

Infecciones de Transmisión Sexual. Donde estamos y ¿a dónde vamos?

Jose Guerra Laso
Sº de M. Interna.
Martes 21 de Mayo de 2024.
8:30 horas.



- Enfermedades frecuentes, con incidencia en **AUMENTO**.
- Elevada morbilidad, potenciales secuelas graves (y transmisión **VERTICAL**).
- Afectan a la calidad de vida-> relaciones sexuales.
- **TODOS** los Profesionales de la Salud estamos implicados en su prevención, y muchos en su diagnóstico y manejo.

DEFINICIÓN.

infección de transmisión sexual

Enfermedad causada por la infección por ciertas bacterias, virus u otros microorganismos y que se transmite de una persona a otra a través de la sangre, el semen, las secreciones vaginales u otros líquidos corporales durante el sexo oral, anal o genital con un compañero infectado.

También, en ocasiones, estas enfermedades se transmiten cuando una madre infectada pasa la infección a su hijo.

Enfermedad AGUDA con potencial de cronicidad: complicaciones neurológicas, fertilidad, oncológicas, ...

Infección de Transmisión Sexual (ITS)->Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS).

- Transversalidad.*** _____ Múltiples especialidades _____
Múltiples escenarios, poblaciones...
- Estigma.*** _____ Social, sanitario, profesional... _____
- Variabilidad.*** _____ Diferencias clínicas, nuevas especies... _____
- Impacto.*** _____ Sanitario, económico, relaciones... _____

Gonococia.

Sífilis.

***Chlamydia
trachomatis***

VIH.



El niño Cristo castiga a la humanidad con la sífilis, de Joseph Grünpeck (Holzschnitt 1496)

20 de abril de 2023

FIESTA LIBERAL PARA CHICOS, CHICAS Y PAREJAS...

REVOLUTION

(de 7 de la tarde a 7 de la madrugada)

LIBERAL



BAR+PISCINA+ORGIAS!!

Polideportivo Barrio de La Luz (Ávila)

Con: BrunoyMaria/ Lobita/ Elisex/ Kanela/ Eylas/ Diavola/
Serranito/ Medussa Teen/ y Muchas Más...

Tlfs Información y Whatsapp: 653 [redacted] - 658 [redacted]

UNA FIESTA DONDE PUEDEN ASISTIR : CHICOS SOLOS , CHICAS SOLAS Y PAREJAS

6/48



DOCUMENTO TÉCNICO ABORDAJE DEL FENÓMENO DEL CHEMSEX



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2020

MINISTERIO DE SANIDAD

Junio de 2020



Tabla 2. Sustancias utilizadas habitualmente en la práctica del chemsex

SUSTANCIA	NOMBRES POPULARES	FORMA DE PRESENTACIÓN	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS BUSCADOS	EFFECTOS ADVERSOS Y COMPLICACIONES	TIEMPO DE DURACIÓN
MEFEDRONA Otras catinonas: pentedrona, 4-MEC, 3-MMC, α-PVP	Mefe, miau-miau, sales de baño. Alfa (para α-PVP)	Polvo, cristales, tabletas, cápsulas	Oral. Esnifada. Intravenosa (<i>slam</i>) Intrarrectal	Estimulación, excitación sexual, euforia, sentimientos de empatía	Dependencia. Síntomas psicóticos. Agitación. Convulsiones, distonías. Toxicidad cardiológica, renal. Síndrome serotoninérgico	Oral. 4 h. Esnifada: 1 h. IV: 45 min
META-ANFETAMINA	Tina, <i>crystal meth</i> , vidrio, tiza, <i>cranck</i> , <i>speed</i> , (<i>sulfato de anfetamina</i>)	Polvo, cristales	Esnifada. Fumada en pipa. Intravenosa. (<i>slam</i>) Intrarrectal	Estimulación, desinhibición, excitación sexual, incremento de confianza y autoestima	Síntomas psicóticos. Hipertensión. Gran capacidad adictiva. Xerostomía y caries	4-12 h.
GHB/GBL	Éxtasis líquido, <i>G, gina, éxtasis líquido, chorri, potes</i>	Líquido transparente, gusto levemente salado	Oral (se bebe a pequeñas dosis)	Sedación, relajación del esfínter anal. Euforia, desinhibición, borrachera, estimulación sexual	Somnolencia, pérdida de control motor (con dosis acumulativas). Coma, muerte. Dependencia. En abstinencia: Convulsiones. <i>Delirium</i> . Síntomas psicóticos. Coma	Hasta 7 h.
NITRITOS DE ALQUILO /BUTILO	<i>Poppers</i>	Líquido volátil	Inhalada	Euforia, deseo de socialización. Excitación y aumento de potencia sexual, sensaciones placenteras prolongadas	Cefalea. Toxicidad retiniana. Hipoxia. Anemia hemolítica	1-2 min.
MDMA	Éxtasis, eme, cristal, x. <i>Sextasy</i> (con sildenafil)	Cristales, polvo o comprimidos	Oral	Estimulación, sentimientos de empatía, aceptación y conexión	Ansiedad. Taquicardia, bruxismo, "golpe de calor". Síntomas afectivos y resaca en días posteriores	6 h.
COCAÍNA	Coca, blanca, <i>farlopa, tema</i>	Polvo blanco	Esnifada Fumada (base)	Activación, excitación sexual, hiper-alerta	Síntomas paranoides y maniformes. Hiperactivación adrenérgica. Vasoespamo e isquemia	45 min.
KETAMINA	Keta, vitamina K, <i>Special K</i>	Polvo, cristales, líquido	Esnifada. Oral Intramuscular Intravenosa (<i>slam</i>)	Estimulación inicial, relajación, empatía, mejora de la percepción. Incremento del umbral del dolor. Disociación	Midriasis. Desrealización. Caídas por pérdida de control motor. Síntomas confusionales/ disociativos. Hepato y nefrotoxicidad	2-3 h.
INHIBIDORES DE LA 5-FOSFODIESTERASA	Sildenafil (Viagra®), vardenafilo (Levitra®) y tadalafilo (Cialis®)	Comprimidos	Oral	Mantenimiento de la erección	Cefalea, dispepsia, diarrea y alteraciones visuales transitorias (tinción azul de la visión). Pérdida de audición. Isquemia coronaria	4-8 h: sildenafil y vardenafilo. 36 h: tadalafilo

Fuente: Adaptado de (29,36)

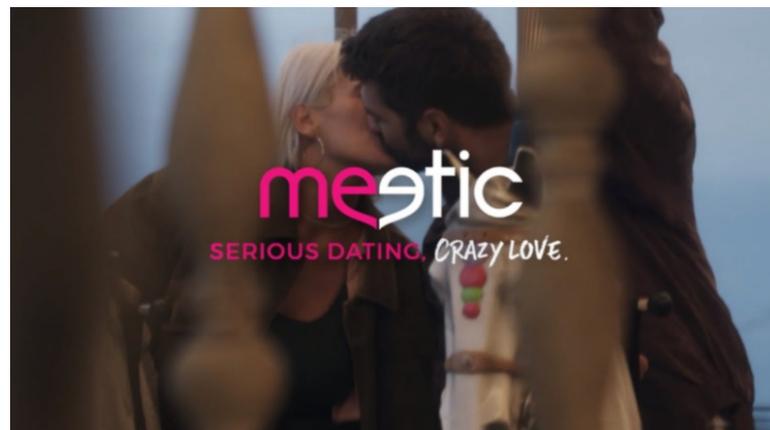


eDarling

REGISTRARSE

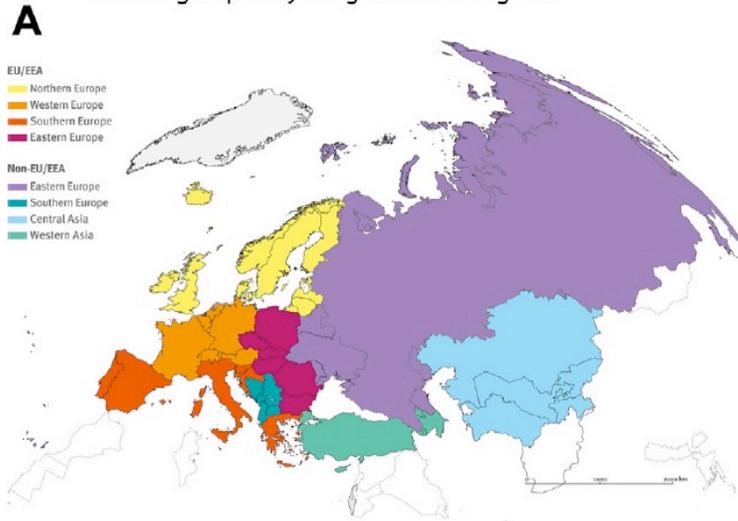
CONTINUAR CON FACEBOOK

INICIAR SESIÓN

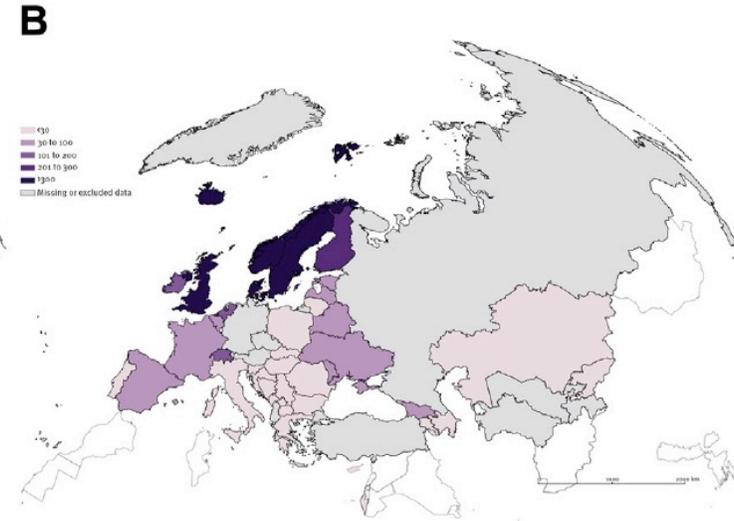


1	 <p>Meetic.es</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meetic Affinity: conocer solteros compatibles • Actividades para solteros • La web de solteros y solteras más recomendada 	9.8 / 10	4'000'000 solteros	 <p>Edad ideal 25-49</p> <p>[Nuestro análisis]</p>	 <p>Visitar web »</p>
2	 <p>Ourtime</p> <ul style="list-style-type: none"> • El registro es gratis y rápido • Ideal para solteros maduros: +50 • Actividades en grupo para conocer solteros cerca de ti 	9.2 / 10	2'000'000 solteros	 <p>Edad ideal 50+</p> <p>[Nuestro análisis]</p>	 <p>Visitar web »</p>
3	 <p>SOLTEROS CON NIVEL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algoritmo de afinidad muy eficiente • Perfiles de alta calidad • Para solteros exigentes de toda España 	8.8 / 10	3'000'000 solteros	 <p>Edad ideal 30+</p> <p>[Nuestro análisis]</p>	 <p>Visitar web »</p>
4	 <p>be2</p> <p>Love. Right. Now.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfiles de calidad en España • Lo mejor para los 40+ • 10 contactos garantizados 	8.1 / 10	3'500'000 solteros	 <p>Edad ideal 40+</p> <p>[Nuestro análisis]</p>	 <p>Visitar web »</p>
5	 <p>ONE NIGHT FRIEND</p> <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de incógnito • 5x más partidos con la fórmula Premium • Salones de chat muy traviosos 	7.7 / 10	400'000 solteros	 <p>Edad ideal 20-40</p> <p>[Nuestro análisis]</p>	 <p>Visitar web »</p>

