



PROAZA

Entidad clínica: Infecciones de transmisión sexual (ITS) e infecciones genitales.

Equipo elaborador: Dra. Cristina Martín Gómez (Infectología-S. de Medicina Interna). PROA Hospital Virgen de la Concha. Complejo Asistencial de Zamora.

1. Introducción

Las infecciones de transmisión sexual e infecciones genitales son una de las patologías más frecuentes de la Salud Pública, con un crecimiento en los últimos años, detectándose en la mayor parte de los casos en las consultas específicas de ITS/ Enf. Infecciosas. Es fundamental reconocer y diagnosticar estas enfermedades, incluso en pacientes asintomáticos por la transmisión que implican, al igual que realizar estudio a las parejas de estos pacientes.

Para un correcto diagnóstico se debe realizar la toma de las muestras según el manual de procedimiento de la Unidad de Microbiología del CAZA.

2. Fuentes de información:

Para la realización de esta guía se ha tenido en cuenta principalmente el documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC).

3. Recomendaciones terapéuticas:

Tipo de infección/Etiología	Tratamiento	Comentarios
Úlceras genitales, anales o perianales (a considerar otras localizaciones).		
Sífilis	Primaria, secundaria o latente precoz (< 1 año) Primera elección: Penicilina G benzatina im 2,4 mUI dosis única. Alternativa: Doxiciclina 100 mg/12 h x 14 días. Ceftriaxona 1 gr im o iv/24 h x 10-14 d. Azitromicina 2 gr vo (dosis única) Embarazadas: Penicilina G benzatina im 2,4 mUI dosis única. Latente tardía, duración indeterminada, terciaria Primera elección: Penicilina G benzatina im 2,4 mUI/semanal x 3 semanas. Alternativa: Doxiciclina 100 mg/12 h x 28 días. Ceftriaxona 1 gr iv o im/24 h x q4 d'. Embarazadas: Penicilina G benzatina im 2,4 mUI/semanal, durante 3 semanas. Neurosífilis. Sífilis ótica u oftálmica Primera elección: Penicilina G sódica iv 3-4 mUI/4 h (18-24 iv en perfusión continua mUI/día) x 10-14 días. Alternativa: Ceftriaxona 2 gr/24 h x 14 días. Doxiciclina 200 mg vo/12 horas x 28 días.	Enviar a consulta de ITS/ Enf. Infecciosas. Extraer serología. Hay cepas resistentes a Azitromicina Ojo reacción de Jarish-Herxheimer. Si alergia: valorar desensibilización. Descartar siempre neurolues en sífilis latente tardía y terciaria. En sospecha de neurolues (síntomas neurológicos, fracaso de tratamiento): punción lumbar. Realizar siempre VIH Requiere seguimiento serológico (en consulta de Enf. Infecciosas): a los 3, 6, 12 meses y cada 6 meses hasta negativización. Estudio de contactos: Primaria 3 meses previo al inicio de la clínica. Secundaria 1 año. Latente precoz 1-2 años. Serología en la 1ª visita, a las 6 semanas y a los 3 meses del último contacto sexual con el caso índice.

