

Me sigo portando mal, ¿ahora qué hago ?



María San Miguel Rodríguez
R3 MFyC



**SERVICIO DE URGENCIAS
CAULE**



1ª
edición

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE ITS



INDICE

1. Sífilis.
2. Herpes genital.
3. Linfogranuloma venéreo.
4. Granuloma inguinal.
5. Chancroide.
6. Uretritis.
7. Trichomona vaginalis.
8. VPH.
9. Molluscum contagiosum.
10. Prevención.



SIFILIS

Sífilis primaria
Sífilis secundaria
Sífilis latente precoz

Sífilis latente tardía
Sífilis terciaria

Neurosífilis
Sífilis ótica u oftálmica

Penicilina G benzatina 2,4 ml UI
(50,000 UI/kg) IM DU.

Doxiciclina 100 mg/12h VO x 14 días.

Azitromicina 2g VO DU.

Ceftriaxona 500 mg IM / 24h x 10-14 días

Alergia a penicilina: valorar desensibilización

Embarazo y lactancia: Penicilina G.

VIH: igual indicación que no VIH

Penicilina G benzatina
2,4 ml UI (50,000 UI/kg) IM semanal, 3
dosis

Doxiciclina 100 mg/12h VO x 28 días (en sífilis latente tardía).

Alergia a penicilina: valorar desensibilización

Embarazo y lactancia: Penicilina G.

VIH: igual indicación que no VIH

Penicilina G acuosa 18-24 ml UI IV
diaria 10-14 días
ó 3-4 ml UI IV cada 4 horas o
perfusión continua

Penicilina G procaína 2.4 mll UI IM diario + Probenecid 500 mg/6h VO x 10-14 días.

Alergia a penicilina: valorar desensibilización

Embarazo y lactancia: Penicilina G.

VIH: igual indicación que no VIH

ESTUDIO DE CONTACTOS

Serología y **tratamiento empírico** de contactos de los **90 días previos** al diagnóstico de sífilis primaria, sífilis secundaria o sífilis latente precoz

Si el contacto fue hace más de 90 días o en sífilis latente tardía o terciaria, solo tratar con serología positiva.

Recomendar abstinencia sexual hasta finalizar el tratamiento.

SIFILIS

Sífilis primaria
Sífilis secundaria
Sífilis latente precoz

**Penicilina G benzatina 2,4 ml UI
(50,000 UI/kg) IM DU.**

Doxiciclina 100 mg/12h VO x 14 días.

Azitromicina 2g VO DU.

Ceftriaxona 500 mg IM / 24h x 10-14 días

Alergia a penicilina: valorar desensibilización

Embarazo y lactancia: Penicilina G.

VIH: igual indicación que no VIH



SIFILIS

Sífilis latente tardía
Sífilis terciaria

Penicilina G benzatina
2,4 ml UI (50,000 UI/kg) IM
semanal, 3 dosis

Doxiciclina 100 mg/12h VO x 28 días (en sífilis latente tardía).

Alergia a penicilina: valorar desensibilización

Embarazo y lactancia: Penicilina G.

VIH: igual indicación que no VIH



SIFILIS

Neurosífilis
Sífilis ótica u oftálmica

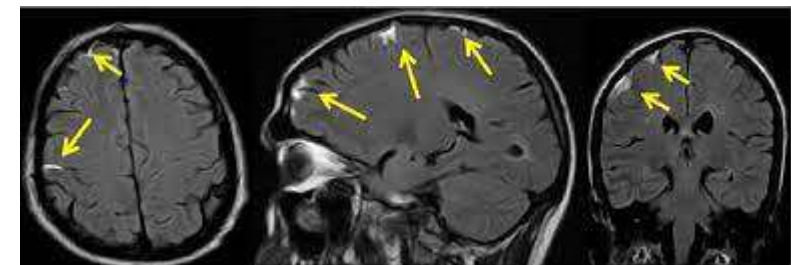
**Penicilina G acuosa 18-24 ml
UI IV diaria 10-14 días
ó 3-4 ml UI cada 4 horas o
perfusión continua**

Penicilina G procaína 2.4 ml UI IM diario +
Probenecid 500 mg/6h VO x 10-14 días.

