo¹⁴.

Parejas sexuales¹²: deben ser examinados y tratados todos los contactos sexuales, incluso asintomáticos, de los 60 días previos al inicio de los síntomas, o del último contacto, si hace más de 60 días o hasta 6 meses en el caso de parejas de varones con uretritis no gonocócica asintomáticos.

Se debe aconsejar a los pacientes que se abstengan de mantener relaciones sexuales hasta que ellos y sus parejas completen el tratamiento y sean asintomáticos.

Tabla 3. Tratamiento de la uretritis y cervicitis según patógeno causante^{11,12,14,16-18}

Población general	Embarazo
Manejo empírico de la uretritis	
Elección: - Ceftriaxona* 500 mg IM, DU + Doxiciclina 100 mg /12 h oral, 7 días	Elección: - Ceftriaxona* 500 mg IM, DU + Azitromicina 1 g oral, DU
Alternativa: Si dificultad de cumplimiento terapéutico: - Ceftriaxona* 500 mg IM, DU + Azitromicina 1 g oral DU Si no disponibilidad de ceftriaxona IM o contraindicado: - Cefixima 800 mg oral DU + Doxiciclina 100 mg /12 h oral, 7 días (hacer test de cura en caso de tratamiento oral).	
Chlamydia trachomatis EDO	
Elección: - Doxiciclina 100 mg/12 h oral, 7 días	Elección: - Azitromicina 1 g oral, DU
Alternativa: - Azitromicina 1 g oral, DU	
Neisseria gonorrhoeae EDO	
Elección: - Ceftriaxona*^ 500 mg IM, DU	Elección: - Ceftriaxona* 500 mg IM, DU
Si alergia: - Gentamicina 240 mg IM, DU + Azitromicina 2 g oral, DU (puede usarse dosis de 1 g/12 h un día para mejorar tolerancia digestiva)	
Alternativa: Si no disponibilidad de ceftriaxona IM o contraindicado: - Cefixima 800 mg oral, DU	Alternativa: Si no disponibilidad de ceftriaxona IM o contraindicado: - Cefixima 800 mg oral, DU

Población general	Embarazo
Trichomonas vaginalis	
Elección: - Metronidazol 500 mg/12 h oral, 7 días (mujeres) - Tinidazol 2 g oral o Metronidazol 2 g oral**, DU (hombres)	Elección: - Metronidazol 500 mg/12 h oral, 7 días
Alternativa: - Metronidazol 4 g/día oral***, 3-5 días - Tinidazol 2 g oral, DU	
Ureaplasma urealiticum	
Es un colonizador y en antibiogramas de mujeres no se suele informar. Sin embargo, puede producir uretritis, especialmente en varones jóvenes, por lo que se recomienda el tratamiento solo en los sintomáticos en los que no se haya encontrado otra causa de uretritis.	
Elección: - Doxiciclina 100 mg/12 h oral, 7 días	
Alternativa: - Azitromicina 1 g oral, DU	
Mycoplasma genitalium	
Sólo se trata si hay clínica genitourinaria.	Elección: - Azitromicina 1 g oral el día 1 y 500 mg entre los días 2 a 4
Elección: - Azitromicina 500 mg oral el día 1 y 250 mg entre los días 2 a 5	
Alternativa: - Moxifloxacino 400 mg/24 h oral, 5-7 días	
Uretritis, cervicitis recurrentes o persistentes	
Si sospecha de reinfección por pareja no tratada, mismo tratamiento previo cultivo. Si sospecha persistencia no tratar y hacer toma de muestras, y valorar derivar a consulta de ITS o Microbiología de referencia de cada área.	

* Diagnóstico Hospitalario, requiere visado de inspección. IM: intramuscular. DU: Dosis única. ** Metronidazol 2 g oral=8 comprimidos de 250 mg. *** Metronidazol 4 g oral=16 comprimidos de 250 mg. ^ En la guía del PRAN se recomienda asociar azitromicina a la cefalosporina en el tratamiento del gonococo. En Euskadi no se recomienda debido al incremento de resistencias del gonococo a la azitromicina.

VAGINOSIS, VULVOVAGINITIS, VAGINITIS

Definición/clínica: la vulvovaginitis es la inflamación de la mucosa vaginal y de la piel vulvar que cursa con síntomas como secreción vaginal alterada, prurito y/o ardor¹⁹. Las causas más frecuentes son infecciosas: vaginosis bacteriana, candidiasis vulvovaginal y tricomoniasis. Entre las vulvovaginitis infecciosas sólo las tricomoniasis se consideran estrictamente ITS. Las vulvovaginitis no infecciosas representan el 5-10% de los casos e incluyen las causas atóxicas, irritantes y alérgicas.

Tratamiento farmacológico: ver tabla 4.

Seguimiento^{8,12,14}: en tricomoniasis se recomienda un test de control a los 3 meses. En caso de recurrencias de tricomoniasis se recomienda vigilar el cumplimiento terapéutico y valorar una posible reinfección por pareja sexual no tratada. En vaginosis bacteriana, está indicado un control post-tratamiento a las 4 semanas en embarazadas sintomáticas.

Parejas sexuales: en tricomoniasis siempre se debe tratar, con el mismo tratamiento, a las parejas sexuales de las últimas 4 semanas desde el diagnóstico. Si es un varón basta con el tratamiento en dosis única. En vaginosis y candidiasis vulvovaginal, no se recomienda el tratamiento de las parejas sexuales asintomáticas.

Observaciones: evitar el uso de duchas vaginales (riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria), el uso de gel de ducha y agentes antisépticos. No hay datos que avalen el uso de lactobacilos o preparaciones de ácido láctico. En tricomoniasis evitar las relaciones sexuales hasta completar el tratamiento y desaparición de los síntomas y hasta que las parejas sexuales hayan sido tratadas.

Recientemente Osakidetza ha elaborado el [protocolo de actuación ante síntomas vulvovaginales](#) dirigido al manejo por parte de personal de enfermería.

Tabla 4. Tratamiento de la tricomoniasis, vaginosis y candidiasis vulvovaginal según patógeno causante^{9,11,12,20}

TRICOMONIASIS (<i>Trichomonas vaginalis</i>)		
Población general	Embarazo	En paciente VIH
Elección: - Metronidazol 500 mg/12 h oral, 7 días	Elección: - Metronidazol 500 mg/12 h oral, 7 días	Elección: - Metronidazol 500 mg/12 h oral, 7 días
Alternativa: - Tinidazol 2 g oral, DU		
Recurrencias		
Elección: - Metronidazol 500 mg/12 h oral, 7 días		
Alternativa (si nuevo fallo): - Metronidazol 2 g/24 h oral*, 5-7 días - Tinidazol 2 g/24 h oral, 5-7 días - Metronidazol 750 mg/8 h oral, 7 días		
Observaciones		
- El tratamiento tópico con metronidazol no es útil porque la uretra es el reservorio.		
VAGINOSIS BACTERIANA (<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Prevotella spp</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Mobiluncus spp</i>)		
Población general	Embarazo	
Solo tratar a mujeres sintomáticas o que van a ser sometidas a una maniobra invasiva.	Sólo tratar a gestantes sintomáticas. No existe evidencia suficiente que sustente el tratamiento en mujeres embarazadas asintomáticas con riesgo de parto prematuro. Indicado en el tratamiento de aislados de <i>Gardnerella</i> , en los casos de frotis preparto (frotis de las 36-37 semanas de embarazo).	
Elección: - Clindamicina 100 mg óvulo intravaginal al acostarse, 3 días - Clindamicina 2 % crema, 5 g al acostarse vía vaginal, 7 días - Metronidazol 500 mg/12 h oral, 5-7 días		
Alternativa: - Cloruro de decualinio 10 mg/24 h comprimido vaginal, 6 días	Elección: - Metronidazol 250 mg/8 h oral, 7 días	
Recurrencias	Alternativa alérgicas:	
- Metronidazol 500 mg/12 h oral, 10-14 días	- Clindamicina 300 mg/12 h oral, 7 días - Clindamicina vaginal no se recomienda en primer trimestre; Sí en segundo y tercero.	
Observaciones		
- La crema de clindamicina es de base oleosa y puede afectar a la efectividad de los preservativos y diafragmas hasta 5 días después de su uso. - Cremas, comprimidos y óvulos vaginales: no se recomienda iniciar el tratamiento durante la menstruación. El tratamiento debe haber finalizado antes del inicio de la menstruación. - Cloruro de decualinio: el tratamiento debe interrumpirse durante la menstruación y continuarse posteriormente.		