Tipo de infección/Etiología	Tratamiento	Comentarios
Virus herpes simple	Infección primaria Aciclovir 400 mg/8 h o Famciclovir 250 mg/8 h o Valaciclovir 1 gr/12 h x 7-10 días. Infecciones graves: Aciclovir 5 mg/kg/8 h iv x 5-10 d Episodios secundarios Aciclovir 800 mg/ 8 h x 2 días o 400 mg /8 h x 5 días, o Famciclovir 1 gr/12 h x 1 día o Valaciclovir 500 mg/12 h x 3 días o 1 gr/día x 5 días. Recurrencias muy frecuentes (> 6/año) Aciclovir 400 mg/12 h o Famciclovir 250 mg/12 h o Valaciclovir 500 mg (1 gr vo/24 en pacientes con muchas recurrencias : > 10 episodios/año) <u>Alternativa:</u> Foscarnet 40 mg/kg/8 h iv x 14-21 d. Cidofovir 5 mg/kg/semanal iv	
<i>Chlamydia trachomatis</i>, serotipos L1, L2 y L3	Linfogranuloma venéreo <u>De elección:</u> Doxiciclina 100 mg/12 h x 21 días <u>Alternativa:</u> Azitromicina 1 gr/semanal vo x 3 sem. Eritromicina 500 mg/6 h vo x 21 días.	Requiere identificación de serovariedades de <i>Chlamydia trachomatis</i> productoras de linfogranuloma (L1-L3) Estudio y tratamiento de contactos de los 30 días previos al inicio de la clínica, 6 meses previos si clínica extrauretral o paciente asintomático.
Chancro blando o Chancroide (<i>Haemophilus ducreyi</i>),	<u>De elección:</u> Azitromicina 1 gr vo dosis única o Ceftriaxona 250-500 mg im dosis única <u>Alternativa:</u> Ciprofloxacino 500 mg/12 h vo x 3 d. Eritromicina 500 mg/8 h vo x 7 días.	Estudio y tratamiento de contactos de los 14 días previos al inicio de la clínica Muy raras en nuestro medio. Viajeros o inmigrantes de áreas de riesgo.
Granuloma inguinal (<i>Klebsiella granulomatis</i>)	<u>De elección:</u> Azitromicina 1 gr/semanal vo x 3 semanas mínimo hasta 6 semanas <u>Alternativa:</u> Doxiciclina 100 mg/12 h vo al menos 21 d hasta 6 semanas. Trimetoprim sulfametoxazo 160/800 mg/12 h vo x al menos 21 d hasta 6 semanas.	Estudio y tratamiento de contactos de 60 días previos al inicio de la clínica.
Viruela del mono (Monkeypox)	Tratamiento sintomático	Toma de muestras para PCR viruela del mono por raspado de las lesiones (en cualquier estadio: vesículas, pústulas o costras) con torunda en medio de transporte de virus.
Uretritis, cervicitis, proctitis		
Tratamiento empírico	Ceftriaxona 500 mg im dosis única + Azitromicina 1 gr vo dosis única. Doxiciclina 100 mg/12 h vo x 7 días + Ceftriaxona 1 g im en dosis única <u>Alternativa:</u> Azitromicina 1 gr vo en dosis única + Cefixima 800 mg vo en dosis única	Iniciar tratamiento tras recoger exudado Tratamiento de las parejas sexuales previas ¹⁾

Tipo de infección/Etiología	Tratamiento	Comentarios
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Primera elección Ceftriaxona 500 mg im, dosis única + Tratamiento para <i>Chlamydia Trachomatis</i> si no se ha excluido (Azitromicina 1 gr vo dosis única). Alternativa: Cefixima 400 mg vo dosis única + Azitromicina 2 gr vo dosis única. Si fallo del tratamiento o resistencias: Azitromicina 2 gr vo dosis única + Gentamicina 240 im mg dosis única. Ceftriaxona 1 gr im dosis única + Azitromicina 2 gr vo dosis única Si sospecha de epididimitis: prolongar Doxiciclina hasta completar 10 días.	Remitir torunda de exudado uretral en medio específico. En varón con síntomas de uretritis: estudio de contactos de los 15 días previos al inicio de la clínica. En el resto de los casos: estudio de contactos de los 3 meses previos.
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Primera elección: Doxiciclina 100 mg/12 h x 7 días. Alternativa: Azitromicina 1 gr vo dosis única	Estudio de contactos en varón con clínica: 1 mes, previo al inicio de los síntomas. Resto de casos índice: 6 meses.
<i>Mycoplasma genitalum</i>	Infecciones asintomáticas: no tratar. Primera elección sensible a macrólidos: Doxiciclina 100 mg/12 h vo + 7 días seguido de Azitromicina 1 gr vo el primer día; posteriormente 500 mg/24 h x 3 días. Resistente a macrólidos: Doxiciclina 100 mg/12 h vo x 7 días seguido de Moxifloxacino 400 mg/24 h vo x 7 días.	Confirmar curación a las 3-4 semanas.
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	De elección: Azitromicina 500 mg/d x 3 días. Eritromicina 500 mg/12 h x 14 días. Alternativa: Doxiciclina 100 mg/12 h vo x 14 días. Moxifloxacino 400 mg/d vo x 14 días	
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Metronidazol o Tinidazol 2 gr vo dosis única. En fallos de tratamiento: Metronidazol 500 mg/12 h vo x 7 días. Metronidazol 2 gr/d x 5 días.	Estudios de contactos: 1 mes (en la mayoría de los varones la infección se resuelve espontáneamente en dos semanas). Se recomienda realizar test de control en todas las mujeres sexualmente activas entre las 3 semanas y los 3 meses siguientes al tratamiento.
Sin etiología conocida	Primera elección: Ceftriaxona 500 mg im dosis única + Doxiciclina 100 mg/12 h x 7 días. Alternativa: Azitromicina 1 gr vo dosis única ó Ciprofloxacino 500 mg dosis única + Doxiciclina 100 mg/12 h x 7 días.	
Vaginitis, vaginosis bacteriana ⁽¹⁾		
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Metronidazol 2 gr vo dosis única ó Tinidazol 2 gr vo en dosis única.	Valorar otras ITS