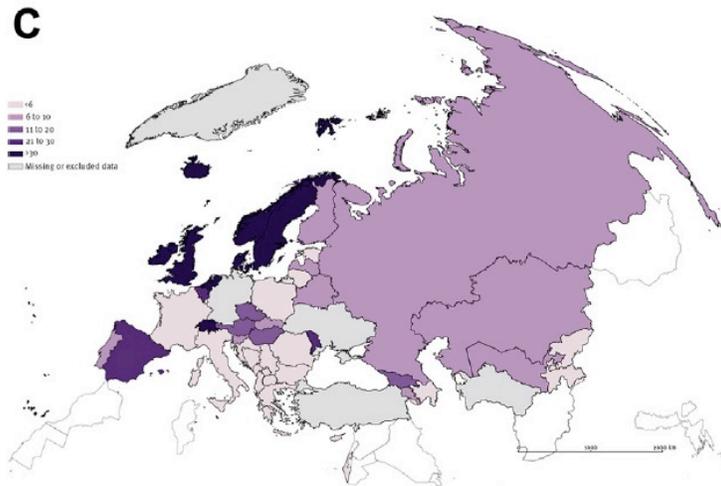
Countries grouped by EU/EEA and non-EU/EEA and subgrouped by UN geoscheme regions



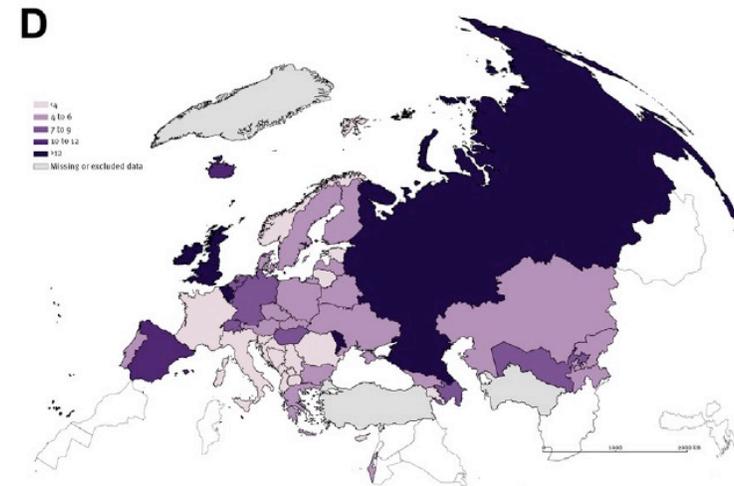
Chlamydia notification rates



Gonorrhoea notification rates



Syphilis notification rates



Sexually Transmitted Infections

Epidemiology and determinants of reemerging bacterial sexually transmitted infections (STIs) and emerging STIs in Europe

Oriol Mitjà,^{a,b,c,p} Valeska Padovese,^{d,p,*} Cinta Folch,^{e,f,g,p} Isotta Rossoni,^h Michael Marks,^{i,j,o} Miquel Angel Rodriguez i Arias,^{a,b} Amalio Telenti,^k Angela Ciuffi,^l Karel Blondeel,^m Otilia Mårdh,^{n,p} and Jordi Casabona^{e,f,g,p}

The Lancet Regional Health - Europe
 2023;34: 100742

Published Online 26
 October 2023

<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100742>

Fig. 1: Geographical areas and case notification rates per 100,000 population of *Chlamydia trachomatis* (CT), *Neisseria gonorrhoeae* (NG), and *Treponema pallidum* (syphilis) infections in the WHO European Region in 2019. Legend. Panel A: Countries grouped by EU/EEA and non-EU/EEA and subgrouped by UN geoscheme regions (including European regions and Central and Western Asia). Panel B: Notification Rates per 100,000 population of *Chlamydia trachomatis* infections. Panel C: Notification Rates per 100,000 population of *Neisseria gonorrhoeae* infections. Panel D: Notification Rates per 100,000 population of *Treponema pallidum* infections. The UK was an EU member state in 2019. Switzerland and the European microstates – Andorra, Monaco, and San Marino – that are part of the WHO European Region but were not EU/EEA members in 2019 were allocated to their respective UN Geoscheme region.

Characteristics of cases in 2021 ^a	Chlamydia	Gonorrhoea	Syphilis
No. of reported cases	184,542	46,723	25,270
No. of reporting countries ^b	27	27	28
Male-to-female ratio	0.9:1	5:1	9:1
Range of national notification rates per 100,000 population	<1-627	2-123	<1 to 32
Distribution by age group (years)			
0-14	0.3%	0.2%	0.1%
15-24	59.6%	27.4%	12.0%
25-34	26.7%	38.6%	31.9%
35-44	8.3%	20.4%	25.8%
45+	5.1%	13.4%	30.1%
Distribution by transmission category			
No. of cases with info available	175,557	42,776	16,497
Heterosexual females	47.6%	16.6%	8.8%
Heterosexual males	31.5%	20.2%	15.2%
Men who have sex with men	19.4%	62.0%	75.4%
Other ^c	1.4%	1.3%	0.6%

The Lancet Regional Health – Europe 2023;34: 100742

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESPAÑA, 2022

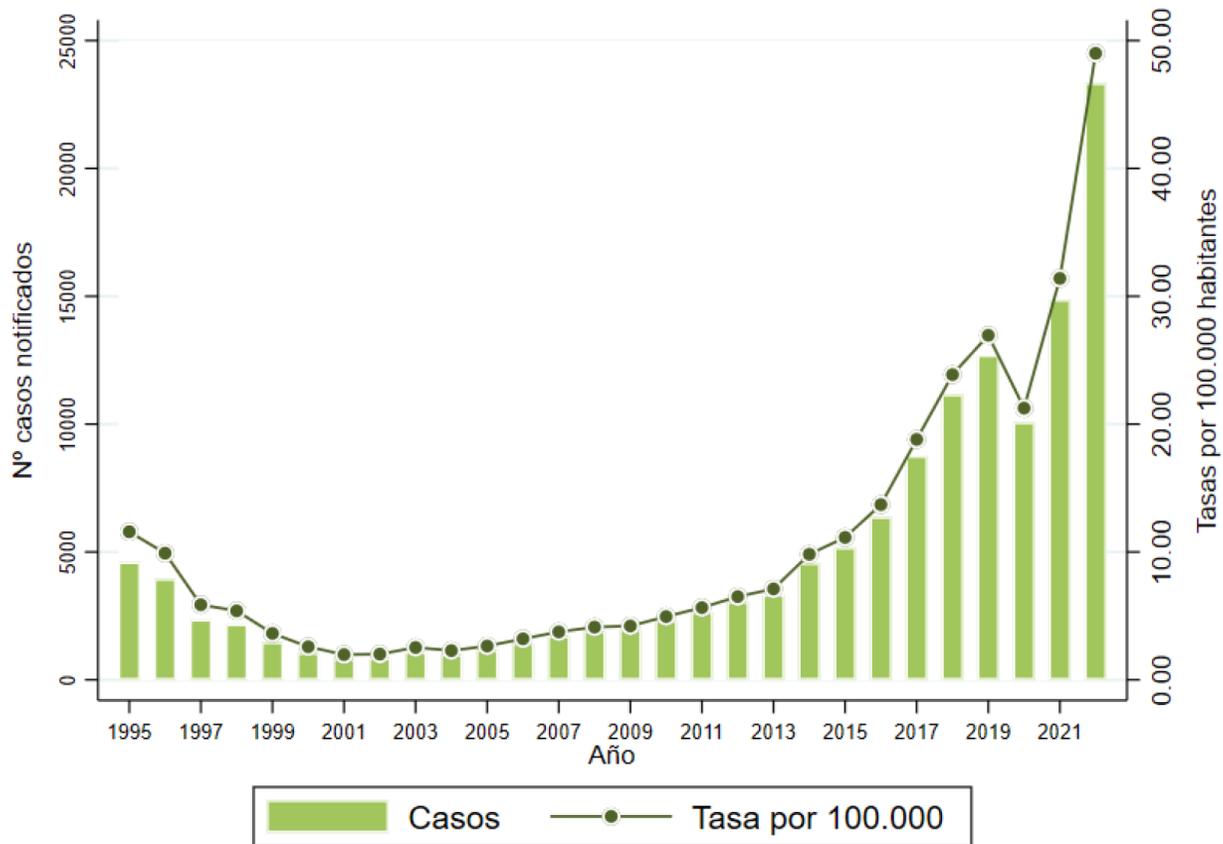
Tabla 10: Situación epidemiológica de la infección gonocócica, sífilis, infección por *C. trachomatis* y LGV. España, 2022

Indicadores	Infección gonocócica	Sífilis	Infección por <i>C. trachomatis</i>	Linfogranuloma venéreo
Nº de CCAA que notifican	19	19	16	14
Número casos notificados	23.333	8.141	26.518	912
Tasa por 100.000 habitantes*	49,00	17,10	62,38	2,29
Razón hombre: mujer	4,0	8,1	1,1	64,1
Porcentaje de hombres	79,9%	89,0%	51,8%	98,5%
Porcentaje de casos en menores de 25 años	28,3%	10,3%	37,6%	7,1%
Tasa entre 20-24 años por 100.000 habitantes*	198,23	27,75	315,68	2,53

*Calculada para el conjunto de Comunidades Autónomas que disponen de sistema de vigilancia y que notificaron en 2022

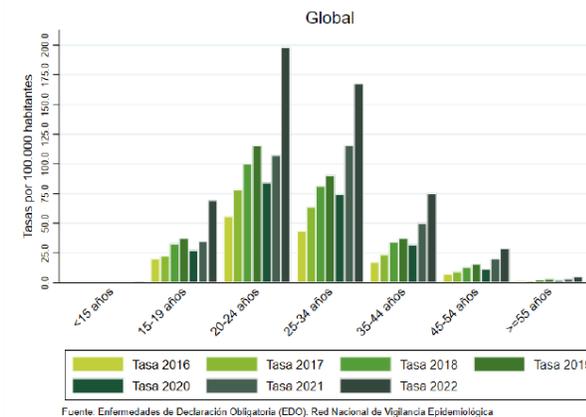
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESPAÑA, 2022

Figura 1. Incidencia de infección gonocócica
Número de casos y tasas por 100.000 hab. España, 1995-2022



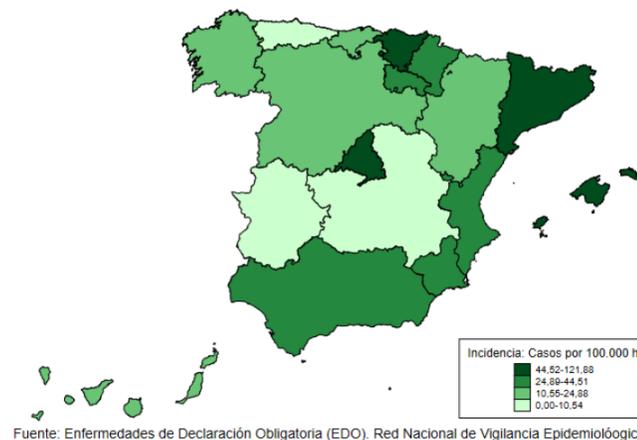
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Figura 6. Infección gonocócica.
Tasas de incidencia por grupos de edad, 2016-2022



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Figura 2. Incidencia de infección gonocócica por Comunidad Autónoma, 2022
Tasas por 100.000 habitantes