CANDIDIASIS VULVOVAGINAL (<i>Candida albicans</i> (80-90%), <i>C. glabrata</i> , <i>C. tropicalis</i> , <i>C.krusei</i> , <i>C. parapsilosis</i>)	
Población general	Embarazo
Sólo tratar en sintomáticas.	
Elección: - Clotrimazol 2 % crema vaginal, 5 g/día, 3 días - Clotrimazol 500 mg cápsula o comprimido vaginal, DU o 200 mg comprimido vaginal** al acostarse, 3 días - Fluconazol 150 mg oral, DU	Elección: - Clotrimazol 2 % crema vaginal, 5 g/día, 7 días - Clotrimazol 100 mg comprimido vaginal al día, 7 días Durante las últimas 4 ó 6 semanas del embarazo, no se recomienda el uso del aplicador, por lo que se recomiendan los comprimidos vaginales, que pueden introducirse directamente con el dedo, en lugar de la crema vaginal.
Recurrencias	Alternativa: - Miconazol crema 2 %, 5 g al día, 7 días - Miconazol crema 4 %, 5 g al día, 3 días
Elección: - Inducción: Fluconazol 150 mg oral, 3 dosis separadas 3 días (días 1, 4, 7) - Mantenimiento: Fluconazol 150 mg oral, 1 vez a la semana, 6 meses	
Alternativa: - Tratamientos tópicos intermitentes - Clotrimazol 500 mg comprimido vaginal 1 a la semana tras completar un tratamiento tópico de 10-14 días	
COMPLICADA (episodios recurrentes o graves, producidos por especies diferentes a <i>C. albicans</i>, hiperestrogenismo o en mujeres inmunodeprimidas)	
Elección: - Fluconazol 150 mg oral 2 dosis, día 1 y 4 - Ketoconazol 400 mg/24 h óvulos vaginales, 7-14 días	
Alternativa (recurrencia): - Ácido bórico 600 mg óvulos vaginales al acostarse, 14 días. FM financiada	
Observaciones	
- Los tratamientos orales para la candidiasis vulvovaginal no complicada son tan eficaces como los tópicos. La selección dependerá de las preferencias de la paciente, el coste-beneficio o los antecedentes de reacciones adversas. - Tratamiento tópico: tras lavado y secado realizar cuidados de la zona vulvar y perineal. No se recomienda iniciar el tratamiento durante la menstruación. El tratamiento debe haber finalizado antes del inicio de la menstruación. - <i>C. glabrata</i>: es resistente a fluconazol. Se recomienda tratamiento de larga duración (14 días). - <i>C. krusei</i>: es resistente a fluconazol. - Los azoles vaginales pueden dañar los preservativos y causar irritación vulvovaginal, que debe considerarse si persisten los síntomas. - Clotrimazol crema: no se deben usar tampones, duchas intravaginales, espermicidas u otros productos vaginales durante su uso (clotrimazol crema). Puede reducir la eficacia y la seguridad de los productos de látex, como condones y diafragmas, cuando se aplica en el área genital (mujeres: por vía intravaginal, labios y área adyacente de la vulva; hombres: prepucio y glande del pene).	

DU: dosis única. *Metronidazol 2 g oral=8 comprimidos de 250 mg. **200 mg comprimido vaginal=2 comprimidos vaginales de 100 mg. FM: fórmula magistral.

BALANITIS Y BALANOPOSTITIS

Definición/clínica: balanitis es la inflamación del glande y cuando además afecta al prepucio se denomina balanopostitis. Generalmente se relaciona con la escasa higiene en personas no circuncidadas, diabetes mellitus, alergia de contacto por utilización de sustancias químicas irritantes presentes en algunos perfumes,

jabones y lubricantes de preservativos, y en un 10% existe transmisión sexual. Otros factores predisponentes son la higiene exagerada, infecciones, uso de automedicación tópica o traumatismos¹².

El agente etiológico principal es la *Candida* y también pueden estar causadas por *Trichomonas spp*, estreptococos, estafilococos, *Gardnerella* y virus.

Tratamiento: ver tabla 5.

Parejas sexuales: en tricomoniasis tratar siempre a las parejas sexuales.

Observaciones: evitar relaciones sexuales hasta completar el tratamiento. En candidiasis se recomienda higiene con lavados en agua salada y emolientes. Se deben evitar los jabones mientras persista la inflamación.

Tabla 5. Tratamiento de la balanitis y balanopostitis según patógeno causante^{9,12}

Población general	Observaciones
CANDIDIASIS	
Elección: - Clotrimazol 1 % crema, 1 aplicación/12 h, 7 días - Miconazol 2 % tópico, 1 ó 2 aplicaciones/día, 7 días - Fluconazol 150 mg oral, DU	- Candidiasis con síntomas graves: excluir balanitis circinada asociada a síndrome de Reiter y balanitis de células plasmáticas no infecciosas que responde a crema de hidrocortisona al 1 %, 1 aplicación/12 horas y tratamiento específico si existe infección asociada.
Si inflamación: - Imidazol tópico + Hidrocortisona 1 % tópico	
Con síntomas graves	
Elección: - Fluconazol 150 mg oral, DU	
Si inflamación: - Imidazol tópico + Hidrocortisona 1 % tópico	
TRICOMONIASIS (<i>Trichomonas spp</i>)	
Elección: - Metronidazol 2 g oral*, DU - Metronidazol 500 mg/12 h oral, 7 días	El tratamiento tópico con metronidazol no es útil porque la uretra es el reservorio.
Alternativa: - Tinidazol 2 g oral, DU	
AEROBIOS	
Elección: - Según el germen causal	
Tratamiento empírico: - Ácido fusídico 2 % tópico, 1 aplicación/8 h, 7 días	

* Metronidazol 2 g oral=8 comprimidos de 250 mg.

ORQUIDOEPIDIDIMITIS

Definición/clínica: cursa con inflamación y dolor testicular y del epidídimo, en ocasiones irradiado al abdomen⁹. En la epididimitis bacteriana, se puede presentar además fiebre, náuseas y síntomas urinarios con o sin secreción uretral.

La etiología es diversa. En menores de 35 años se asocia a ITS y en 2/3 de los casos se asocia a *Neisseria gonorrhoeae* y/o *Chlamydia trachomatis*. En mayores de 35 años, el 75 % de los casos se atribuyen a enterobacterias y patógenos urinarios (*E. coli*).

Tratamiento: ver tabla 6.

Seguimiento: ITS: valorar la existencia de otras ITS. Si se sospecha ITS y no hay mejoría a los 3 días se recomienda reevaluación del tratamiento.

Parejas sexuales: si ITS, en general, se recomienda tratar a las parejas sexuales de los últimos 2 meses^{9,12,21}, aunque este tiempo varía en función del patógeno²².

Observaciones: las medidas generales son reposo en cama, suspensorio, frío local, tratamiento del dolor (analgésicos o AINEs)^{9,12}. Se recomienda cesar las relaciones sexuales hasta haber completado el tratamiento tanto el paciente como sus parejas sexuales.