Tipo de infección/Etiología	Tratamiento	Comentarios
	En pacientes VIH: Metronidazol 500 mg vo cada 12 h x 7 días. Recurrencias: Metronidazol 500 mg/12 h x 7 días.	Tratar siempre a las parejas sexuales con el mismo tratamiento
Candida (no complicada)	Primera elección: Clotrimazol 500 mg óvulo vaginal dosis única o 200 mg óvulo/día x 3 días. Clotrimazol al 1% crema vaginal + 7-14 días. Miconazol óvulo 1200 mg dosis única Alternativa: Fluconazol 150 mg vo dosis única. Itraconazol 200 mg vo/12 h x 1 día (dos dosis)	Balanitis : igual tratamiento
Cándida (complicada)	<u>C. albicans</u>: Clotrimazol ovulo vaginal 100 mg x 7-14 días. <u>Alternativa</u>: Fluconazol 150 mg vo cada 72 x 3 dosis. <u>C. glabrata</u>: Itraconazol 100 mg, 2 comprimidos/24 h x 3 días. Ácido bórico capsulas 600 mg cada día, 14 días. <u>C. krusei</u>: Clotrimazol 100 mg óvulos/24 h x 7-14 días. Resto especies: Fluconazol 150 mg, un comprimido vo cada 72 horas x 3 dosis. Recurrencias: Fluconazol 150 mg vo/72 h x 3 dosis + 150 mg/semana durante 6 meses.	
Gardnerella vaginalis, Mobiluncus, Prevotella	Metronidazol 500 mg/12 h x 7 días	Remitir dos torundas con exudado vaginal
Vaginitis bacteriana Polimicrobiana	Primera elección: Metronidazol 500 mg vo/12 h x 7 días. Metronidazol tópico al 0.75% 5 gr/24 h x 5 días. Alternativa: Clindamicina crema vaginal al 2% 5 gr/24 h x 7 días. Tinidazol 1 gr vo/24 h x 7 días.	Tratar en mujeres sintomáticas o previamente a manipulación vía vaginal o cirugía.
Condilomas anogenitales		
Virus del papiloma humano	Tratamientos tópicos autoadministrados para lesiones externas: Sinecatequinas, extracto de té verde pomada al 10% : 1 aplicación 3 veces al día hasta desaparición de las lesiones o un máximo de 16 semanas. Podofilotoxina al 0,5% sol o crema: 2 veces al día durante 3 días, seguidos por 4 días de descanso (el ciclo se puede repetir hasta 4 veces). Imiquimod crema al 5%: una vez al día por la noche, en días alternos (3 veces por semana) hasta un máximo de 16 semanas; o al 3,75%: una vez al día por la noche, todos los días hasta un máximo de 16 semanas.	Si no hay respuesta o lesiones numerosas o grandes, requiera tratamiento especializado con crioterapia o escisión quirúrgica (remitir a Dermatología). Considerar otras posibles ITS.
Ectoparásitos		
Escabiosis (sarna)	Permetrina tópica al 5% crema por todo el cuerpo. Dejar 12 horas o una noche y lavar (repetir a los 7 días) ó	Lavar en agua caliente las ropas, incluida la de la cama.