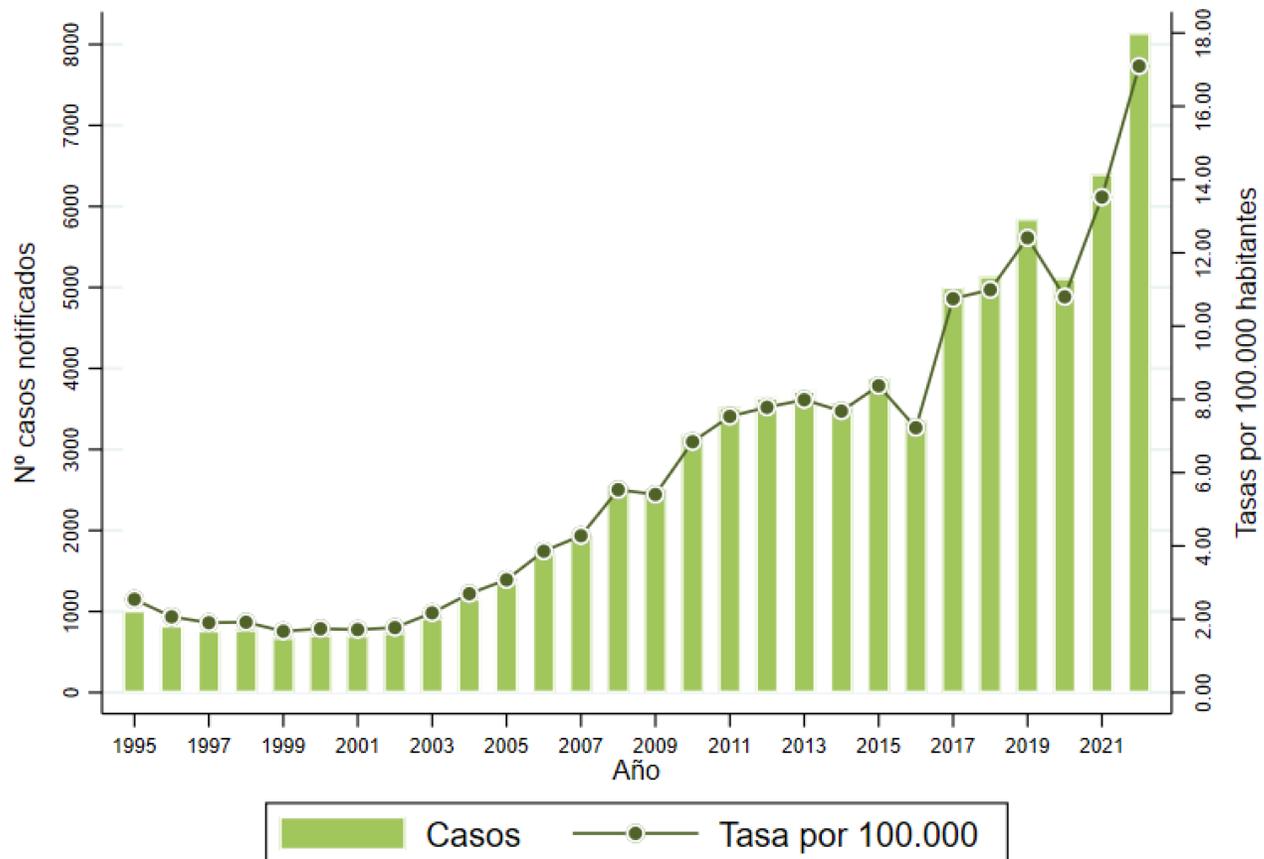


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESPAÑA, 2022

Figura 8. Incidencia de sífilis.

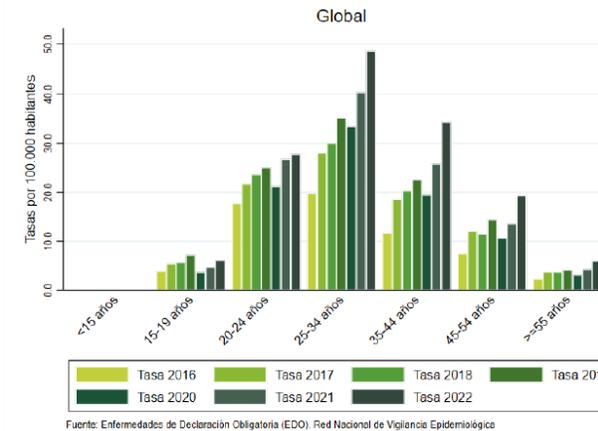
Número de casos y tasas por 100.000 hab. España, 1995-2022



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

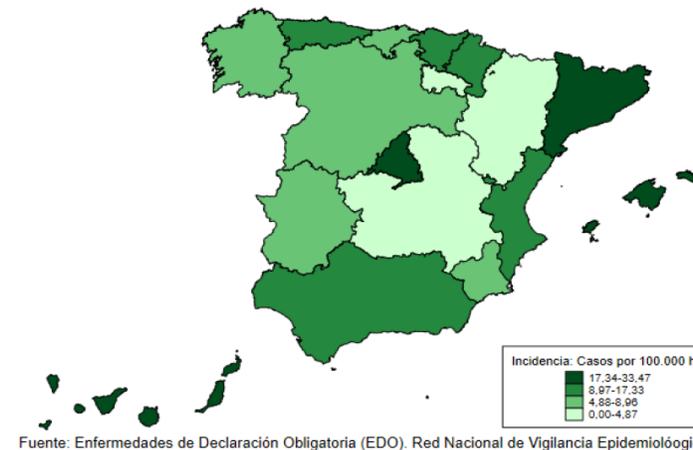
Figura 13. Sífilis

Tasas de incidencia por grupos de edad, 2016-2022



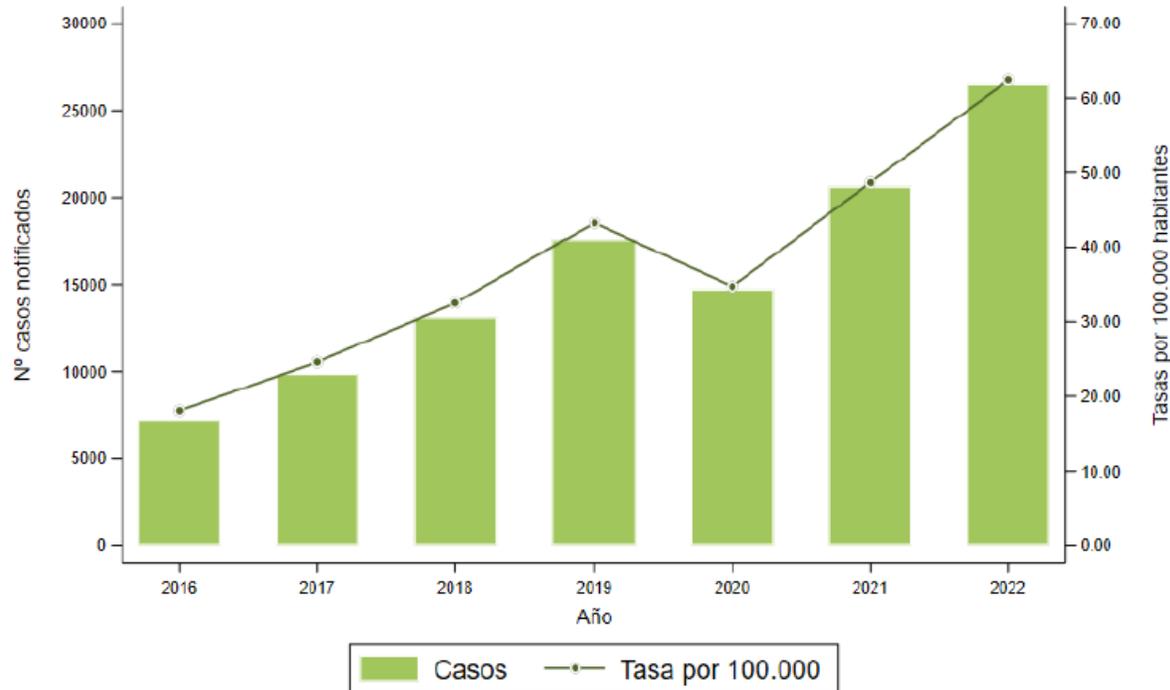
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Figura 9. Incidencia de sífilis por Comunidad Autónoma, 2022
Tasas por 100.000 habitantes



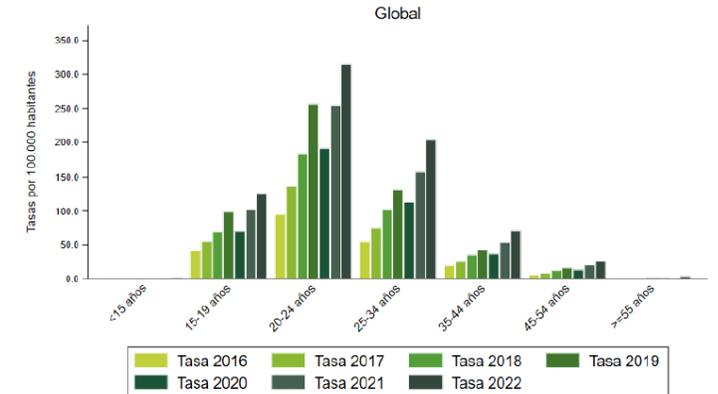
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Figura 15.- Número de casos y tasas por 100.000 habitantes de infección por *Chlamydia trachomatis* en España, 2016-2022



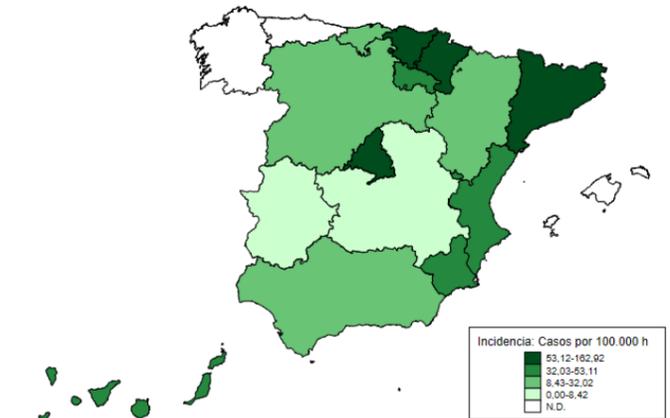
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Figura 20. Infección por *Chlamydia trachomatis*. Tasas de incidencia por grupos de edad, 2016-2022



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

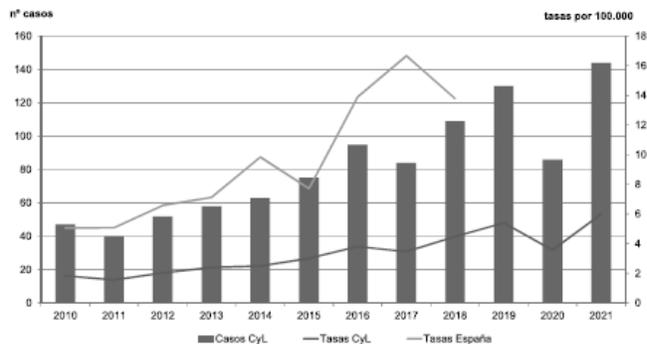
Figura 16. Incidencia de infección por *C. trachomatis* por Comunidad Autónoma, 2022. Tasas por 100.000 habitantes