Tabla 6. Tratamiento de la orquidoepididimitis según patógeno causante^{12,14,23}

Población general	Observaciones
Sospecha de ITS por <i>Chlamydia</i> o gonococo. EDO	
Elección: - Ceftriaxona* 500 mg IM, DU + Doxiciclina 100 mg/12 h oral, 10 días	Se aconseja iniciar tratamiento empírico antes de conocer el diagnóstico definitivo de laboratorio. Realizar pruebas diagnósticas de confirmación incluso en ausencia de secreción uretral. Disponibilidad de pruebas rápidas (2 horas) para el diagnóstico de gonococo y <i>Chlamydia</i> que se pueden solicitar a Microbiología, según necesidades.
Alternativa (alergia cefalosporinas): - Ofloxacino 200 mg/12 h oral, 14 días	
Sospecha de ITS por <i>Chlamydia</i> o gonococo y bacterias de origen entérico (HSH). EDO	
Elección: - Ceftriaxona* 500 mg IM, DU + Levofloxacino 500 mg/24 h oral, 10 días	Se aconseja iniciar tratamiento empírico antes de conocer el diagnóstico definitivo de laboratorio. Valorar el patrón de resistencias locales a la hora de elegir el tratamiento antibiótico (FQ).
Alternativa (alergia cefalosporinas): - Ofloxacino 200 mg/12 h oral, 14 días	
Sin sospecha de ITS (origen entérico). En su mayoría EDO (<i>E. coli</i> , ...)	
Elección: - Cefixima 400 mg/12-24 h oral, 14 días - Ciprofloxacino 500 mg/12 h oral, 10-14 días	Valorar el patrón de resistencias locales a la hora de elegir el tratamiento antibiótico. En áreas donde el porcentaje de resistencia de <i>E. coli</i> a FQ sea menor del 20 %, ciprofloxacino constituye uno de los tratamientos de elección.

* Diagnóstico Hospitalario, requiere visado de inspección. IM: intramuscular. FQ: fluorquinolonas.

ENFERMEDADES ULCERATIVAS

Herpes genital

Definición/clínica: se trata de una enfermedad viral crónica causada por el Virus del Herpes Simple tipos 1 y 2 (VHS-1 y VHS-2). Es la causa más frecuente de úlcera genital en nuestro medio. La mayoría de los casos de herpes genital recurrente están causados por VHS-2, aunque el VHS-1 es el responsable de más del 50 % de los primeros episodios.

Existe un grupo importante de infectados que permanecen asintomáticos; de hecho, la mayoría de la transmisión del herpes genital se produce en el contexto de diseminación asintomática.

Además, la primoinfección herpética genital, especialmente por VHS-1, es bifocal y se acompaña de dolor faríngeo (sospechoso de amigdalitis)¹².

Tratamiento: el tratamiento de episodios agudos tiene mayor efectividad si se inicia durante pródromos y primer día de la aparición de la clínica. El tratamiento reduce la duración de la clínica y la severidad de las recurrencias. Ver tabla 7.

Seguimiento: seguimiento a los 5-7 días y se continuará la terapia si aparecen nuevas lesiones.

Parejas sexuales: tratar a parejas sintomáticas⁸.

Observaciones^{12,19,24}:

- Iniciar tratamiento precozmente ante sospecha clínica (en las primeras 48-72 horas desde inicio de la clínica).

- Informar al paciente del riesgo de excreción viral durante periodos asintomáticos y del riesgo de recurrencias, sobre todo en los casos de infección por VHS-2 y durante los siguientes 12 meses tras el primer episodio.
- Se recomienda abstinencia de contacto sexual.
- Se recomienda el uso de preservativo, aunque su protección es limitada.
- En episodio agudo se recomienda: lavados con suero salino y fomentos de soluciones secantes de sulfato de cobre o de zinc (fórmulas magistrales no financiadas). Valorar analgesia oral.

Tabla 7. Tratamiento del herpes genital^[11,12,14,25]

Primer episodio de herpes genital. EDO	
Población general	Embarazo
Elección: - Aciclovir 400 mg/8 h oral*, 7-10 días - Valaciclovir 1 g/12 h oral, 7-10 días	Elección: - Aciclovir 400 mg/8 h oral*, 7-10 días - Valaciclovir 1 g/12 h oral, 7-10 días
Alternativa: - Famciclovir 250 mg/8 h oral, 7-10 días	
Observaciones	
- El tratamiento oral tiene mayor efectividad si se instaura durante las primeras 48-72 horas desde inicio de clínica. Se puede prolongar si no hay resolución tras 10 días de tratamiento. - El tratamiento antiviral tópico es menos efectivo que el oral. La combinación de tratamiento oral y tópico no ha demostrado beneficios adicionales.	
Herpes genital recurrencias. EDO	
Población general	Embarazo
Episodios agudos	
Elección: - Aciclovir 800 mg/8 h oral, 2 días - Aciclovir 800 mg/12 h oral, 5 días - Famciclovir 1 g/12 h oral, 1 día - Valaciclovir 500 mg/12 h oral, 3 días - Valaciclovir 1 g/día oral, 5 días - Famciclovir 125 mg/12 h oral, 5 días	Elección: - Aciclovir 800 mg/8 h oral, 2 días - Aciclovir 800 mg/12 h oral, 5 días - Valaciclovir 500 mg/12 h oral, 3 días - Valaciclovir 1 g/día oral, 5 días
Alternativa: - Aciclovir 400 mg/8 h oral*, 3-5 días - Valaciclovir 1 g/día oral, 5 días	
Terapia supresiva	
Indicado en: > 6 episodios al año, complicaciones significativas aún con menos de 6 episodios anuales, afectación significativa de la calidad de vida, disfunción sexual y social, necesidad de disminución de riesgo de transmisión a la pareja (gestantes).	A las 36 semanas para todas las embarazadas con lesión genital. - Aciclovir 400 mg/8 h oral* desde 36 semanas hasta inicio de parto - Valaciclovir 500 mg/12 h desde 36 semanas hasta inicio parto
Elección: - Aciclovir 400 mg/12 h oral*, 6-12 meses - Aciclovir 200 mg/6 h oral, 6-12 meses - Valaciclovir 500 mg/día oral, 6-12 meses. Si >10 recurrencias/año: valaciclovir 1 g/24 h, 6-12 meses - Famciclovir 250 mg/12 h oral, 6-12 meses	
Observaciones	
- Terapia supresiva: tratamiento ininterrumpido durante un período de tiempo determinado que efectivamente reduce la frecuencia de las recidivas y disminuye el riesgo de la transmisión genital de VHS-1 y VHS-2. Esta terapia puede asociarse al desarrollo de resistencias por mutaciones en la timidin-quinasa.	

Herpes genital y VIH. EDO
Primer episodio
Elección: - Aciclovir 400 mg* en intervalos de 4 h omitiendo la dosis nocturna, oral, 7-10 días - Famciclovir 500 mg/12 h oral, 10 días - Valaciclovir 1 g/12 h oral, 10 días
Episodios agudos recurrentes
Elección: - Aciclovir 400 mg/8 h oral*, 5-10 días - Famciclovir 500 mg/12 h oral, 5-10 días - Valaciclovir 1 g/12 h oral, 5-10 días
Terapia supresiva
Elección: - Aciclovir 400-800 mg/8-12 h oral*, 6-12 meses - Valaciclovir 500 mg/12 h oral, 6-12 meses - Famciclovir 500 mg/12 h oral, 6-12 meses

* Aciclovir 400 mg oral=2 comprimidos de 200 mg.

Sífilis

Definición/clínica: infección sistémica causada por *Treponema pallidum* que por contacto sexual se transmite a través de las mucosas y se disemina por el cuerpo pudiendo afectar a todos los órganos¹⁹.

La **sífilis primaria** es una úlcera con una adenopatía regional indolora (chancro sifilítico) presente en menos de un tercio de los casos. La **sífilis secundaria** es un estado bacteriémico asociado a lesiones mucocutáneas generalizadas y adenopatías generalizadas. Este estadio es seguido por un período de latencia (**sífilis latente**) con infección subclínica que dura muchos años y que, con el tiempo, conduce a la **sífilis terciaria o tardía** en el 30 % de los casos no tratados^{12,19}.

La afectación del SNC puede darse en cualquier estadio. La afectación ocular u ótica pueden darse en cualquier estadio, pero generalmente ocurren en fases precoces¹¹.