Tipo de infección/Etiología	Tratamiento	Comentarios
	Ivermectina 200 µgr/kg y repetir en dos semanas	Estudio de contactos 2 meses, previo al inicio de los síntomas.
Sarna noruega	En inmunodeprimidos: consultar con Enf. Infecciosas.	Requiere aislamiento de contacto
Pediculosis púbis <i>Phthirus pubis</i>	Permetrina 1%, dejar 10 min	Estudios de contactos 3 meses previos al inicio de la clínica.
Enfermedad pélvica inflamatoria		
<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> . Bacteroides. Enterobacterias. Estreptococos.	Tratamiento ambulatorio: Ceftriaxona 1 gr im 1 dosis + Doxiciclina 100 mg/12 h + Metronidazol 500 mg/12 h x 14 días. Alternativa: Levofloxacin 500 mg/día+ Clindamicina 450 mg/8 h ó Metronidazol 500 mg/12 h vo. Moxifloxacino 400 mg/día vo Hospitalización: Ceftriaxona 2 gr/24 h + Doxiciclina 100 mg/12 h vo o iv + Metronidazol 500 mg/12 h x 14 d. Cefoxitina 2 gr/6 h ó Amoxicilina/clavulánico 2 gr/6-8 h + Doxiciclina 100 mg/12 h hasta 48 h después de la mejoría clínica y al menos cuatro días pasando posteriormente a Doxiciclina 100 mg/12 h + Metronidazol 500 mg/12 h vo hasta completar 14 días. Alternativa: Clindamicina 900 mg/8 h iv + Gentamicina 5 mg/kg/día ó Aztreonam 1 gr/8 h iv + Doxiciclina 100 mg/12 h vo, mantener hasta 48 horas tras mejoría clínica y al menos cuatro días pasando posteriormente a Doxiciclina 100 mg/12 h vo + Metronidazol 500 mg/12 h hasta completar 14 días	Recoger exudado endocervical en medio de cultivo para <i>N. gonorrhoeae</i> y de virus para <i>C. trachomatis</i> y <i>Mycoplasma genitalium</i> y aspirado endometrial en Portagerm y exudado vaginal. Si se inicia tratamiento iv, considerar paso a vo en cuanto haya mejoría clínica.
Endometritis secundaria		
Mixta (enterobacterias, estreptococos, <i>Gardnerella</i> , anaerobios)	Primera elección: Amoxicilina clavulánico iv 1 gr/8 h o (Cefotaxima 1 gr/8 h + Metronidazol 500 mg/8 h). Si posparto tardío (> 7 días): añadir Doxiciclina 100 mg/12 h 7-14 d (valorar suspender lactancia materna). Alternativa: Aztreonam 1 gr/8 h + Clindamicina 900 mg/8 h	Si endometritis postparto o postcesárea en menos de 48 horas, presencia de gas, pensar en <i>Clostridium</i>. Enviar muestra en Portagerm® a Micro.

Vo: vía oral. Im: intramuscular. Mg: miligramos

- (1) Vaginosis bacteriana: Síndrome clínico polimicrobiano en que disminuye la concentración de *Lactobacillus spp* y aumenta la de las bacterias patógenas aerobias y anaerobias.
- Vulvovaginitis: Caracterizada por secreción vaginal (leucorrea), a veces maloliente, prurito genital e irritación vulvar. Las tres infecciones más frecuentes son: Tricomoniasis, Vaginosis bacteriana y Candidiasis.

4. Bibliografía:

- Piñeiro L, Vera M, Sotomayor C, Gómez J. Executive Summary of the Consensus Document on the diagnosis and treatment of sexually transmitted infections in adults, children and adolescents. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2026.
- World Health Organization. Updated recommendations for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* and *Treponema pallidum* (syphilis), and new recommendations on syphilis



testing and partner services. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090767>