

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

INDICACIÓN	ETIOLOGÍA	ANTIMICROBIANO DE 1º ELECCIÓN	ALTERNATIVO
URETRITIS Y PROCTITIS TTO SINDRÓMICO	<p>1) Demostrar inflamación mediante (1) objetivación de exudado, (2) leucocituria o (3) presencia de leucocitos en Gram Urgente.</p> <p>2) Limitar tto empírico a pacientes muy sintomáticos o en los que se tema pérdida de seguimiento, y siempre tras recogida de muestra PCR/cultivo. Sobre todo en uretritis, se prefiere el tratamiento dirigido.</p>	<p>CEFTRIAXONA 500 mg im dosis única (si >150Kg peso, ceftriaxona 1gr im)</p> <p>+</p> <p>DOXICICLINA 100 mg/12 horas x 7 días vo (extender a 21 días si proctitis con sangrado, úlceras, tenesmo intenso)</p> <p> Proctitis: añadir tratamiento para herpes si presencia de múltiples úlceras</p>	
URETRITIS CERVICITIS PROCTITIS FARINGITIS (A)	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<p>CEFTRIAXONA 500 mg im dosis única (si >150Kg peso, ceftriaxona 1gr im)*</p> <p>+/-</p> <p>AZITROMICINA 1 g vo dosis única** (2 g vo dosis única si proctitis)</p>	<p>Si alergia a penicilinas o resistencia a cefalosporinas:</p> <p>AZITROMICINA 2 g vo dosis única</p> <p>+</p> <p>GENTAMICINA 240 mg im</p>
URETRITIS CERVICITIS PROCTITIS FARINGITIS	<i>Chlamydia trachomatis</i>	<p>DOXICICLINA 100 mg 1cap/12 horas vo x 7 días</p> <p>(prolongar a 21 días si proctitis con sangrado, úlceras, tenesmo intenso, ya que nuestra PCR no detecta específicamente LGV)</p>	AZITROMICINA 1 g vo dosis única
URETRITIS CERVICITIS PROCTITIS	<i>Mycoplasma genitalium</i>	<p> Si sensibilidad a macrólidos: Doxicilina 100mg/12h x 7 días, seguido de Azitromicina 1gr el primer día y 500mg/día x 3 días más</p>	

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

FARINGITIS			(2'5gr en total). Si imposibilidad de test o resistencia a macrólidos: Doxicilina 100mg/12h x 7 días, seguido de Moxifloxacino 400mg/día x 7 días.	
URETRITIS	Individualizar indicación	<i>Ureaplasma urealyticum</i>	DOXICICLINA 100 mg 1 cap/12 h x 7 días	AZITROMICINA 1g vo dosis única
VAGINITIS URETRITIS (B)		<i>Trichomona</i>	METRONIDAZOL 2 g vo dosis única en pacientes no VIH y en gestantes METRONIDAZOL 500 mg/ 12 h vo x 7 días en pacientes VIH y ante fallos de tratamiento (en principio mejor tratamiento largo para evitar recidivas)	TINIDAZOL* 2 g vo dosis única
EPIDIDIMITIS		<i>Neisseria gonorrhoeaea</i> <i>Chlamydia trachomatis</i>	CEFTRIAXONA 500 mg im dosis única + DOXICICLINA 100 mg /12 h vo 10 días	OFLOXACINO 200 mgr/ 12 hs x 10 días <i>(en tratamiento ambulatorio; no disponible en hospital)</i>
EPIDIDIMITIS		<i>Enterobacteriaceae</i>	LEVOFLOXACINO 500 mg/d 10 días u OFLOXACINO* 300 mg/12h 10 días	TMP SMX 160/800 / 12 h x 10 días
EPIDIDIMITIS		<i>ITS + Enterobacterias</i>	CEFTRIAXONA 500 mg im dosis única + LEVOFLOXACINO 500 mg/d 10 días	
VAGINOSIS BACTERIANA		<i>Gardnerella Bacteroides Mycoplasma</i>	METRONIDAZOL 500 mg /12h vo 7 días (C)	CLINDAMICINA ÓVULOS* 100 mg / noche 3 noches vía vaginal

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

		(pH 5-6)		FLUOMIZIN ®* ÓVULOS 1/ noche 6 noches
VAGINITIS CANDIDIASICA (B)		<i>Cándida</i> (pH < 5)	FLUCONAZOL 150 mg vo dosis única (contraindicado en gestación)	CLOTRIMAZOL ÓVULOS: 500mg MD / ó 200 mg/24h x 3 días CLOTRIMAZOL* CREMA INTRAVAGINAL al 1% 7-14 días
	Recurrencia (D)	<i>Cándida</i>	FLUCONAZOL 150 mg/ día vo cada 2-3 días 2-3 dosis + 1 comp/semana 6 meses	AZOLES INTRAVAGINALES 10-14 días
SIFILIS (E)	Primaria Secundaria Latente < 1a	<i>Treponema pallidum</i>	PENICILINA G BENZATINA 2,4 millones UI. IM dosis única	DOXICICLINA 100 mg/ 12 h 14 días
	Latent.durac indetermin. Cardiovasc. Gomas		PENICILINA G BENZATINA 2,4 millones UI im /semana x3 sem	DOXICICLINA 100 mg/ 12 h x4 sem
	Neurosífilis		PENICILINA G 3-4 millones UI/ 4h 10-14 d	CEFTRIAXONA 2 g iv/ 24 h 14 días
CHANCROIDE		<i>Haemophilus ducreyi</i>	CEFTRIAXONA 250 mg im dosis única	AZITROMICINA 1 g vo dosis única
GRANULOMA INGUINAL		<i>C. granulomatis</i>	DOXICICLINA 100 mg/12 h vo 3-4 sem (F)	AZITROMICINA 1 g vo/ semanal x 3 sem (F)
LINFOGRANULOMA VENÉREO		<i>Chlamydia trachomatis</i> genotipo L1-L3	DOXICICLINA 100 mg /12h 3 sem	AZITROMICINA 1 g vo/ semanal x 3 sem ERITROMICINA 500 mg/ 6 h vo x 3 sem
HERPES GENITAL	Primer episodio	<i>Herpes simplex</i>	ACICLOVIR 400 mg / 8 h vo 7-10días	FAMCICLOVIR* 250 mg/8 h 7-10 días