Sífilis congénita: si la madre no recibe tratamiento durante el embarazo se puede producir muerte fetal o enfermedad grave en el bebé (sífilis congénita). En el recién nacido y en el lactante las manifestaciones son cutáneas (pénfigo palmo-plantar, sífilides maculo-papulosa, alopecia en cuero cabelludo y cejas, etc.), mucosas (coriza sifilítica), viscerales (espleno-hepatomegalia), óseas (ostecondritis), y en una etapa tardía la tríada de Hutchinson (dientes de Hutchinson, queratitis y sordera)¹⁰.

Tratamiento: ver tabla 8.

Seguimiento: la frecuencia de las pruebas serológicas de control varía en función de si se trata de una sífilis primaria, secundaria o latente²².

Parejas sexuales: tratar a las parejas sexuales de los 90 días previos al inicio de la úlcera¹². En caso de pacientes con sífilis latente tardía o evolución desconocida evaluar clínica y serológicamente para decidir el tipo de tratamiento que necesita¹⁴.

Observaciones^{8,10,12}:

- Recomendar abstinencia sexual mínimo una semana tras finalizar el tratamiento y la ausencia de síntomas. Relaciones sexuales protegidas hasta confirmación serológica.
- Los pacientes deben ser informados sobre los síntomas de la reacción de Jarisch-Herxheimer (hipotensión, escalofríos, diaforesis, cefalea, náuseas, mialgias y exacerbación de las lesiones cutáneas) que podrían sufrir en las primeras 24 horas tras el inicio del tratamiento y de lo que deben hacer en caso de ocurrir.
- Los pacientes deben ser estudiados por una posible coinfección con VIH y descartar otras ITS (*Chlamydia*, gonococo, etc.).
- En embarazadas, la transmisión vertical puede ocurrir en cualquier momento y es más probable en estadios precoces de la infección.
- El haber tenido sífilis no protege de padecerla de nuevo.

Tabla 8. Tratamiento de la sífilis^{12,26}

<i>Treponema pallidum</i> . EDO	
Sífilis primaria, secundaria, latente precoz (<1 año evolución)	
Población general	Embarazo
Elección: - Penicilina G benzatina 2,4 x 10 ⁶ UI IM, DU	Elección: - Penicilina G benzatina 2,4 x 10 ⁶ UI IM, DU en el primer y segundo trimestre. Añadir una segunda dosis a la semana de la primera en el tercer trimestre.
Alternativa: - Doxiciclina 100 mg/12 h oral, 14 días - Toda sospecha de alergia a betalactámicos debe ser estudiada.	Si alergia: - Alérgicos a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada): desensibilizar a penicilina y tratar con ésta. - Si no se puede usar penicilina: ceftriaxona* 1 g/día IM, 10-14 días.
Sífilis latente tardía y terciaria de cronología incierta asintomática	
Población general	Embarazo
Elección: - Penicilina G benzatina 2,4 x 10 ⁶ UI IM a la semana, 3 semanas. Si un paciente omite una dosis y si han transcurrido más de 14 días desde la dosis anterior, se debe reiniciar el curso.	Elección: - Penicilina G benzatina 2,4 x 10 ⁶ UI IM a la semana, 3 semanas
Alternativa: - Doxiciclina 100 mg/12 h oral, 28 días - Toda sospecha de alergia a betalactámicos debe ser estudiada.	Alternativa: - Alérgicos a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada): desensibilizar a penicilina y tratar con ésta. - Si no se puede usar penicilina: eritromicina 500 mg/6 h oral, 30 días.

* Diagnóstico Hospitalario, requiere visado de inspección. IM: intramuscular. DU: dosis única.

Chancro blando (chancroide)

Definición/clínica: ITS con una baja incidencia en nuestro entorno que provoca la aparición de una pápula que evoluciona rápidamente a pústula, y posteriormente a úlcera, única o múltiple, blanda o dolorosa, generalmente en región genital, aunque se han descrito en otras localizaciones. En el 50% de los casos son úlceras múltiples (diagnóstico diferencial con infección con VHS)¹¹. Es frecuente la coinfección con otras ITS, aumentando el riesgo de transmisión del VIH. También puede haber coinfección con *T. Pallidum* y VHS¹⁰.

Tratamiento: ver tabla 9.

Seguimiento: revisión a los 3-7 días del inicio del tratamiento. Las úlceras suelen mejorar sintómicamente en 3 días y objetivamente en 7 días después de la terapia. El tiempo necesario para la curación completa depende del tamaño; las úlceras grandes pueden requerir más de 2 semanas y la adenopatía hasta 2-3 semanas más^{8,21,27}.

Parejas sexuales: realizar estudio de parejas sexuales de los últimos 10 días desde inicio de los síntomas y tratar los contactos¹².

Observaciones^{12,21}:

- Recomendar abstinencia sexual hasta finalizar tratamiento y resolución completa.
- Se debe realizar test para estudiar posible infección por VIH y sífilis.
- Las adenopatías inguinales que fluctúan o mayores de 5 cm deben drenarse por punción aspirativa o incisión quirúrgica.

Tabla 9. Tratamiento del chancro blando^{12,14}

<i>Haemophilus ducreyi</i>	
Población general	Embarazo
Elección: – Azitromicina 1 g oral, DU	Elección: – Ceftriaxona* 250 mg IM, DU
Alternativa: – Ceftriaxona* 250 mg IM, DU – Eritromicina 500 mg/6 h oral, 7 días – Ciprofloxacino 500 mg/12 h oral, 3 días	Alternativa: – Eritromicina 500 mg/6 h oral, 7 días
VIH: Pueden precisar tratamientos más largos. Monitorizar estrechamente por mayor posibilidad de fallo terapéutico.	

* Diagnóstico Hospitalario, requiere visado de inspección. IM: intramuscular. DU: dosis única.

Granuloma inguinal: donovanosis

Definición/clínica: ITS producida por *Klebsiella granulomatis*, anteriormente denominada *Calymmatobacterium granulomatis*, poco frecuente en Europa y más conocida en zonas tropicales¹⁰. Cursa con úlceras genitales progresivas no dolorosas muy vascularizadas, sin adenopatía regional¹².

Tratamiento: ver tabla 10.

Seguimiento: el tratamiento debe prolongarse hasta la curación completa de las lesiones, al menos 3 semanas, para evitar la recidiva²¹.

Parejas sexuales: tratar los contactos sexuales de los últimos 60 días desde inicio de los síntomas¹².

Observaciones^{10,12}:

- Las úlceras genitales sangran fácilmente, el riesgo de infecciones asociadas a VIH es mayor y se deben considerar las pruebas del VIH para todos los casos, así como las pruebas de sífilis.
- Tras una terapia aparentemente efectiva puede producirse una recaída a los 6 y 18 meses.

Tabla 10. Tratamiento del granuloma inguinal: donovanosis^{12,20}

Klebsiella (Calymmatobacterium) granulomatis	
Población general y con VIH	Embarazo
Elección: - Azitromicina 1 g/semana oral, 21 días	Elección: - Azitromicina 1 g/semana oral, 21 días - Eritromicina 500 mg/6 h oral, 21 días
Alternativa: - Doxiciclina 100 mg/12 h oral, 21 días - Ciprofloxacino 750 mg/12 h oral, 21 días - Eritromicina 500 mg/6 h oral, 21 días - Trimetropim/Sulfametoxazol 160/800 mg/12 h oral, 21 días	
Observaciones	
- Trimetropim/Sulfametoxazol: precaución en pacientes en tratamiento con fármacos que produzcan hiperpotasemia.	

Linfogranuloma venéreo (LGV)

Definición/clínica: ITS causada por los serotipos L1, L2 y L3 de *Chlamydia trachomatis*. El 94,4% de los casos se dan en hombres, especialmente en los HSH^{8,10}.

Tratamiento: ver tabla 11.

Seguimiento: hasta resolución clínica (3-6 semanas)^{8,12}.

Parejas sexuales: tratar los contactos sexuales de los últimos 60 días desde inicio de los síntomas^{8,12}.

Observaciones^{8,12}:

- Abstenerse del contacto sexual hasta que cicatricen todas las lesiones.
- En ocasiones son necesarios varios ciclos de tratamiento alternando antibióticos.