Alergia a penicilina: valorar desensibilización

Embarazo y lactancia: Penicilina G.

VIH: igual indicación que no VIH



ESTUDIO DE CONTACTOS

Serología y **tratamiento empírico** de contactos de los **90 días previos** al diagnóstico de sífilis primaria, sífilis secundaria o sífilis latente precoz

Si el contacto fue hace más de 90 días o en sífilis latente tardía o terciaria, solo tratar con serología positiva.

Recomendar abstinencia sexual hasta finalizar el tratamiento.

HERPES GENITAL

PRIMER EPISODIO

Aciclovir 400 mg/8h VO x 7-10 días

Aciclovir 200 mg 5 comp/24h VO x 7-10 días

Famciclovir 250 mg/8h VO x 7-10 días

Valaciclovir 1g/24h VO x 7-10 días

RECURRENCIAS

Aciclovir 800 mg/8h VO x 2 días.

Famciclovir 1g/12h VO 1 día.

Valaciclovir 500 mg/12h VO x 3 días.

Famciclovir 125 mg/12h VO x 5 días.

Aciclovir 400 mg 5 comp/24h x 5 días.

Aciclovir 400 mg/8h VO x 3-5 días

Valaciclovir 500 mg/12 h VO x 5 días.

TRATAMIENTO SUPRESOR

Aciclovir 400 mg/12h VO x 6-12 meses

(1 g si >10 recurrencias/ año)

Famciclovir 250 mg/12h VO x 6-12 meses.

Valaciclovir 500 mg/día VO x 6-12 meses.

ALTERNATIVA

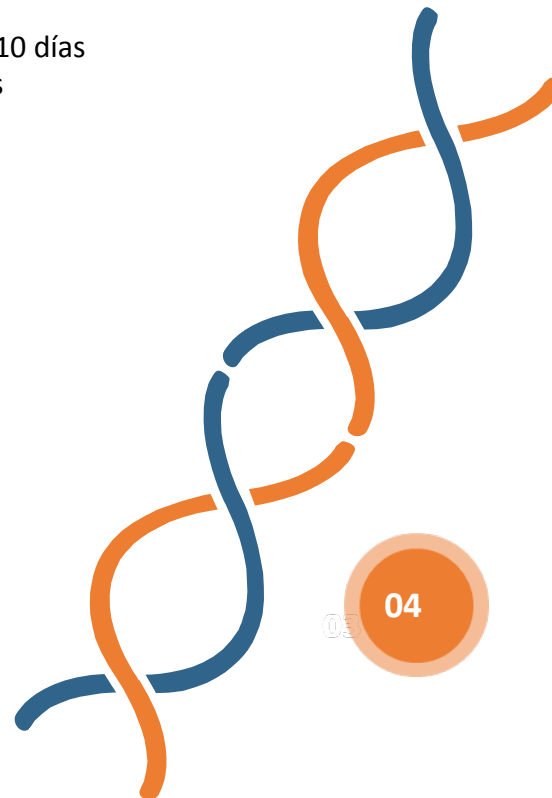
Foscarnet 40 mg/kg/8 h IV x 14-21 días

Foscarnet 60 mg/kg/12 h IV x 14-21 días

Cidofovir 5 mg/kg/semanal IV

Cidofovir 1% gel: 1 aplicación/día x 5 días

04



TRATAMIENTO ANTIVIRAL EN PACIENTES VIH

PRIMER EPISODIO

Aciclovir 400 mg 5 comp/24h VO x 7 a 10 días

Famciclovir 500 mg/12h VO x 10 días

Valaciclovir 500 mg, 1 gr/12h VO x 10 días

RECURRENCIAS

Aciclovir 400 mg/8h VO x 5-10 días

Famciclovir 500 mg/12h VO x 5-10 días

Valaciclovir 1 g/12 h VO x 5-10 días

TRATAMIENTO SUPRESOR

Aciclovir 400-800 mg/8-12h VO x5-10 días.

(1 g si >10 recurrencias/ año)

Famciclovir 500 mg/12h VO x 5-10 días.