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

(G)			VALACICLOVIR* 1g/ 12 h vo 7-10 días	
	Episodios recurrentes (H)		ACICLOVIR 800 mg/ 8 h 2 días VALACICLOVIR* 500 /12 h x 3 días (prorrogables a 5 si persisten úlceras) FAMCICLOVIR* 1 g/12 h 1 día	FAMCICLOVIR* 125/12 h x 5 días
	Supresión		VALACICLOVIR* 500/12 h o 24 h mínimo un año	FAMCICLOVIR* 250/12 h mínimo un año

* Medicamentos No Incluidos en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital. No disponibles en tratamiento de primera elección.

** Aunque la guía terapéutica antimicrobiana de la Comunidad de Madrid mantiene la indicación de tratamiento dual para gonococo, dada la baja tasa de resistencia a cefalosporinas en nuestro área **puede plantearse la monoterapia con ceftriaxona en caso de confirmarse mediante PCR infección monomicrobiana por N. Gonorrhoeae.**


(A) Ante la sospecha de ETS:

- Realizar (1) toma de exudado para cultivo (torunda tapón azul con medio) + (2) toma de exudado para “PCR de ETS” (torunda con medio líquido, tapón blanco o naranja) + (3) serología a sífilis, VHB, VHC y a VIH. En caso de franco exudado, comentar con microbiología la realización de Gram Urgente.
- Si presencia de úlceras y/o en casos de proctitis, realizar además toma de exudado de fondo de la úlcera tras lavado con SSF para “PCR de úlcera genital” (torunda con medio líquido, tapón blanco o naranja)
- Remitir a consulta de ITS-Dermatología:
 - o Si muestras tomadas y paciente tratado → cita en 3 semanas para evolución clínica y ver pruebas
 - o Si no se ha puesto tratamiento (no disponibilidad de resultados para tratamiento etiológico y paciente poco sintomático) → citar el jueves más próximo
 - o En caso de uretritis/cervicitis/proctitis purulenta, puede comentarse el caso con Dermatología y remitir urgente

(B) En casos de balanitis, el tratamiento NO es superponible al de las vaginitis. El glande es equiparable a vulva por lo que el tratamiento de elección ante una balanitis candidiasica es con imidazólicos tópicos y nunca con monodosis de fluconazol

(C) Puede usarse en gestación ya que no hay datos que indiquen que es teratogénico.

(D) Si candidiasis recurrente (4 ó más episodios/año) supresión a 6 meses: fluconazol 150 mgr vo/ semana.

	Comisión de Infecciones	Revisión: Servicio de Dermatología, Ginecología y Medicina Interna
		Fecha de última revisión: enero 2024
TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)		

(E) Realizar serología a lúes (RPR, con título cuantitativo) inicial (recomendable el día que recibe la primera dosis de tratamiento), repitiéndola únicamente a los 6 meses, repitiendo anualmente durante la vida sexualmente activa del paciente. En VIH + los controles deben realizarse a los 6 meses, repitiendo a los 12 si no ha negativizado. Después habrá que repetirlo anualmente mientras el paciente tenga una vida sexualmente activa

(F) Mantener el tratamiento hasta la total resolución de las lesiones.

(G): En caso de úlcera genital, irrigar con suero fisiológico para retirar contaminantes y tomar muestra del exudado del fondo de la úlcera para “PCR úlcera genital” (torunda con medio líquido, tapón naranja o blanco)

(H): Si >6 episodios/año o complicaciones, existe indicación de tratamiento de supresión

Bibliografía:

1. St. Cyr S, Barbee L, Workowski KA, et al. Update to CDC’s Treatment Guidelines for Gonococcal Infection, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:1911–1916. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6950a6external icon>
2. Centers for Diseases Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR. Recommendations and reports. vol 64 n°3
3. International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI).
4. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes (Marzo 2017). Ministerio de Sanidad.

Raquel Pérez Mesonero. Servicio de Dermatología.

Estefania Cordero Etchebarme. Servicio de Ginecología.

José Sanz Moreno. Servicio de Medicina Interna

Aprobado por la Comisión de Infecciones y Política de Antibióticos del Hospital Universitario Príncipe de Asturias