Tabla 11. Tratamiento del linfogranuloma venéreo^{12,14}

<i>Chlamydia trachomatis</i> (serotipos L1, L2, L3). EDO	
Población general	Embarazo
Elección: - Doxiciclina 100 mg/12 h oral, 21 días - Azitromicina 1 g/semana oral, 21 días	Elección: - Eritromicina 500 mg/6 h oral, 21 días - Azitromicina 1 g/semana oral, 21 días
Alternativa: - Eritromicina 500 mg/6 h oral, 21 días	

SÍNDROMES GASTROINTESTINALES

Proctitis

Definición/clínica: inflamación de la mucosa del recto (últimos 10-12 cm) en la que se puede presentar dolor anorrectal, tenesmo y mucosidad en las heces o hemorragia rectal. La vía de contagio es la práctica del sexo anal.

Los agentes etiológicos más frecuentes son: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* (incluidos los serotipos de L1, L2 y L3), *Treponema pallidum* y VHS.

La clínica depende del patógeno implicado:

N. gonorrhoeae: síntomas inespecíficos (prurito o ardor anal, secreción mucoide, hemática o purulenta).

C. trachomatis: clínica aguda con aparición de úlcera que produce hemorragia, tenesmo, estreñimiento y fiebre; también puede provocar fístulas y estenosis colorrectales crónicas (clínica más sugestiva de serotipos de LGV), y si no se trata puede diseminarse vía sistémica.

T. pallidum: suele ser asintomática en zona anorrectal; a veces puede observarse chancro perianal, generalmente indoloro, y adenopatías inguinales.

VHS: afecta al orificio anal y región perianal, con presencia de vesículas o úlceras agrupadas que producen dolor intenso, prurito, quemazón, tenesmo permanente y tendencia al estreñimiento por el dolor, así como fiebre y afectación general¹⁰.

Tratamiento: valorar la administración de analgesia vía oral¹⁰ e iniciar tratamiento empírico. En caso de gonococo el tratamiento eficaz interrumpe la transmisibilidad en cuestión de horas. Ver tabla 12.

Seguimiento^{12,14}:

Gonococo o *Chlamydia*: control 3 meses después de finalizar el tratamiento.

C. trachomatis (serotipos de L1, L2 y L3): seguimiento y tratamiento antibiótico hasta resolución clínica de lesiones (3-6 semanas).

VHS: el VHS puede aislarse de dos a siete semanas después de las lesiones genitales primarias. En las lesiones recurrentes la infectividad es más breve, no aislándose por lo común el virus después de cinco días; sin embargo, tanto las infecciones primarias como recurrentes pueden ser asintomáticas y se debe informar al paciente del riesgo de excreción viral durante estos periodos, sobre todo en los casos de infección por VHS-2 y durante los siguientes 12 meses tras la primoinfección. Si se cumplen criterios de terapia supresiva, se recomienda continuar terapia entre 6 meses y 1 año y valorar posteriormente la frecuencia de las recurrencias. Si hay recurrencias durante el tratamiento se recomienda aumentar la dosis.

Parejas sexuales^{10,12}: el periodo de tiempo para la búsqueda de contactos depende del agente patógeno.

Neisseria gonorrhoeae: 2 semanas anteriores al diagnóstico en pacientes sintomáticos y 12 semanas en los asintomáticos desde la última pareja.

Chlamydia trachomatis (serotipos de L1, L2 y L3): 4 semanas antes del inicio de los síntomas y 6 meses anteriores al diagnóstico en pacientes asintomáticos.

Gonococo y *Chlamydia* se detectan también en muestras anales de pacientes asintomáticos y se deben tratar de la misma manera.

Treponema pallidum: 90 días previos al inicio de los síntomas.

VHS: no hay recomendaciones específicas, salvo que los contactos tengan síntomas.

Observaciones¹²:

- *Neisseria gonorrhoeae*: la transmisibilidad puede durar meses si no se trata.
- *Chlamydia trachomatis*: evitar las relaciones sexuales hasta que se concluya el tratamiento del paciente y de sus compañeros sexuales actuales (hasta 7 días tras la toma de monodosis o hasta la finalización del antibiótico) o hasta la resolución de los síntomas.
- VHS: lavados con suero salino. Valorar analgesia oral. Abstinencia sexual en fase aguda. Se recomienda el uso de preservativos ya que puede transmitirse en asintomáticos.
- *Treponema pallidum*: se recomienda abstinencia sexual mínimo una semana tras finalizar el tratamiento y en ausencia de síntomas. Relaciones sexuales protegidas hasta confirmación serológica.

Tabla 12. Tratamiento de la proctitis según patógeno causante^{11,12}

Tratamiento empírico	
Población general	Embarazo
Elección: - Ceftriaxona* 500 mg IM, DU + Doxiciclina 100 mg/12 h oral, 7 días	Elección: - Ceftriaxona* 500 mg IM, DU + Azitromicina 1 g oral, DU
Alternativa: Si dificultad de cumplimiento terapéutico: - Ceftriaxona* 500 mg IM, DU + Azitromicina 1 g oral, DU Si no disponibilidad de ceftriaxona IM o contraindicado: - Cefixima 800 mg oral, DU + Doxiciclina 100 mg/12 h oral, 7 días (hacer test de cura en caso de tratamiento oral).	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (ver tabla 3)	
<i>Chlamydia trachomatis</i> (ver tabla 3)	
<i>Virus Herpes Simple</i> (ver tabla 7)	
<i>Treponema pallidum</i>. Sífilis primaria, secundaria y latente precoz (menos de 1 año de evolución) (ver tabla 8)	
LGV (<i>Chlamydia trachomatis</i> L1, L2, L3) (ver tabla 11)	

* Diagnóstico Hospitalario. Requiere visado de inspección. IM: Intramuscular. DU: Dosis única.

Proctocolitis

Definición/clínica: inflamación de la mucosa del recto y colon, extendiéndose por encima de los 12 cm del ano. A los síntomas de proctitis se añaden diarreas sanguinolentas, dolor, distensión y calambres abdominales, fiebre y malestar general. La vía de contagio puede ser anal u oral.

Los agentes etiológicos más frecuentes son: *Campylobacter spp*, *Shigella spp*, *Entamoeba histolytica*. Raramente (aunque cada vez más frecuente), serotipos de LGV de *Chlamydia trachomatis*. En pacientes infectados por VIH pueden aparecer citomegalovirus y otros oportunistas¹².

Tratamiento: ver tabla 13.

Seguimiento: LGV: seguimiento y tratamiento antibiótico hasta resolución clínica de lesiones (3-6 semanas)¹².

Parejas sexuales: en *Chlamydia* 60 días previo al inicio de los síntomas¹⁴.

Observaciones: en el caso de patógenos entéricos, se recomienda no manipular alimentos ni atender a niños o pacientes hospitalizados o vulnerables hasta que dos muestras sucesivas de heces o material rectal tomadas tras 48 horas de terminar el tratamiento antimicrobiano sean negativas (el intervalo entre la recogida de muestras debe ser de al menos 24 horas)^{10,12}.

Tabla 13. Tratamiento de la proctocolitis según patógeno causante^{12,21,28,29}

Campylobacter spp y Shigella spp	
Población general	Embarazo
Elección: - Azitromicina 500 mg/24 h oral, 3 días - Eritromicina 500 mg/6 h oral, 7 días	- Azitromicina 1 g oral, DU o 500 mg/día, 3 días
Alternativa: - Ciprofloxacino 500 mg/12 h oral, 5 días*	
Entamoeba histolytica	
Elección: - Paromomicina 500 mg/8 h oral, 7 días	Elección: - Paromomicina 500 mg/8 h oral, 7 días
LGV (Chlamydia trachomatis L1, L2, L3) (ver tabla 11)	

* Realizar seguimiento estrecho dada la elevada resistencia de *Campylobacter spp* a quinolonas.

