

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

INDICACIÓN		ETIOLOGÍA	ANTIMICROBIANO DE 1º ELECCIÓN	ALTERNATIVO
URETRITIS Y PROCTITIS TTO SINDRÓMICO	Limitar a pacientes muy sintomáticos en los que se tema pérdida de seguimiento, y tras recogida de muestra PCR/cultivo		CEFTRIAXONA 500 mg im dosis única + DOXICICLINA 100 mg/12 horas x 7 días vo	
URETRITIS CERVICITIS PROCTITIS FARINGITIS (A)		<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	CEFTRIAXONA 500 mg im dosis única + AZITROMICINA 1 g vo dosis única (F) (2 g vo dosis única si proctitis)	Si alergia a penicilinas o resistencia a cefalosporinas: AZITROMICINA 2 g vo dosis única + GENTAMICINA 240 mg im
URETRITIS CERVICITIS PROCTITIS FARINGITIS		<i>Chlamydia trachomatis</i>	DOXICICLINA 100 mg 1cap/12 horas vo x 7 días	AZITROMICINA 1 g vo dosis única
URETRITIS CERVICITIS PROCTITIS FARINGITIS		<i>Mycoplasma genitalium</i>	AZITROMICINA 500 mg vo en dosis única el día 1, seguido de 250 mg/día vo x 4 días.	Si realizo tratamiento previo con azitromicina: MOXIFLOXACINO 400 mg/12 h x7-14 días vo
URETRITIS	Individualizar indicación	<i>Ureaplasma urealyticum</i>	DOXICICLINA 100 mg 1 cap/12 h x 7 días	CLARITROMICINA 250 mg / 12 h x 6 días
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. gonorrhoeae</i>	CEFTRIAXONA 500 mg im dosis única + DOXICICLINA 100 mg /12 h vo 10 días	AZITROMICINA 2 g vo dosis única +

		<i>Chlamydia trachomatis</i>		GENTAMICINA 240 mg im
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> (pH 5-6)	METRONIDAZOL 500 mg /12h vo 7 días (C)	CLINDAMICINA ÓVULOS* 100 mg / noche 3 noches vía vaginal FLUOMIZIN ®* ÓVULOS 1/ noche 6 noches
VAGINITIS CANDIDIASIS A(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 indeterm. 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> <i>genotipo L1-L3</i>	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 7-10 días VALACICLOVIR* 1g/ 12 h vo 7-10 días	FAMCICLOVIR* 250 mg/8 h 7-10 días
	Episodios recurrentes (G)		ACICLOVIR 800 mg/ 8 h 2 días FAMCICLOVIR* 1 g/12 h 1 día	VALACICLOVIR* 500 /12 h x 5 días 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.

(A) Ante la sospecha de ETS, realizar toma de exudado para cultivo y PCR + serología a sífilis y a VIH, efectuando despistaje e investigación de posibles contactos y tratamiento, si procede, de éstos. Remitir a consulta de ITS-Dermatología (en caso de uretritis 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.

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

(F): actualización CDC 2021: no es necesario el tratamiento dual para el gonococo. El Servicio de Microbiología del HUPA está realizando un estudio de resistencias antibióticas del área para tomar una decisión terapéutica definitiva.

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