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

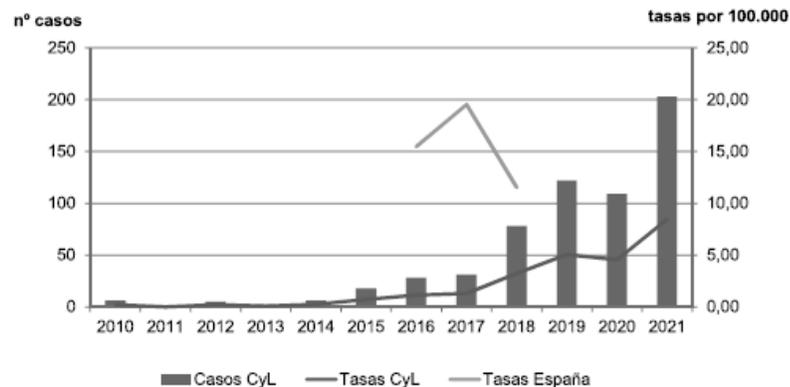
Infección Gonocócica

EVOLUCIÓN DE CASOS Y TASAS EN CASTILLA Y LEÓN Y TASAS ESPAÑOLAS 2010 - 2021



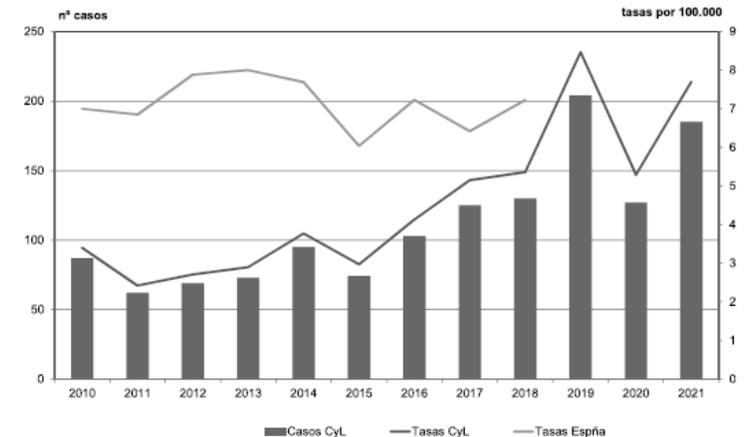
Infección por Chlamydia

EVOLUCIÓN DE CASOS Y TASAS EN CASTILLA Y LEÓN Y TASAS ESPAÑOLAS 2010 - 2021



Sífilis

EVOLUCIÓN DE CASOS Y TASAS EN CASTILLA Y LEÓN Y TASAS ESPAÑOLAS 2010 - 2021

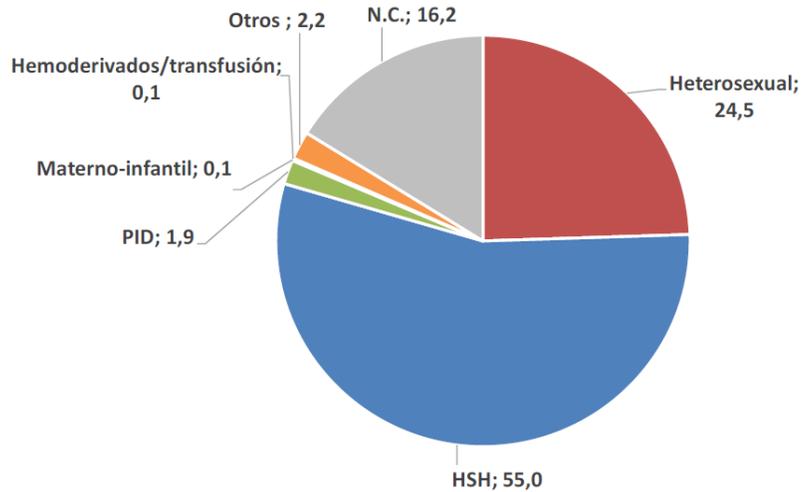


VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH y SIDA EN ESPAÑA 2022



ACTUALIZACIÓN 30 de junio de 2023

Figura 2
Nuevos diagnósticos de VIH. Modo de transmisión España, año 2022. Datos no corregidos por retraso de notificación.



n= 2.956

PID: Personas que se inyectan drogas; HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; NC: No consta

Tabla 1: Nuevos diagnósticos de infección por el VIH: número de casos y tasa 100.000 habitantes. España. Años 2003-2022. Datos no corregidos por retraso en la notificación

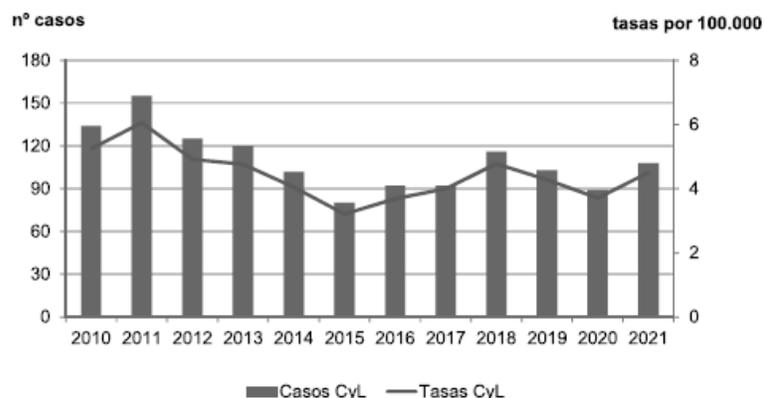
CCAA de notificación	Año de diagnóstico																				TOTAL	
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
BALEARES	142	142	154	189	147	209	189	186	160	178	173	143	154	165	166	127	122	122	124	103	3.095	
CANARIAS	197	225	249	292	312	356	281	278	261	305	309	379	274	319	307	273	230	185	213	193	5.438	
CATALUÑA	771	810	758	795	811	819	786	888	872	862	854	732	746	700	717	693	631	362	325	365	14.297	
CEUTA	1	5	6	3	1	2	0	1	1	1	3	9	5	1	1	1	0	0	3	0	44	
EXTREMADURA	47	45	37	44	41	58	62	50	66	68	65	54	48	44	46	29	38	8	22	15	887	
NAVARRA	35	37	33	33	35	28	38	40	32	32	48	49	46	36	42	46	49	32	34	37	762	
PAIS VASCO	183	148	157	154	178	200	207	197	176	162	142	155	151	157	133	169	147	105	119	126	3.166	
LA RIOJA	39	29	32	28	26	20	22	28	19	15	26	13	21	21	18	28	21	16	16	24	462	
ASTURIAS	96	113	87	81	84	122	102	108	87	78	60	73	69	66	82	71	65	49	48	58	1.599	
GALICIA		211	211	212	215	213	220	174	188	225	190	185	162	131	123	119	153	105	129	109	3.275	
MADRID					1062	1330	1300	1323	1214	1114	1026	1141	1007	1107	1050	931	905	678	610	494	16.292	
ARAGON						101	108	119	97	105	103	102	101	118	114	112	131	95	101	91	1.598	
MELILLA						3	2	1	4	5	6	0	4	3	2	2	2	1	1	3	39	
CASTILLA LA MANCHA						107	106	121	94	92	106	92	108	85	95	85	59	44	49	31	1.274	
CASTILLA Y LEON								168	143	172	143	134	119	99	98	98	121	99	86	111	1.690	
CANTABRIA								53	58	46	39	47	35	65	41	40	31	16	14	10	532	
MURCIA								116	132	120	101	94	104	116	106	126	121	134	79	96	1.538	
COM.VALENCIANA											433	350	348	472	476	431	504	363	472	523	4.722	
ANDALUCIA												642	754	763	694	648	625	573	499	501	555	6.254
TOTAL	1.511	1.765	1.724	1.831	2.912	3.568	3.760	3.847	3.609	3.958	4.378	4.489	4.287	4.364	4.284	4.015	3.879	2.843	2.984	2.956	66.964	
Tasa por 100.000 hab	10,44	10,13	9,73	10,19	11,92	12,61	11,35	11,56	10,81	10,31	9,40	9,66	9,24	9,40	9,21	8,59	8,23	6,00	6,31	6,23		

2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
4.287	4.364	4.284	4.015	3.879	2.843	2.984	2.956

Nuevas infecciones por VIH
CASOS Y TASAS POR PROVINCIA Y AÑO. CASTILLA Y LEÓN 2018 - 2021

	2018		2019		2020		2021	
	casos	tasas	casos	tasas	casos	tasas	casos	tasas
Ávila	9	5,60	4	2,52	1	0,63	4	2,52
Burgos	23	6,42	19	5,32	10	2,81	30	8,43
León	12	2,56	12	2,59	26	5,66	30	6,53
Palencia	5	3,06	6	3,70	8	5,00	2	1,25
Salamanca	20	6,00	11	3,32	9	2,72	7	2,11
Segovia	2	1,30	8	5,22	7	4,54	6	3,89
Soria	9	10,12	5	5,64	2	2,22	4	4,45
Valladolid	32	6,14	32	6,16	21	4,03	19	3,65
Zamora	4	2,25	6	3,44	5	2,91	6	3,50
Castilla y León	116	4,78	103	4,28	89	3,71	108	4,50

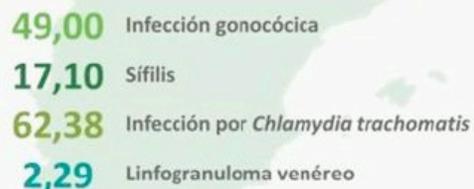
Nuevas infecciones por VIH
EVOLUCIÓN DE CASOS Y TASAS EN CASTILLA Y LEÓN 2010 - 2021



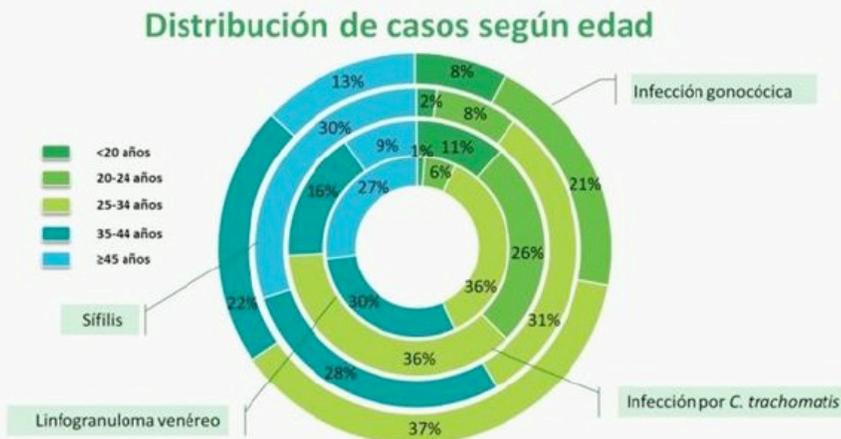


SITUACION DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, ESPAÑA 2022

Tasa por 100,000 habitantes



Porcentaje según sexo



Porcentaje anual de cambio en las tasas según año



PUNTOS CLAVE

- Continuo incremento en las tasas
- Mayor afectación en hombres
- Importantes diferencia según edad

Unidad de vigilancia de VIH, ITS, hepatitis B y C. Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual en España, 2022. Madrid: 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



#PlanPrevenciónControlVIHeITS

Objetivo 1: **Prevenir** nuevas infecciones de **VIH** y otras **ITS**



RECORDAR BINOMIO VIH-ITS!!!

- Poblaciones de riesgo y Mecanismos de transmisión similares.
- Lesiones ulcerativas facilitan la transmisión. Sífilis, herpes genital...
- Prevención compartida.

SIEMPRE PENSAR EN LAS DOS POSIBILIDADES

ASINTOMÁTICOS

Población de mayor riesgo.

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



22/48

**DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN
ADULTOS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
(Marzo 2017)**



Partners
Are you currently having sex of any kind?
What is the gender(s) of your partner(s)?
Practices
To understand any risks for STIs, I need to ask more specific questions about the kind of sex you have had recently.
What kind of sexual contact do you have or have you had?
<ul style="list-style-type: none">Do you have vaginal sex, meaning "penis in vagina" sex?Do you have anal sex, meaning "penis in rectum/anus" sex?Do you have oral sex, meaning "mouth on penis/vagina"?
Protection from STIs
Do you and your partner(s) discuss prevention of STIs and HIV?
Do you and your partner(s) discuss getting tested?
For condoms:
<ul style="list-style-type: none">What protection methods do you use? In what situations do you use condoms?
Past history of STIs
Have you ever been tested for STIs and HIV?
Have you ever been diagnosed with an STI in the past?
Have any of your partners had an STI?
Additional questions for identifying HIV and viral hepatitis risk:
<ul style="list-style-type: none">Have you or any of your partner(s) ever injected drugs?Is there anything about your sexual health that you have questions about?
Pregnancy intention
Do you think you would like to have (more) children in the future?
How important is it to you to prevent pregnancy (until then)?
Are you or your partner using contraception or practicing any form of birth control?
Would you like to talk about ways to prevent pregnancy?