Enteritis moderada¹²

Definición/clínica: inflamación que afecta al intestino delgado (duodeno, yeyuno e íleon), y que generalmente cursa con diarrea y calambres abdominales sin síntomas de proctitis o proctocolitis. La vía de contagio es la práctica del sexo oral-anal.

En personas sanas el patógeno más frecuentemente implicado es *Giardia duodenalis* (anteriormente denominado *G. lamblia*) y en pacientes infectados con VIH y/o inmunodeprimidos pueden ser debidos a patógenos oportunistas como *Cryptosporidium spp*, citomegalovirus, etc.

Tratamiento: ver tabla 14.

Parejas sexuales: cuando se produce un brote de enfermedad gastrointestinal en HSH se debe considerar la transmisión por vía sexual como modo de diseminación.

Observaciones: precauciones entéricas hasta concluir el tratamiento (ver proctocolitis). La transmisibilidad ocurre durante todo el periodo que dura la infección, que suele ser de varios meses.

Tabla 14. Tratamiento de la enteritis moderada^{11,12,21,30}

<i>Giardia duodenalis</i> (anteriormente <i>G. lamblia</i>)	
Población general	Embarazo
Elección: - Metronidazol 250 mg/8 h oral, 5 días - Tinidazol 2 g oral, DU	Elección: - Paromomicina 500 mg/8 h oral, 7 días
Alternativa: - Albendazol 400 mg/24 h oral, 5 días	

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI) LEVE O MODERADA

Definición/clínica: inflamación e infección del tracto genital superior en la mujer (útero, trompas y ovarios) incluyendo cualquier combinación de endometritis, salpingitis, abscesos tubo-ováricos y pelviperitonitis. Se

adquiere por vía ascendente a partir de la flora vaginal o endocervical. Puede cursar de forma asintomática, pero en el 5-10 % de los casos tiene un curso grave. Puede producir complicaciones como infertilidad de causa tubárica, embarazo ectópico y/o dolor pélvico crónico¹².

Las manifestaciones clínicas más importantes son dolor pélvico (puede ser unilateral, constante o intermitente), dispareunia, alteraciones menstruales, sangrado tras relaciones sexuales y fiebre. Los signos más importantes son dolor a la movilización cervical, dolor anexial o uterino y fiebre¹².

Factores de riesgo: antecedentes de ITS no tratada, primeras relaciones sexuales antes de los 25 años, tener más de una pareja sexual, practicar sexo sin protección, duchas vaginales, portadoras de DIU en las 3 semanas tras la colocación, antecedente de legrado uterino, antecedentes de EPI previa^{10,31}.

Los agentes etiológicos más frecuentes son: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, cocos Gram positivos, bacilos Gram negativos y bacterias anaerobias. En ocasiones las infecciones son de etiología mixta gonococo-*Chlamydia*.

Tratamiento: debido a la dificultad del diagnóstico y el daño potencial para la salud reproductiva de la mujer, ante la sospecha de EPI se debe administrar tratamiento precozmente (ver tabla 15) y descartar el embarazo³¹. El embarazo y la EPI de grados III-V de Monif son criterio de derivación e ingreso hospitalario¹².

Seguimiento: reevaluar a la paciente en 48-72 horas. Si no responde a las 72 horas, ingreso hospitalario. Se debe descartar una posible infección por VIH.

Parejas sexuales: búsqueda de contactos sexuales descartando la posible infección con gonococo, *Chlamydia* y VIH. Si no es posible el cribado, recibirán tratamiento para cubrir gonococo y *Chlamydia*¹².

Observaciones: evitar las relaciones sexuales hasta que el paciente índice haya completado el tratamiento. Utilizar métodos anticonceptivos de barrera.

Tabla 15. Tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria leve o moderada (salpingitis aguda con o sin pelviperitonitis) en atención primaria^{11,12,21}

Enfermedad pélvica inflamatoria leve o moderada (salpingitis aguda con o sin pelviperitonitis)	
Población general	Embarazo
Elección: - Ceftriaxona 500 mg IM, DU + Doxiciclina 100 mg/12 h oral, 14 días + Metronidazol 500 mg/12 h oral, 14 días	Derivación e ingreso hospitalario
Alternativa: Si ceftriaxona IM no disponible o contraindicado: - Cefixima 800 mg oral, DU + Doxiciclina 100 mg/12 h oral, 14 días + Metronidazol 500 mg/12 h oral, 14 días Si alergia a penicilinas: - Ofloxacino 400 mg/12 h oral, 14 días + Metronidazol 500 mg/12 h oral, 14 días	

ENFERMEDADES VERRUGOSAS (CONDILOMAS ACUMINADOS)

Definición/clínica: las verrugas genitales o condilomas acuminados son tumores genitales benignos, únicos o múltiples y están causadas por algunos tipos del Virus del Papiloma Humano (VPH)¹⁰. Suelen aparecer en los genitales externos (pene, vulva, escroto, periné y zona perianal) aunque también pueden aparecer en el cérvix, la vagina, la uretra, el ano y la boca⁸. El 90 % de los casos se deben a los tipos 6 y 11 del VPH, considerados de bajo riesgo. Se transmite por cualquier tipo de contacto sexual y la capacidad de transmisión es muy elevada¹⁰. De hecho, la infección por VPH es la ITS más frecuente en el mundo³². El contagio se produce con más frecuencia en los primeros años de actividad sexual. El periodo de incubación oscila entre 3 semanas y 8 meses, pudiendo llegar hasta los 18 meses o más^{10,12}. La mayoría de los casos son asintomáticos y autolimitados, aunque los serotipos de alto riesgo pueden producir neoplasias^{10,12,32}.

Tratamiento: la elección del tratamiento depende del número y distribución de las lesiones. Los condilomas cervicales han de biopsiarse, cuando existan citologías anormales, antes de iniciar el tratamiento. Valorar la derivación a consulta especializada si se precisa escisión quirúrgica de las lesiones^{10,12} (ver tabla 16).

Seguimiento: evaluar a los 3 meses tras el tratamiento⁸.

Parejas sexuales: el diagnóstico en una persona es, prácticamente, diagnóstico de infección en sus contactos sexuales. Se recomienda examen físico para descartar la presencia de condilomas³³. En caso de ausencia, no es necesario tratar⁸.

Observaciones^{10,12,14}:

- El uso adecuado de preservativo ha demostrado reducir el riesgo de infección (30-60 %); sin embargo, pueden quedar zonas expuestas no cubiertas por el preservativo.
- La **vacunación frente al VPH** está incluida en el calendario vacunal infantil de Euskadi, así como en el de la población adulta de determinados **grupos de riesgo**, como son los HSH menores de 45 años. Desde 2023 se incluyen, además de las niñas, los niños de 12 años. Se considera actualmente la intervención más eficaz y efectiva para el control de la diseminación de la infección y la prevención de las secuelas que asocian las lesiones crónicas que produce el VPH (displasia/cáncer). Sin embargo, las vacunas sólo protegen frente a los VPH en personas no infectadas, es decir, previenen la infección de los virus que contiene (eficacia profiláctica) pero no modifican la historia natural de las infecciones en curso por los tipos de VPH incluidos en las vacunas (no han demostrado eficacia terapéutica), por lo que el potencial preventivo es mayor cuando se aplican a personas no expuestas.