Valaciclovir 500 mg/12h VO x 5-10 días

ALTERNATIVA

Foscarnet IV 60 mg/Kg/día hasta respuesta clínica

HERPES GENITAL

PRIMER EPISODIO

Aciclovir 400 mg/8h VO x 7-10 días

Aciclovir 200 mg 5 comp/24h VO x 7-10 días

Famciclovir 250 mg/8 VO x 7-10 días

Valaciclovir 1g/24h VO x 7-10 días

RECURRENCIAS

Aciclovir 800 mg/8h VO x 2 días.

Famciclovir 1g/12h VO 1 día.

Valaciclovir 500 mg/12h VO x 3 días.

Famciclovir 125mg/12h VO x 5 días.

Aciclovir 400 mg 5 comp/24h x 5 días.

Aciclovir 400 mg/8h VO x 3-5 días

Valaciclovir 500 mg/12 h VO x 5 días.



04

ALTERNATIVA

Foscarnet 40 mg/kg/8 h IV x 14-21 días

Foscarnet 60 mg/kg/12 h IV x 14-21 días

Cidofovir 5 mg/kg/semanal IV

Cidofovir 1% gel: 1 aplicación/día x 5 días

TRATAMIENTO SUPRESOR

Aciclovir 400 mg/12h VO x 6-12 meses

(1 g si >10 recurrencias/ año)

Famciclovir 250 mg/12h VO x 6-12 meses.

Valaciclovir 500 mg/día VO x 6-12 meses.



HERPES GENITAL

TRATAMIENTO ANTIVIRAL EN PACIENTES VIH

PRIMER EPISODIO

Aciclovir 400 mg 5 comp/24h VO x 7 a 10 días

Famciclovir 500 mg/12h VO x 10 días

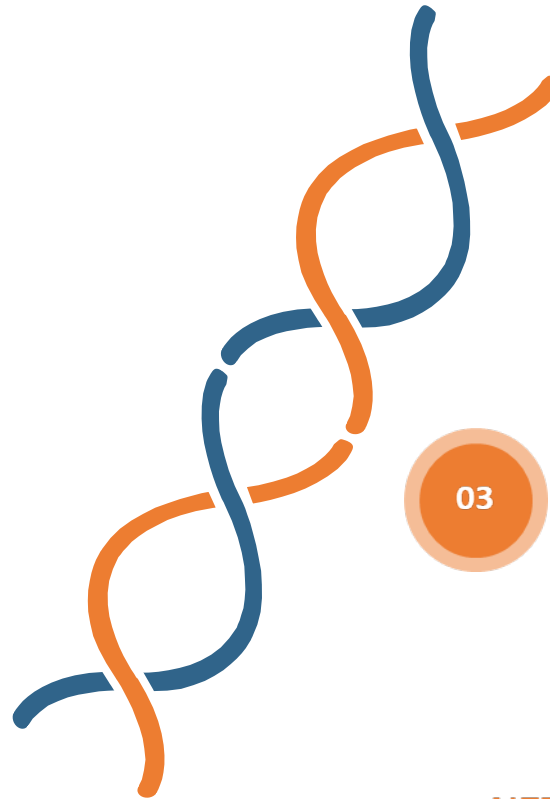
Valaciclovir 500 mg, 1 gr/12h VO x 10 días

RECURRENCIAS

Aciclovir 400 mg/8h VO x 5-10 días

Famciclovir 500 mg/12h VO x 5-10 días

Valaciclovir 1 g/12 h VO x 5-10 días



TRATAMIENTO SUPRESOR

Aciclovir 400-800 mg/8-12h VO x5-10 días.

(1 g si >10 recurrencias/ año)

Famciclovir 500 mg/12h VO x 5-10 días.