STI: sexually transmitted infection.

Adapted from: Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021; 70:3.

Las 5 "P"

- Parejas.

- Prácticas sexuales.

- Protección.

- Pasado-historial previo.

- Prevención embarazo.

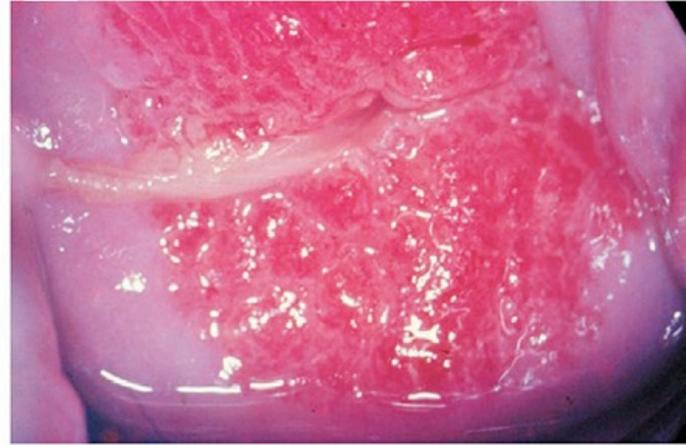
A *Neisseria gonorrhoeae* urethritis**B** *Mycoplasma genitalium* urethritis**C** Primary syphilis chancre**D** *Neisseria gonorrhoeae* cervicitis**E** *Mycoplasma genitalium* cervicitis**F** Secondary syphilis lesions around the vulva

Fig. 1: Common Clinical Presentation of Bacterial Sexually Transmitted Infections in male and female patients. Legend: (A) White - yellowish discharge characteristic of gonorrhea. (B) Image of urethritis caused by *Mycoplasma genitalium* infection with redness and inflammation in the meatus of the urethra and presence of transparent exudate. (C) Syphilis primary chancre on the glans of the penis. (D) Speculum exam shows a process of endocervicitis with purulent content. (E) Friability and congestion in a patient with *Mycoplasma genitalium* cervicitis. (F) Multiple secondary syphilis lesions around the vulva and inguinal area. Photo credits: Irene Fuertes (A-C), Marti Vall-Mayans (F). Photos D and E, used with permission of the editor were adapted from 'Atlas of Sexually Transmitted Diseases: Clinical Aspects and Differential Diagnosis' available at <https://doi.org/10.1007/978-3-319-57470-7>.

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), *Trichomonas vaginalis*, Adenovirus o VHS. Últimos metaanálisis 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*.
- Uretritis: disuria + secreción.
- Cervicitis con frecuencia asintomáticas.
- El tratamiento sintromico se aconseja en la primera visita en pacientes en los que no se pueda asegurar el seguimiento.

Proctitis, Colitis y Enteritis.

Entre los **agentes etiológicos**¹ destacamos:

Proctitis	Proctocolitis	Enteritis
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (NG) • <i>Chlamydia trachomatis</i> (CT) genotipo D-K, L1-L3 (LGV) • <i>Virus herpes simple I y II</i> • <i>Treponema pallidum</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Shigella spp</i> • <i>Campylobacter jejuni</i> • <i>Salmonella spp</i> • <i>Clostridium difficile</i> • <i>Entamoeba histolytica</i> • <i>Cryptosporidium spp</i> • <i>Citomegalovirus (CMV)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Giardia lamblia</i> • <i>Cryptosporidium spp</i> • <i>Microsporidia</i>

Tabla 6. Etiología y características de exudado vaginal de vulvovaginitis

Entidad Clínica	Microorganismo Implicado	Tipo de Exudado Vaginal
Vaginosis bacteriana	<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Prevotella</i> spp, <i>Porphyromonas</i> spp, <i>Bacteroides</i> spp, <i>Peptostreptococcus</i> spp, <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Mobiluncus</i> spp <i>Fusobacterium</i> spp, <i>Atopobium vaginae</i>	Moderado, blanco-grisáceo, homogéneo adherente, maloliente
Candidiasis	<i>Candida albicans</i> . Candida no albicans: <i>C. tropicalis</i> , <i>C. glabrata</i> , <i>C. krusei</i> , <i>C. parapsylosis</i> , <i>C. kefyr</i> , <i>C. lusitaniae</i>	Escaso-moderado , blanco-grisáceo, grumoso, inoloro
Tricomonirosis	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Aumentado, amarillo-verdoso o espumoso, maloliente

Tabla 10. Pruebas diagnósticas de las principales infecciones ulcerativas

	Herpes	Sífilis	Chancroide	LGV	Granuloma Inguinal
Observación directa	Preparación de Tzanck. IFD	Microscopía de campo oscuro. IFD.	Tinción de gram del exudado con típico agrupamiento en cadenas del <i>H. ducreyi</i>	IFD: No es útil.	Identificación de los cuerpos de Donovan en el interior de los fagocitos
Cultivo	Medios específicos para virus	<i>T. pallidum</i> no se puede cultivar.	Cultivo en medios específicos no comerciales	No es útil: Difícil y poco sensible.	Muy difícil de cultivar.
PCR¹¹	Se pueden utilizar incluso pasados 5 días.	No disponible de forma rutinaria.	No disponible de forma rutinaria.	Técnica de elección.	Poco desarrollada.
Serología	Utilidad limitada en las recidivas	Pruebas treponémicas y no treponémicas.	No disponible.	Aumento del título en dos determinaciones seriadas o	No disponible

¿Qué microorganismos detectamos ?

- PCR múltiple para detección de *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*
- Detección de *Neisseria gonorrhoeae* y *Trichomonas vaginalis* mediante cultivo (Sensibilidad muy inferior) y de *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum* (galerías-microdilución)
- Para la detección de Linfogranuloma venéreo (LGV) se envían las muestras rectales positivas para CT, sugestivas de LGV al Centro Nacional de Referencia para realización de PCR específica

¿Qué microorganismos detectamos ?

- Diagnóstico de sífilis mediante técnicas serológicas
- Detección de virus herpéticos mediante PCR múltiple

¿En qué tipos de muestras?

- Muestras genitales (exudado endocervical, exudado vaginal, exudado uretral, úlcera genital), orina (PCR), frotis rectal, exudado faringoamigdalares (PCR)
- Para cultivo convencional enviar torunda con medio de transporte
- Para PCR enviar muestra en medio de transporte de virus, o en su defecto, una torunda seca.

¿Cómo recoger las muestras?

- Para un diagnóstico completo muestra genital (cultivo de bacterias - incluyendo *Mycoplasma* y *Ureaplasma*-, levaduras, tinción de Gram y diagnóstico molecular -PCR- de infecciones de transmisión sexual) se requieren: 2 torundas estériles con medio de transporte de Amies (tapón azul) y 1 torunda estéril con medio de transporte viral (en su defecto, 1 torunda estéril seca, -sin medio-)



Torunda con medio
(tapón azul)



Torunda con medio de
transporte de virus



Medio de transporte
de virus



Torunda seca (tapón
rojo)



Torunda fina ex. Uretral
(tapón rojo)

EXUDADO VAGINAL	2 torundas medio <u>Amies</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Cultivo bacteriano/levaduras • Tinción Gram • <u>Roiron</u>
EXUDADO ENDOCERVICAL	2 torundas medio <u>Amies</u> + 1 torunda medio virus (en su defecto, torunda seca)	<ul style="list-style-type: none"> • Cultivo bacteriano/levaduras • Cultivo <u>Mycoplasma/Ureaplasma</u> • Tinción Gram • Diagnóstico molecular ITS
EXUDADO URETRAL	2 torundas medio <u>Amies</u> + 1 torunda medio virus (en su defecto, torunda seca)	<ul style="list-style-type: none"> • Cultivo bacteriano/levaduras • Cultivo <u>Mycoplasma/Ureaplasma</u> • Tinción Gram • Diagnóstico molecular ITS
EXUDADO BALANOPREPUCIAL	1 torunda medio <u>Amies</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Cultivo bacteriano • Cultivo hongos
ÚLCER GENITAL	1 torunda medio virus (en su defecto, torunda seca)	<ul style="list-style-type: none"> • Cultivo bacteriano • PCR herpes virus • LGV bajo petición
FROTIS FARÍNGEO	1 torundas medio <u>Amies</u> + 1 torunda medio virus (en su defecto, torunda seca)	<ul style="list-style-type: none"> • Cultivo <u>Neisseria gonorrhoeae</u> • Diagnóstico molecular ITS
FROTIS RECTAL/ANAL	1 torundas medio <u>Amies</u> + 1 torunda medio virus (en su defecto, torunda seca)	<ul style="list-style-type: none"> • Cultivo <u>Neisseria gonorrhoeae</u> • Diagnóstico molecular ITS

y... “esto que me pasa”...¿a quién se lo tengo que decir?

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

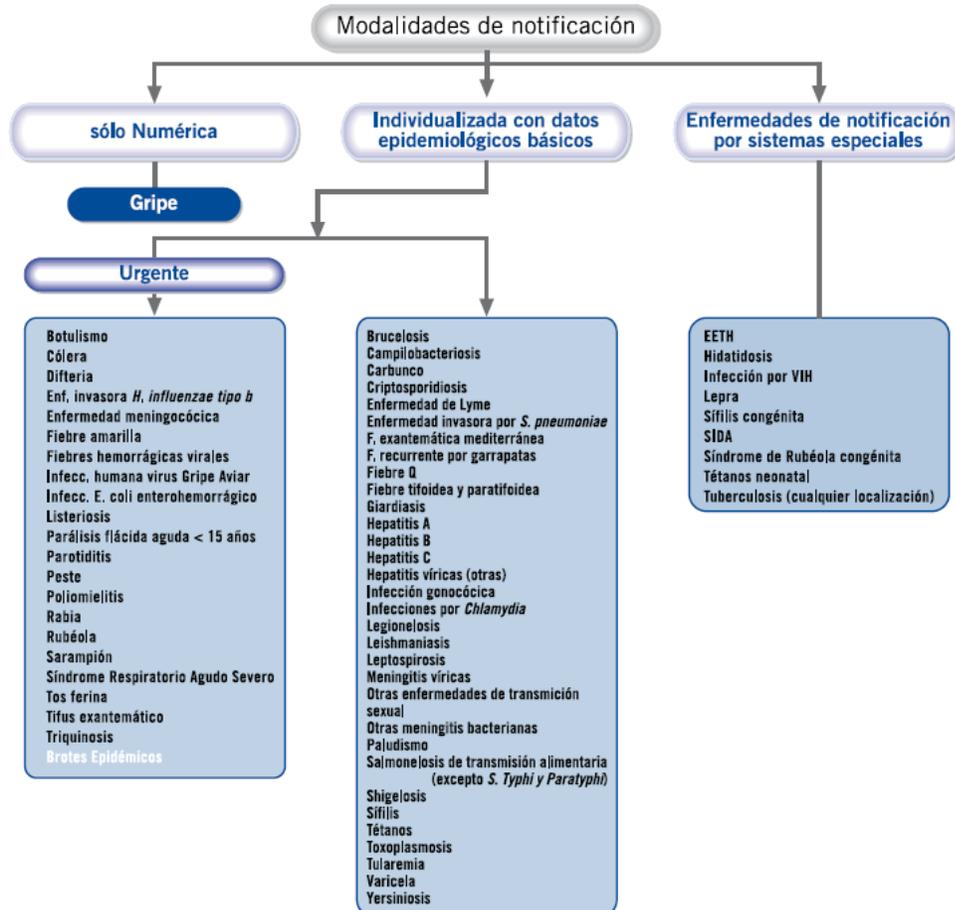
Infección/síndrome	Periodos de tiempo recomendados para la notificación a contactos (desde la fecha de inicio de síntomas o, si el caso índice es asintomático, desde la fecha de diagnóstico)	Tratamiento epidemiológico (tratamiento del contacto antes de obtener el resultado del laboratorio)
<i>Chlamydia trachomatis</i> (incluido LGV)	Varón con clínica: 1 mes, previo al inicio de los síntomas <ul style="list-style-type: none"> • Resto de casos índice (varones asintomáticos o con clínica en localización diferente de la uretra; todas las mujeres): 6 meses • Se desconoce la duración de portadores asintomáticos 	Si
Gonorrea	<ul style="list-style-type: none"> • Varón con clínica: 2 semanas. previo al inicio de los síntomas • Resto de casos índice: 3 meses 	Si
Uretritis inespecífica	<ul style="list-style-type: none"> • Varón con clínica: 1 mes, previo al inicio de los síntomas 	
<i>Trichomonas vaginalis</i>	1 mes (en la mayoría de los varones la infección se resuelve espontáneamente en 2 semanas)	Si
Sífilis precoz: <ul style="list-style-type: none"> ○ Primaria ○ Secundaria ○ 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	Si, particularmente cuando no se puede garantizar el seguimiento serológico

Y además:

INFRADECLARACIÓN

35/48

SISTEMA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA MODALIDADES DE NOTIFICACIÓN



VIH-Sida
Sífilis y sífilis congénita
Gonococo
Meningococo
Chlamydia
Hepatitis A, B y C.