Tabla 16. Tratamiento de las verrugas genitales externas (condilomas acuminados)^{12,20,33}

Verrugas genitales o condilomas acuminados (VPH)		
Aplicados por el paciente	Aplicados en consulta	Embarazo
Elección: - Podofilotoxina tópica (solución al 0,5 % o crema al 0,15 %) cada 12 horas, 3 días y 4 días de descanso. Repetir 4 ciclos la solución, 5 ciclos la crema. - Imiquimod tópico, 5 % (crema) al acostarse, 3 veces/semana (máximo 16 semanas).	Elección: - Podofilino FM* 15-25 % 1-2 veces por semana. - Ácido tricloroacético FM* 80-90 %, 1 aplicación/semana, 6-8 semanas (no recomendado en áreas extensas).	Elección: - Ácido tricloroacético FM* 1 aplicación/semana.
Alternativa: - Extracto de hojas de té verde (sinecatequina) pomada, 3 veces al día (máximo 16 semanas). No usar en zonas internas.	Medidas no farmacológicas: - Crioterapia con nitrógeno líquido (3 ciclos en consulta cada 2-4 semanas). - Escisión quirúrgica de las lesiones. - Láser de CO₂.	Medidas no farmacológicas: - Crioterapia con nitrógeno líquido (3 ciclos en consulta cada 2-4 semanas). - Láser de CO₂.
Observaciones		
Podofilotoxina: - Cuando el área de tratamiento sea mayor de 4 cm² se recomienda que el tratamiento se realice bajo la supervisión directa de un profesional sanitario. - Evitar la aplicación en verrugas localizadas en mucosas de la zona genital, incluyendo uretra, recto y vagina. Evitar la aplicación en tejido sano circundante a la verruga (en caso de la solución, esperar a que se seque antes de permitir que zonas de piel sana entren en contacto con zonas tratadas). - Evitar las relaciones sexuales durante el tratamiento y hasta que la piel se haya restablecido. Si se mantienen relaciones sexuales durante el tratamiento, se debe utilizar preservativo. Imiquimod: - Cuando se usa imiquimod, lavar la zona de aplicación 6-10 horas después. - Debilita los preservativos y el diafragma, y debe eliminarse la crema de la piel antes de mantener relaciones sexuales. Extracto de té verde: - Puede debilitar los preservativos y diafragmas vaginales. Por ello, se debe eliminar la pomada del área en tratamiento antes del uso de preservativos y del contacto sexual. Deben considerarse métodos anticonceptivos adicionales. No usar en zonas internas.		

FM: fórmula magistral. *No financiada.

OTROS

Gonococia faríngea

Definición/clínica: ITS causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. La mayor parte (más del 90 %) ³² de las infecciones gonocócicas faríngeas son asintomáticas, pero ocasionalmente puede causar amigdalitis y/o linfadenopatía ³⁴. La gonococia faríngea es más difícil de erradicar que las infecciones urogenitales y anogenitales.

Tratamiento: el tratamiento debe realizarse *in situ* para asegurar la erradicación (*ver tabla 3 Neisseria gonorrhoeae*). En caso de fracaso terapéutico se debe realizar siempre cultivo y antibiograma ³⁴.

Seguimiento: realizar cultivo o PCR de muestra faríngea tras 14 días de tratamiento ¹⁶. Es aconsejable realizar test de control a los 3 meses dadas las elevadas tasas de reinfección en estos pacientes ³⁴, incluidas las mujeres embarazadas.

Gonococo: se recomienda solo test de cura en muestras faríngeas.

Parejas sexuales: deben ser examinados y tratados todos los contactos sexuales, incluso asintomáticos, de los 60 días previos al inicio de los síntomas, o del último contacto si hace más de 60 días ¹⁶.

Observaciones ^{10,12}:

- Estudiar posible coinfección por *Chlamydia*, sífilis o VIH.
- Abstención de relaciones sexuales hasta 7 días tras el tratamiento y hasta que las parejas sexuales hayan sido tratadas.

MPOX

En julio de 2022 la OMS declaró el brote de viruela del mono o monkeypox (mpox) como una emergencia de salud pública de importancia internacional. Se trata de una infección causada por un virus de la familia de la viruela (virus género *Orthopoxvirus*, de la familia *Poxviridae*). Los síntomas pueden ser inespecíficos y aparecer entre 5 y 21 días tras la exposición al virus. La enfermedad suele ser leve y la mayoría de las personas se recuperan en varias semanas (los síntomas suelen durar 2-4 semanas). Sin embargo, en algunos casos, puede producirse una enfermedad más grave, sobre todo en niños, embarazadas y personas inmunocomprometidas. Se trata de una zoonosis viral que se transmite mediante contacto físico muy estrecho, a través de fómites contaminados con secreciones y relaciones sexuales de alto riesgo ³⁵. La información sobre situación epidemiológica se actualiza regularmente en: <https://cne.isciii.es/es/web/cne/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/viruela-monos-monkeypox/resultados-vigilancia>

Ante la aparición de un caso sospechoso, desde los servicios asistenciales se deberá contactar con las Unidades de Vigilancia Epidemiológicas (UVE), ver tabla 17.

Tabla 17. Unidades de Vigilancia Epidemiológicas (UVE) de Euskadi

UVE	Contacto horario laboral	Contacto horario extralaboral
UVE de Araba	945 01 71 63	epidemiologia-alava@euskadi.eus
UVE de Bizkaia	944 03 17 75	epidemiologia-bizkaia@euskadi.eus
UVE de Gipuzkoa	943 02 27 52/51/80	epidemiologia-gipuzkoa@euskadi.eus

Existe una vacuna atenuada para prevenir la infección por la viruela del mono. El acceso a la vacuna es a través de las consultas de ITS, las consultas de enfermedades infecciosas o consultas de medicina preventiva hospitalarias de cada Territorio. Para más información sobre la vacuna, consultar en el siguiente enlace: [Indicaciones para monkeypox - Enfermedades, vacunas y vigilancia epidemiológica - Departamento de Salud - Gobierno Vasco - Euskadi.eus](#).

Tabla 18. Información sobre seguridad de los principales antibióticos utilizados en el tratamiento de las ITS^{11,12,20,36-40}

Doxiciclina	- Fotosensibilidad: tomar medidas de protección solar. - Mantener sedestación tras la administración (sobre todo la dosis nocturna) para evitar úlceras esofágicas de decúbito. - Puede causar coloración permanente de los dientes. - La administración concomitante con cationes divalentes o trivalentes como calcio, magnesio o hierro, puede disminuir la absorción. - Embarazo: contraindicado.
Fluconazol	- Embarazo: aborto espontáneo en primer trimestre. - Posibles interacciones con múltiples fármacos (ver INFAC citocromo y ficha técnica).
Macrólidos: azitromicina, eritromicina	- Precaución en pacientes tratados con otros medicamentos que prolonguen el intervalo QT. Puede provocar irregularidades del ritmo cardíaco potencialmente fatales. - Posible aumento del riesgo de pérdida de audición³⁶. - Azitromicina: evitar la administración conjunta con fármacos que contengan aluminio o magnesio, como antiácidos. - Posibles interacciones con múltiples fármacos (ver INFAC citocromo y ficha técnica).
Metronidazol, tinidazol	- Evitar ingestión de alcohol durante el tratamiento y hasta 48 horas después, por el efecto antabús.
Quinolonas	- En los últimos años se han publicado por parte de la AEMPS varias notas de seguridad relacionadas con el riesgo de prolongación del intervalo QT, de reacciones adversas musculoesqueléticas y del sistema nervioso y de insuficiencia valvular y regurgitación cardíaca³⁷⁻⁴⁰. Por tanto, su uso debería restringirse a indicaciones bien definidas, a pacientes con infecciones graves por bacterias sensibles y como tratamiento de segunda línea (INFAC antibióticos). - Su uso está asociado a un aumento del riesgo de infección por <i>C. difficile</i> (INFAC antibióticos). - La administración concomitante con cationes divalentes o trivalentes como calcio, magnesio o hierro, puede disminuir la absorción. - Embarazo: contraindicadas.

ABUSO O AGRESIÓN SEXUAL

En 2019 se publicó la [Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi](#). En el plan de actuación ante las agresiones sexuales se incluyen, entre otros aspectos, la toma de muestras para despistaje de ITS, la petición de analíticas para estudios serológicos (sífilis, hepatitis B, hepatitis C y VIH) y test de embarazo y el tratamiento preventivo de ITS.

En el caso de agresión o abuso sexual reciente, cuando han pasado menos de 120 horas (5 días), la valoración de la paciente se realizará en un centro hospitalario y si la paciente acude a su centro de AP se remitirá lo antes posible al hospital. En el caso de agresión o abuso sexual no reciente (cuando han pasado más de 120 horas, 5 días) no será preciso remitir a la paciente al centro hospitalario, si ha acudido a su centro de AP. Se prestará la asistencia a los posibles daños físicos y/o psíquicos, iniciando el plan de actuaciones diagnóstico-terapéuticas que corresponda: solicitud de serologías, despistaje de ITS, vacunación contra la hepatitis B, etc.

La guía se centra en los casos de agresiones sexuales a mujeres, si bien muchas de las recomendaciones que contiene también son válidas para menores y hombres.

AGRADECIMIENTOS

“Agradecemos a Pedro Idigoras Viedma, médico de la Consulta de ITS del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Donostia, a Leire Gil Alonso, médico adjunto del Servicio de Infecciosas del Hospital Universitario Donostia y a Juan Carlos Gainzarain Arana, jefe de Sección de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de Álava, la revisión del texto, así como sus acertados comentarios y sugerencias”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agustí C, Mascort J y Casabona J. [El rompecabezas de las ITS: causas plurales, impacto profundo](#). Atención Primaria. 2024;56:102883.
2. [Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030 \[Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030\]](#). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. [Memoria 2023 Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual](#)
4. [Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2022](#). Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública; 2024.
5. [Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual, 2022-2030](#). Osakidetza 2015-2018. Vitoria-Gasteiz, mayo de 2023.
6. Osasun Eskola. 2024 [Consultado 24/10/2024]. [VIH e infecciones de transmisión sexual](#). Osasun Eskola
7. De Miguel Landiribar J, López Martínez M, Ruiz Estevez B, Ganchegui Aguirre M, Barbera Gracia MJ, Vélez Tobarias M et al. (30 de mayo - 1 de junio de 2024). La epidemia oculta de infecciones de transmisión sexual en adolescentes. [Comunicación oral]. XXVII Congreso SEIMC, Zaragoza 2024. [Consultado 24/10/2024] <https://intranet.pacifico-meetings.com/amsysweb/faces/publicacionOnlineEPOSTER.xhtml?id=918>
8. [Infecciones de transmisión sexual](#). INFAC. 2009;17(10):55-60.
9. [Infecciones de transmisión sexual \(1ª parte\)](#). BOLCAN. 2020;12(1):1-10.
10. [Infecciones de transmisión sexual \(2ª parte\)](#). BOLCAN. 2020;12(2):1-8.
11. Infecciones de transmisión sexual. Grupo de trabajo PROA-AP, OSI Araba. PROT-AP-02. 2023.
12. [Guía terapéutica antimicrobiana del SNS](#). PRAN. 3.ª Edición. Acceso con contraseña.
13. [Cervicitis](#). Fisterra;2019 [Consultado 24/10/2024].
14. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H et al. [Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines](#). MMWR Recomm Rep 2021;70(4).
15. Bachmann LH. [Urethritis in adults and adolescents](#). En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 24/10/2024].
16. Seña AC; Cohen MS. [Treatment of uncomplicated gonorrhea \(Neisseria gonorrhoeae infection\) in adults and adolescents](#). En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 24/10/2024].
17. Sobel JD, Mitchell C. [Trichomoniasis: Treatment](#). En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 24/10/2024].
18. Martin DH, Geisler WM. [Mycoplasma genitalium infection](#). En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 24/10/2024].
19. De la Poza Abad M, Roca Saumell C, Besa Castellà M y Carrillo Muñoz R. [Manejo en atención primaria de las infecciones de transmisión sexual \(II\). Lesión ulcerada genital. Vulvovaginitis. Virus del papiloma humano](#). Atención Primaria. 2024;56:102806.
20. [Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS](#). Ficha técnica. [Consultado 24/10/2024].
21. Mensa J, Soriano A, López E, Poliakova Y, Llinares P y Barberán J. Guía de terapéutica antimicrobiana 2024. Barcelona. Ed Antares.
22. Grupo de estudio del SIDA-SEIMC (GeSIDA). [Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes](#). 2017.
23. Rodríguez-Gascón A, Aguirre-Quinonero A y Canut-Blasco A. Are oral cefuroxime axetil, cefixime and cefditoren pivoxil adequate to treat uncomplicated acute pyelonephritis after switching from intravenous therapy? A pharmacokinetic/pharmacodynamic perspective. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 2020;38(7):306-311.
24. Guía terapéutica en Atención Primaria. semFYC. 2022. 8ª edición.
25. Riley LE, Wald A. [Genital herpes simplex virus infection and pregnancy](#). En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 24/10/2024].
26. Norwitz ER, Hicks CB. [Syphilis in pregnancy](#). En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 24/10/2024].
27. Hicks CB. [Chancroid](#). En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 24/10/2024].
28. Allos BM. [Campylobacter infection: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment](#). En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 24/10/2024].
29. Leder K, Weller PF. [Intestinal Entamoeba histolytica amebiasis](#). En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 24/10/2024].
30. Bartelt LA. [Giardiasis: Treatment and prevention](#). En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 24/10/2024].
31. Ross J. [Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis](#). En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 24/10/2024].
32. Besa Castellà M, Agustí Benito C, Roca Saumell C y Mascort Roca JJ. [Manejo en atención primaria de las infecciones de transmisión sexual \(I\). Epidemiología. Síndrome secretor](#). Atención Primaria. 2023;55:102597.
33. Carusi DA. [Condylomata acuminata \(anogenital warts\): Treatment of vulvar and vaginal warts](#). En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 24/10/2024].

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la **promoción del uso racional del medicamento** para obtener un mejor estado de salud de la población».

34. Barberá MJ y Serra-Pladevall J. **Infección gonocócica: un problema aún sin resolver**. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. 2019;37(7):458-466.
35. **Mpox. Protocolo de vigilancia epidemiológica**. 2024. Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
36. **Boletín de Farmacovigilancia**. Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco. 2024; (59).
37. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). **Informe mensual sobre medicamentos y productos sanitarios. Fluoroquinolonas y prolongación del intervalo QT**. Diciembre 2010.
38. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). **Quinolonas y fluoroquinolonas de administración sistémica: nuevas restricciones de uso**. Referencia: MUH (FV), 14/2018.
39. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). **Fluoroquinolonas de uso sistémico o inhalado: riesgo de insuficiencia valvular y regurgitación cardíaca**. Referencia: MUH (FV), 12/2020.
40. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). **Fluoroquinolonas de administración sistémica o inhalada: recordatorio sobre las restricciones de uso**. Referencia: MUH (FV), 07/2023.

Este boletín debe citarse: Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. INFAC. 2025;33(2,3):14-35.

Es de gran importancia que se notifiquen a la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco las sospechas de reacción adversa a los nuevos medicamentos. La notificación se puede realizar a través de OSABIDE, del formulario de notificación on line de la intranet de Osakidetza, rellenando la tarjeta amarilla o a través de la nueva web de la AEMPS: <https://www.notificaRAM.es>

Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: al farmacéutico de atención primaria de su OSI o a CEVIME o al e-mail: infac@osakidetza.eus

Consejo de Redacción: Iñigo Aizpurua¹, Iciar Alfonso², Ainhoa Arana³, María Armendáriz³, Markel Brouard⁴, Laura De la Rosa³, Saioa Domingo³, Maitane Elola⁵, Arritxu Etxebarria³, Jesús Fernández⁴, Julia Fernández³, Isabel Fontán³, Leire Gil³, Ana Isabel Giménez³, Juan José Iglesias⁴, Josune Iribar³, Nekane Jaio³, Itxasne Lekue³, M^a José López¹, Javier Martínez³, Teresa Morera⁶, Carmela Mozo³, Elena Ruiz de Velasco³, Amaia Sagastibelza⁷, Rita Sainz de Rozas³, Inés San José³, Maitane Umerez³, Elena Valverde³, Eluska Yetano⁴, Miren Zubillaga⁴.

1. Farmacéutico/a CEVIME; 2. Farmacóloga clínica; 3. Farmacéutico/a de atención primaria; 4. Médico/a de familia; 5. Médica de medicina interna; 6. Profesora de farmacología (UPV); 7. Pediatra de atención primaria.



<http://www.euskadi.eus/informacion/boletin-infac/web01-a2cevime/es/>



Queda totalmente prohibido el uso de este documento con fines promocionales

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