Oportunidad para medidas preventivas y educación sexual.

*Infecciones de Transmisión Sexual. Donde estamos
y ¿a dónde vamos?*



What is the role of sexual health services in the delivery of primary prevention of sexually transmitted infections? A narrative review

Danielle Jayes¹, Rachel Merrick², Caisey Pulford², Erna Buitendam², Hamish Mohammed³, John Saunders³

37/48

Table 1: Public health prevention levels for prevention of sexually transmitted infections (STI)

Prevention level	Definition	Example
Primary	Preventing the acquisition of STIs	Education and advice, awareness raising, campaigns, condom promotion and provision, needle and syringe exchange, antibiotic prophylaxis, vaccination
Secondary	Reducing the severity of STIs and decreasing opportunities for transmission	STI testing and treatment, partner notification and management
Tertiary	Improving the quality of life for people with chronic STIs	Antiviral treatment of chronic hepatitis B, Herpes simplex virus, reducing STI related stigma

CALENDARIO DE VACUNACIONES E INMUNIZACIONES PARA TODA LA VIDA 2024

CASTILLA Y LEÓN

ORDEN SAN/68/2024, de 31 de enero de 2024, por la que se aprueba el Calendario de Vacunaciones e Inmunizaciones Sistemáticas a lo largo de la vida de las personas para la comunidad de Castilla y León.

	Prenatal	0 meses	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	11 meses	12 meses	15 meses	23 meses	2 años	3 años	4 años	6 años	12 años	14 años	15-59 años*	60-64 años*	65 años*	80 años	>65 años*		
Virus respiratorio sincitial (VRS)		AcVRS ¹																						
Rotavirus			RV	RV	(RV) ²																			
Hepatitis B			HB ³		HB			HB																
Difteria, tétanos y tosferina	dTpa ⁴		DTPa		DTPa			DTPa							DTPa		Td				Td			
Poliomielitis			VPI		VPI			VPI							VPI									
Haemophilus influenzae tipo b			Hib		Hib			Hib																
Neumococo			VNC 15 ⁵		VNC 15 ⁵			VNC 15 ⁵															VNC20 ⁶	
Meningococo B			Men B		Men B			Men B																
Meningococo ACYW					Men ACYW ⁷			Men ACYW								Men ACYW								
Sarampión-rubeola-parotiditis								SRP						SRP										
Varicela										VVZ				VVZ										
Virus papiloma humano																							VPH9 ⁹	
Gripe		VIG ¹⁰									VIG ¹¹			VVAG ¹¹									VIG ¹¹	
COVID 19		COVID ¹²																					COVID ¹²	
Herpes zóster																							HZ/su ¹³ HZ/su ¹³	

Y vacuna VHA

AcVRS: anticuerpo monoclonal frente a virus respiratorio sincitial; RV: rotavirus; HB: hepatitis B; dTpa: difteria, tétanos y tosferina de baja carga antigénica; DTPa: difteria, tétanos y tosferina de alta carga antigénica; Td: tétanos y difteria; VPI: vacuna frente a polio inactivada; Hib: Vacuna conjugada frente al Haemophilus influenzae tipo b; VNC15: vacuna frente a neumococo conjugada con 15 serotipos; VNC20: vacuna frente a neumococo conjugada 20 serotipos; MenACWY: vacuna frente a meningococos ACWY; MenB: vacuna frente a meningococo B; SRP: vacuna frente a sarampión, rubeola y parotiditis; VVZ: vacuna frente a virus varicela zóster; VPH9: vacuna frente a virus papiloma humano 9 genotipos; VIG: vacuna inactivada frente a gripe; VVAG: vacuna viva atenuada frente a gripe (intranasal); COVID: vacuna frente a la COVID 19; HZ/su: vacuna de subunidades frente a herpes zóster.

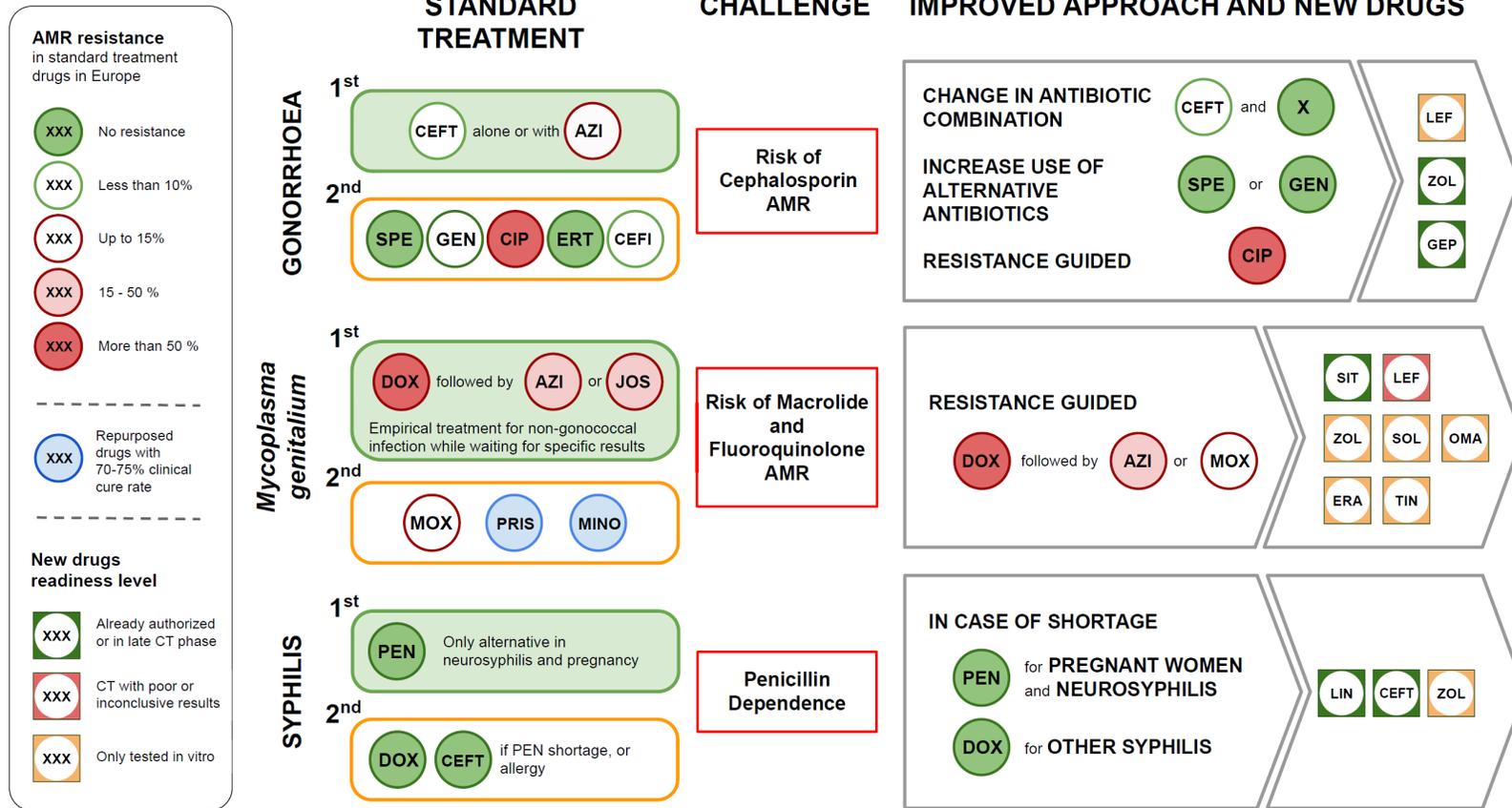


- AcVRS: Inmunización frente a virus respiratorio sincitial con AcVRS en personas nacidas desde el 1 de abril del año en curso al 31 de marzo del año siguiente, en su primera temporada de VRS.
- RV: Pauta de dos o tres dosis en función de la vacuna administrada.
- HB: En hijos de madres portadoras de Ag HBs se administrará vacuna frente a HB monovalente en las primeras 24 horas de vida junto con inmunoglobulina específica HB. En estos niños, la pauta resultante es de 4 dosis: 0, 2, 4 y 11 meses de edad.
- dTpa: En cada embarazo a partir de la semana 27 de gestación, preferentemente en la semana 27 o 28.
- VNC15: VNC frente a 15 serotipos en sustitución de VNC13. Personas nacidas a partir del 1 de enero de 2024. Se aplica a partir del 1 de marzo de 2024.
- VNC20: A los 65 años, en personas nacidas a partir del 1 de enero de 1958 y que no hayan recibido previamente la VNC13. La población mayor de 65 años que no haya sido previamente vacunada con VNC13 se podrá vacunar con VNC20 de forma oportunista, priorizando la vacunación de las personas nacidas a partir del año 1951, cohorte con la que se inició la vacunación con VNC13 en Castilla y León.
- MenACWY: Vacuna Men ACWY a los 4 meses en sustitución de MenC. Personas nacidas a partir del 1 de enero de 2024. Se aplica a partir del 1 de mayo de 2024.
- VVZ: Solo en personas que refieren no haber pasado la enfermedad y no haber sido vacunadas con anterioridad. Pauta de dos dosis separadas por un intervalo mínimo de 8 semanas.
- VPH9: Pauta de dos dosis separadas por un intervalo mínimo de 6 meses. Las mujeres nacidas a partir de 1994 y los varones nacidos a partir del 1 de enero de 2011, no vacunados previamente, podrán recibir la pauta adecuada para su edad.
- GRPE prenatal: En temporada de gripe se vacunará a embarazadas en cualquier trimestre de la gestación.
- GRPE: Administración anual en campaña. En población sana, se administrará una única dosis independientemente de la edad (consultar instrucción específica).
- COVID: Según recomendaciones de la Estrategia de vacunación frente a COVID 19 vigente en cada momento.
- HZ/su: Pauta de dos dosis separadas por un intervalo mínimo de 8 semanas. A los 65 años (cohortes 1957, 1958 y 1959) y a los 80 años (cohorte 1944).



* A partir de los 15 años, se aprovechará el contacto de personas de cualquier edad con los servicios sanitarios, incluyendo los servicios de prevención de riesgos laborales, para revisar el estado de vacunación y aplicar pautas correctoras en caso necesario.

Treatment of bacterial sexually transmitted infections in Europe: gonorrhoea, *Mycoplasma genitalium*, and syphilis



The Lancet Regional Health - Europe 2023;34: 100737

Fig. 2: Summary Figure. Legend. CEFT, Ceftriaxone; AZI, Azithromycin; SPE, Spectinomycin; GEN, Gentamicin; CIP, Ciprofloxacin; ERT, Ertapenem; CEFI, Cefixime; JOS, Josamycin; MOX, Moxifloxacin; PRIS, Pristinamycin; MINO, Minocycline; LEF, Lefamulin; ZOL, Zoliflodacin; GEP, Gepotidacin; SIT, Sitafoxacin, SOL, Solithromycin; OMA, Omadacycline; ERA, Eravacycline; TIN, Tinidazole; LIN, Linezolid; CT, Clinical Trial; AMR, Antimicrobial resistance.

Pathogen	Traditional Transmission Mechanism	Sexual Transmission Mechanisms	Groups at increased risk of sexual acquisition	Frequency
Mpox	Zoonotic transmission	Direct contact with lesions, body fluids	Men who have sex with men	2022 pandemic
Hepatitis A	Faeco-oral transmission	Oral-anal sex	Men who have sex with men	Periodic outbreaks
Hepatitis B	Percutaneous or permucosal contact with body fluids	Unprotected sex in unvaccinated individuals	Sexually active heterosexual individuals and men who have sex with men	Ongoing transmission
Hepatitis C	Specific sexual practices (i.e., fisting), injecting drug use, contaminated blood products	High-risk anal sex involving contact with blood	Men who have sex with men	Ongoing transmission
Hepatitis D	Injecting drug use, contaminated blood products	High-risk anal sex involving contact with blood. Super-infection in chronic hepatitis B or simultaneous co-infection with hepatitis B	Men who have sex with men and sex-workers	Ongoing transmission
Shigella	Faeco-oral transmission	Oral-anal sex	Men who have sex with men	Ongoing transmission
Zika	Aedes mosquito bite	Transmission via genital fluids	Partners of individuals contracting Zika, including travel-related	Sporadic case reports
Ebola	Contact with infected body fluids	Transmission via genital fluids	Partners of individuals contracting Ebola	Sporadic case reports
LGV	Sexual contact with infected individuals in the tropics	Sexual contact in temperate climates	Men who have sex with men, core groups	Ongoing

Table 3: Emergent Sexually Transmissible Pathogens in Europe.

The Lancet Regional Health – Europe 2023;34: 100742

¿Qué es la Profilaxis Preexposición frente al VIH?

Probablemente la conocerás como "PrEP" (su abreviatura en inglés)

Es una estrategia para prevenir la infección por el VIH, que consiste en tomar un medicamento llamado Truvada® de forma diaria.



1 PASTILLA AL DÍA



Profilaxis

↳ tratamiento para prevenir o controlar la transmisión de una infección.

Pre

↳ antes (previo)

Exposición

↳ contacto de riesgo con personas con infección por el VIH.

La PrEP puede ayudar a disminuir el riesgo de infección por el VIH, a personas con elevado riesgo de contraerla, antes de su exposición.

La PrEP es una medicación bajo prescripción médica especializada. Truvada® es uno de los fármacos utilizados para tratar el VIH. Consulte a su médico para saber si la PrEP es una estrategia de prevención adecuada para Ud.



Tiene una alta eficacia cuando se cumplen estrictamente las indicaciones médicas, se toma diariamente, se realizan las visitas de seguimiento y se combina con otras medidas de prevención, como el uso del preservativo o los cuadrantes de látex.

RECUERDE: la PrEP no elimina completamente el riesgo de transmisión del VIH, ni previene la transmisión de otras infecciones de transmisión sexual. Por ello, se **RECOMIENDA** utilizar siempre preservativo

Efectos secundarios leves:

En algunas personas pueden aparecer trastornos leves como malestar estomacal, náuseas o falta de apetito, que generalmente desaparecen en el primer mes. Si estos síntomas no desaparecen o se agravan, deberá acudir al médico.

Antes de iniciar la PrEP es preciso comprobar el buen funcionamiento renal.



900 111 000



Plan Nacional sobre el Sida

■ HSH y personas transgénero que presenten al menos dos de los siguientes criterios:

- Más de 10 parejas sexuales diferentes en el último año.
- Práctica de sexo anal sin preservativo en el último año.
- Uso de drogas relacionado con el mantenimiento de relaciones sexuales sin preservativo en el último año.
- Administración de profilaxis post-exposición en varias ocasiones en el último año.
- Al menos una ITS bacteriana en el último año.

■ Mujeres en situación de prostitución que refieran un uso no habitual del preservativo.

■ Mujeres y hombres cis, que refieran un uso no habitual del preservativo y que presenten al menos dos de los mismos criterios que en HSH y personas transgénero.

■ Usuarios de drogas inyectadas con prácticas de inyección no seguras.

RECOMENDACIONES SOBRE LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH EN ESPAÑA

ACTUALIZACIÓN ENERO 2023

Postexposure Doxycycline to Prevent Bacterial Sexually Transmitted Infections

N Engl J Med 2023;388:1296-306.
DOI: 10.1056/NEJMoa2211934

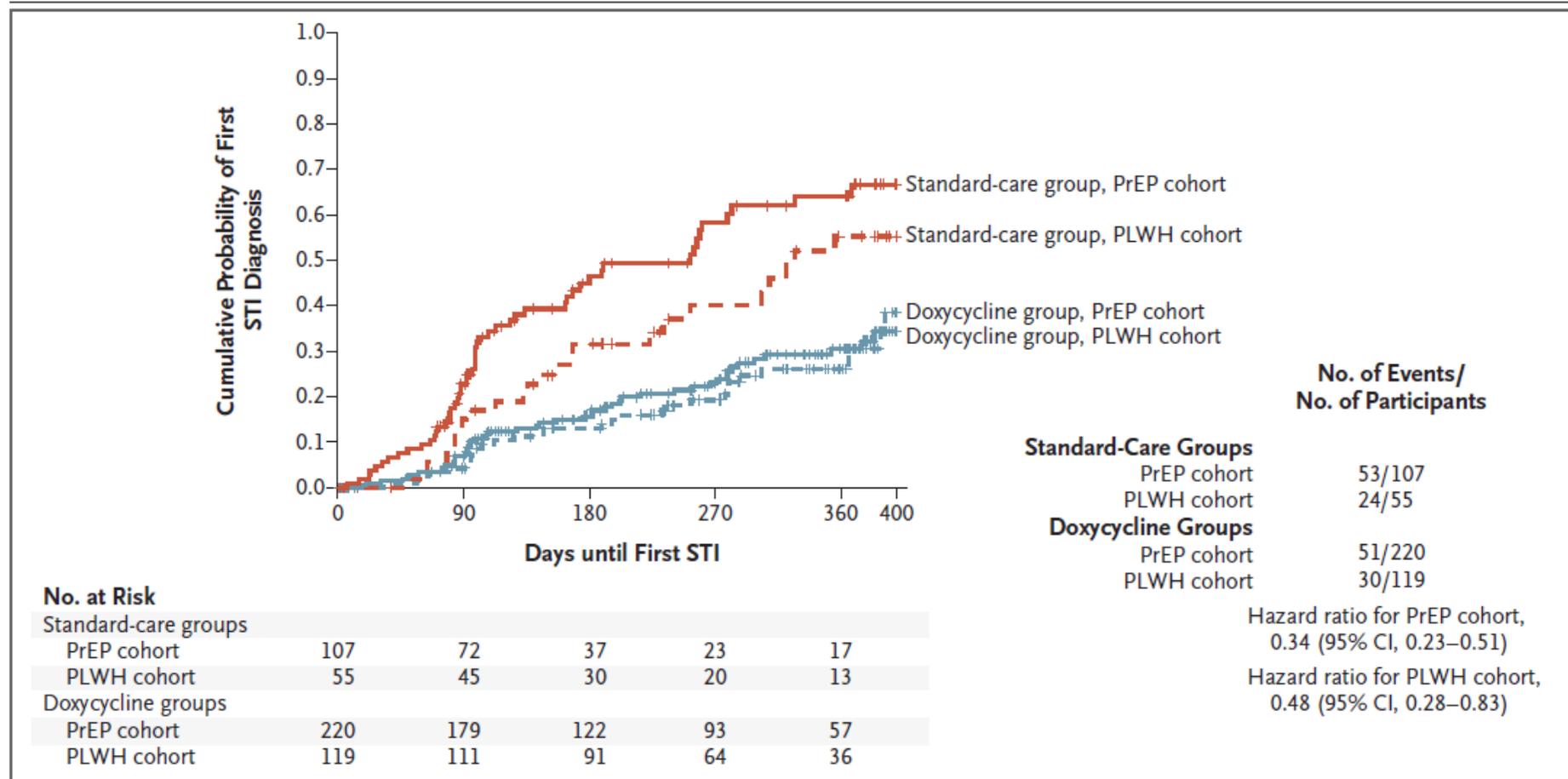


Figure 3. Kaplan–Meier Estimate of Time to First STI Diagnosis.

The cumulative probability of any incident bacterial STI (chlamydia, gonorrhea, or syphilis) is shown according to study group (doxycycline and standard care) and participant cohort (PrEP and PLWH).

Doxycycline Postexposure Prophylaxis for Prevention of Sexually Transmitted Infections

Chase A. Cannon, MD, MPH^{1,2}; Connie L. Celum, MD, MPH¹

¹University of Washington, Seattle; ²Public Health Seattle & King County, Washington

Volume 31 Issue 5 November/December 2023 Topics in Antiviral Medicine

Table 1. Evidence From Randomized Clinical Trials for Doxy-PEP, 2015 to 2023

Study (location, date)	Participating population	STI rate or outcome		Relative risk reduction (95% CI or P)	Absolute risk reduction	Comments	
		Doxy-PEP	No doxy-PEP				
IPERGAY* (France, 2015-2016)	232 MSM on HIV PrEP	37.7 per 100 person-years	69.7 per 100 person-years	47%* (15-67)	32 per 100 person-years	Signal toward reduction of gonorrhea incidence at anogenital sites	
DoxyPEP (US, 2020-2022)	501 MSM and TGW with bacterial STIs in prior 12 months	PWH (n = 174)	11.8% per quarter	30.5% per quarter	62% (40-76)	18.7% per quarter	Risk reduction seen for all 3 bacterial STIs
		PrEP users (n = 327)	10.7% per quarter	31.9% per quarter	66% (54-76)	21.2% per quarter	
DOXYVAC* (France, 2021-2022)	502 MSM on HIV PrEP with a bacterial STI in prior 12 months	5.6 per 100 person-years	35.4 per 100 person-years	84% (70-92)	30 per 100 person-years	Effect for gonorrhea found to be independent of 4CMenB vaccine	
dPEP (Kenya, 2020-2022)	449 cisgender women on PrEP	50 total chlamydia/gonorrhea infections	59 total chlamydia/gonorrhea infections	12% (P = .51)	9 total infections at 12 months	Nonefficacy likely due to suboptimal adherence	

Abbreviations: doxy-PEP, doxycycline postexposure prophylaxis; DoxyPEP, Evaluation of Doxycycline Post-Exposure Prophylaxis to Reduce Sexually Transmitted Infections in PrEP Users and HIV-infected Men Who Have Sex With Men; DOXYVAC, Combined Prevention of Sexually Transmitted Infections in Men Who Have Sex With Men and Using Oral Tenofovir Disoproxil Fumarate/Emtricitabine for HIV Pre-Exposure Prophylaxis; dPEP (Kenya), doxycycline postexposure prophylaxis trial (Kenya); IPERGAY, Intervention Préventive de l'Exposition aux Risques avec et pour les Gays; MSM, men who have sex with men; PrEP, preexposure prophylaxis; PWH, people with HIV; STI, sexually transmitted infection; TGW, transgender women.

*Risk reduction estimate is for chlamydia and syphilis only.

DoxyPEP for STI Prevention

What is DoxyPEP?



Doxycycline Post-Exposure Prophylaxis (DoxyPEP) means taking the antibiotic doxycycline after sex, to prevent getting a sexually transmitted infection (STI). It is a morning-after pill for STIs. Studies have shown that taking DoxyPEP reduces your chance of getting syphilis and chlamydia by about two-thirds, especially if you are a transgender woman (TGW) or a man who has sex with men (MSM).

When should I take DoxyPEP?



Two 100 mg of doxycycline should ideally be taken within 24 hours, but no later than 72 hours after condomless sex. Condomless sex means oral, anal, or vaginal/front-hole sex where a condom is not used for the entire time.

What about when I have sex again?



If you have sex again within 24 hours of taking doxycycline, take another dose 24 hours after your last dose. You can take doxycycline as often as every day when you are having condomless sex but do not take more than 200 mg (two 100 mg pills) every 24 hours.

How should I take DoxyPEP?



Take doxycycline with plenty of water or something else to drink so that it does not get stuck when you swallow. If your stomach is upset by doxycycline, taking it with food may help.

- ✓ Some people are more sensitive to the sun when they take doxycycline, so wear sunscreen.
- ✓ Please do not share doxycycline with others.
- ✓ Avoid dairy products, calcium, antacids, or multivitamins 2 hours before after taking doxycycline.

What are we still learning about DoxyPEP?



1. Does it affect normal ("good") bacteria in our intestines?
2. Could it increase or decrease the bacteria that live on our skin, or cause bacterial resistance to doxycycline (for example staph)?
3. Will DoxyPEP increase doxycycline resistance in bacteria that cause STIs?
 - Although doxycycline has been used for decades, there is no known resistance to doxycycline in chlamydia or syphilis.
 - About 25% of gonorrhea in the US is already resistant to doxycycline; DoxyPEP may not work against these strains. The DoxyPEP study and other studies will help understand whether using DoxyPEP changes resistance in gonorrhea.

Reminders

- ★ Please continue to get tested for STIs every 3 months and whenever you have symptoms.
- ★ DoxyPEP doesn't protect against MPOX (monkeypox), HIV, or other viral infections.
- ★ Talk to your health care provider about pre-exposure prophylaxis (PrEP) and post-exposure prophylaxis (PEP) for HIV prevention.
- ★ If you are living with HIV, continue to take your medications and see your health care provider regularly.



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Formación médica continuada: infecciones de transmisión sexual

Epidemiología y control actual de las infecciones de transmisión sexual. Papel de las unidades de ITS[☆]

Josefina López de Munain

Servicio Enfermedades Infecciosas, OSI Bilbao-Basurto, Osakidetza, Grupo de estudio de ITS (GeITS) de la SEIMC, Instituto de Investigación Biocruces Bizkata, Bizkata, España



Multidisciplinaridad.

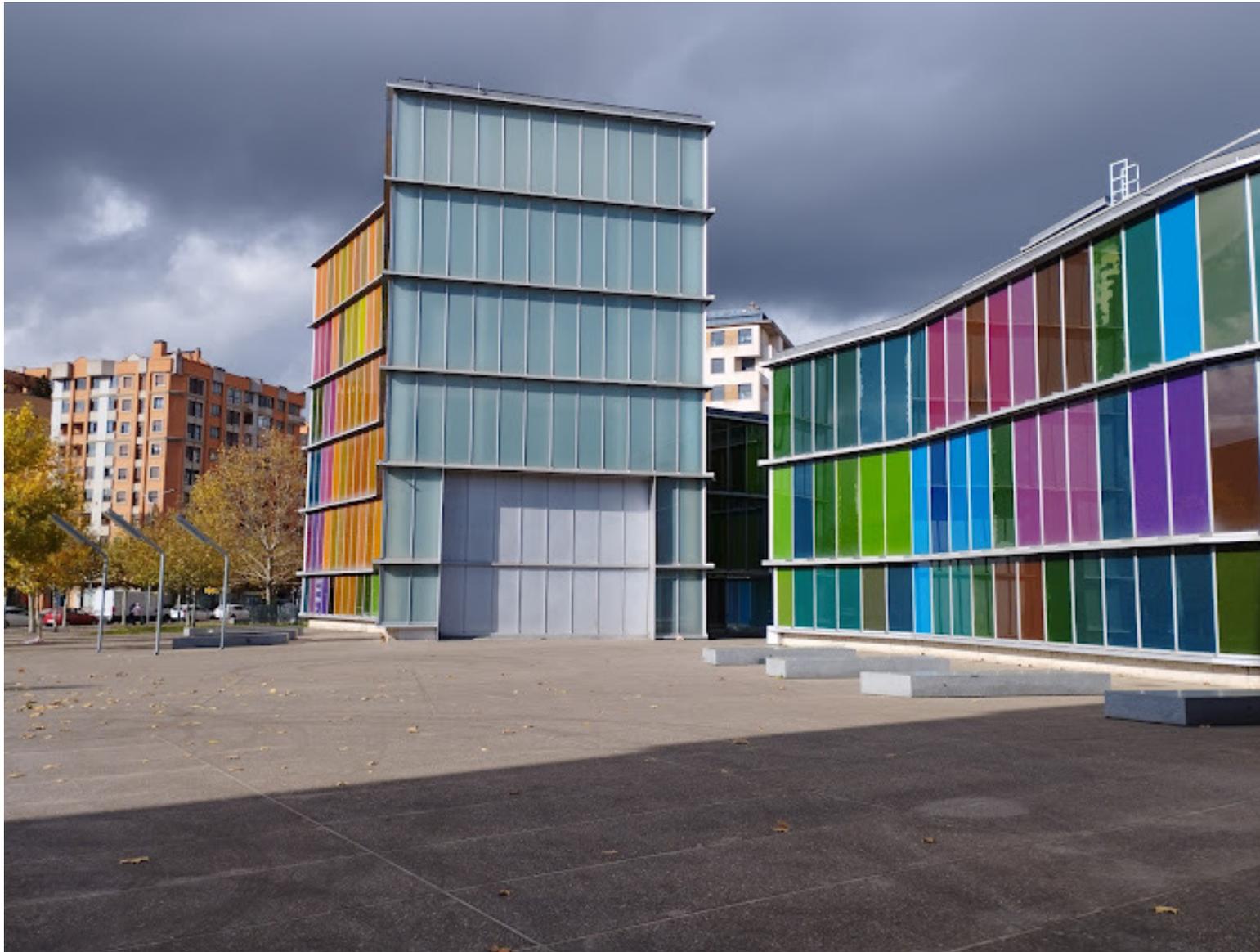
Médicos de Atención Primaria, Microbiólogos, Ginecólogos, Dermatólogos, Preventivistas, Infectólogos, Patólogos, Urgencias, Pediatría y...

Si realmente queremos controlar las ITS, es preciso un cambio del enfoque clínico individual hacia planes basados en la población; fortalecer la integración entre los servicios relativos a las ITS y otros servicios (atención primaria, salud reproductiva, centros de drogo-dependencias, salud mental, educación para la salud, salud escolar, etc.), mejorando tanto el impacto como la eficiencia; establecer vínculos con organizaciones comunitarias y dar participación a las personas más vulnerables.

Programa de colaboración MUSAC-CAULE.

Reunión 8 de Octubre 2023 con
30 jóvenes con debate sobre ITS.

Matrona de AP C.S. Eras de
Renueva y médico de infecciosas.

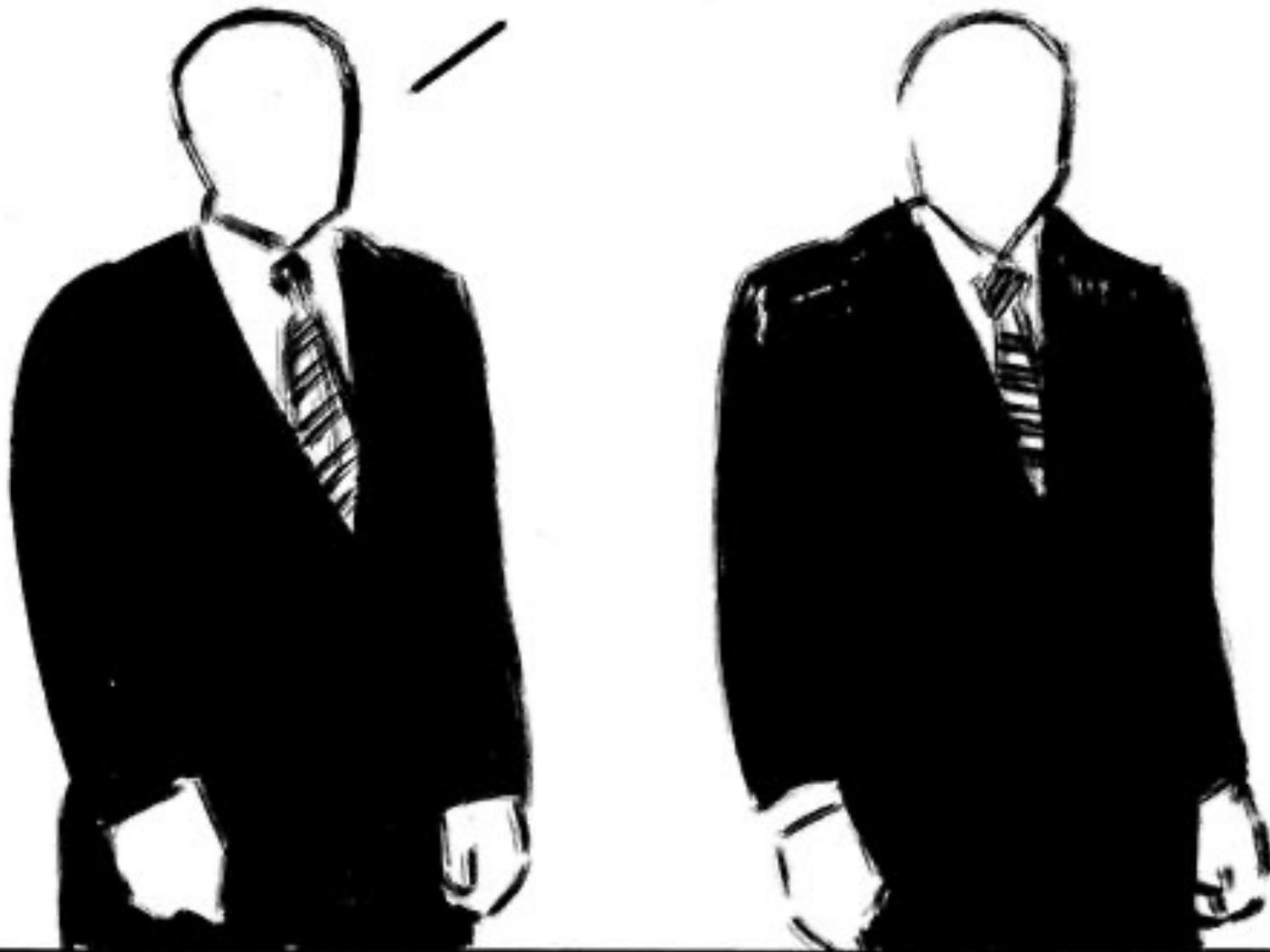


Conclusiones.

47/₄₈

- 1. Las ITS son un problema real, en aumento, con gran repercusión sobre la salud y afectación transversal en la población.*
- 2. Es imprescindible difundir su conocimiento, mejorar el diagnóstico y manejo, su declaración y, sobre todo, su prevención.*
- 3. Es probable es que en los próximos años los cambios sean hacia mayor incidencia, aparición de resistencias y de nuevas infecciones.*
- 4. Necesitamos un cambio radical en el abordaje de este problema, con implicación de gestores sanitarios, comunidad científica, profesionales de la salud y sociedad civil. NUEVAS ESTRUCTURAS.*

HAY QUE ACTUAR CON LA MÁXIMA CAUTELA: ESPEREMOS A QUE EL PROBLEMA ESTÉ RESUELTO ANTES DE INTENTAR ARREGLARLO



**MUCHAS
GRACIAS.**