Valaciclovir 500 mg/12h VO x 5-10 días

ALTERNATIVA

Foscarnet IV 60 mg/Kg/día hasta respuesta clínica

1ª
edición

8/23

Título del apartado

LINFOGRANULOMA VENEREO

Chlamydia trachomatis

(serotipos L1,L2 y L3)



Doxiciclina 100 mg/12 h VO x 21 días



Azitromicina 1g/semanal VO x 3 semanas



EN EMBARAZO:

Eritromicina 500 mg/6 h x 21 días

Estudio de contactos a los 60 días del inicio de los síntomas.
Seguimiento y tratamiento hasta resolución clínica de lesiones (2- 6 semanas)

GRANULOMA INGUINAL (DONOVANIOSIS)

**Azitromicina 1g/ semana VO x 3
semanas**

Doxiciclina 100 mg / 12 h VO x 21 días

Ciprofloxacino 750 mg / 12 h VO x 21 días

Eritromicina 500 mg / 6 h VO x 21 días

**Trimetroprim-Sulfametoxazol 160/800 mg / 12 h VO x 21
días**

EN EMBARAZO Y LACTANCIA:

Azitromicina o Eritromicina

Estudio de contactos a los 60 días del inicio de los síntomas



1ª
edición

CHANCROIDE (Chancro blando)

Haemophilus Ducreyi



10/23

Título del apartado



Azitromicina 1 g VO DU

ALTERNATIVAS:



Ceftriaxona 250 MG IM DU

Ciprofloxacino 500 mg / 12h VO x 3 días

Eritromicina 500 mg / 6 h VO x 7 días.

EMBARAZO: Ceftriaxona o Eritromicina



Aspiración de adenopatías (no drenaje quirúrgico)

Estudio de parejas sexuales de los 10 días del inicio de los síntomas.
Evaluar resolución a los 3-7 días.
Recomendar abstinencia sexual hasta finalizar el tratamiento.

URETRITIS

Gonocócicas (25%):

Neisseria gonorrhoeae

**Ceftriaxona 500 mg IM +
Azitromicina 1g VO DU**

Alternativa:

Cefixima 400 mg VO +
Azitromicina 2 g VO DU.

*Doxiciclina 100 mg/12 h VO x
7 días (Alt a Azitromicina)

Fracaso/Resistencia:

- Ceftriaxona 1g IM +
Azitromicina 2 g VO

- Gentamicina 240 IM +
Azitromicina 2 g VO (alergia a
penicilina)

ESTUDIO DE CONTACTOS

Si uretritis y varón: 15
días previos a clínica

Resto: 3 meses

Pareja más reciente

No gonocócicas

Chlamydia trachomatis,

Mycoplasma genitalium,

Trichomonas vaginalis,

Adenovirus o VHS,

Ureaplasma urealyticum (coloniza 30-40%
sanos sexualmente activos)

**Doxiciclina 100 mg/12 h VO
x 7-10 días**

Alternativa:

Azitromicina 500 mg 1º dosis
+ 250 mg VO del 2º-5º día

Si se aísla M.genitalium:

Azitromicina 500 mg VO DU +
Azitromicina 250 m/24 h VO x 4 días

URETRITIS PERSISTENTE

- Si se prescribió
(Si 1ºdoxiciclina):
Azitromicina 500 mg VO
DU + 250 mg/ 24h VO x
4 días

- Si se prescribió (Si 1º
Azitromicina):
Moxifloxacino 400 mg/
24h VO 7-14 días

- heterosexuales
añadir Metronidazol 400
mg/12h VO x 5 días (T.
vaginalis)

- Si se aísla M. genitalium R
a Azitromicina:
Moxifloxacino 400 mg/12h
VO x 7-14 días

1ª
edición

12/23

URETRITIS

Gonocócicas (25%):
Neisseria gonorrhoeae

ceftriaxona 500 mg IM
+
Azitromicina 1g VO
DU

FRACASO/RESISTENCIA:

Ceftriaxona 1g IM
+
Azitromicina 2 g VO

Gentamicina 240 IM
+
Azitromicina 2 g VO
(alergia a penicilina)

ALTERNATIVA:
Cefixima 400 mg VO
+
Azitromicina 2 g VO
DU

ESTUDIO DE CONTACTOS

Pareja más reciente
Si uretritis y varón: 15 días previos a clínica
Resto: 3 meses

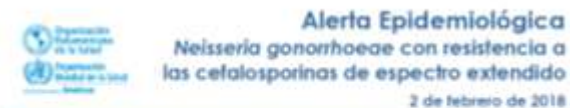
*Doxiciclina 100 mg/12 h VO x 7 días
(Alternativa a Azitromicina)



URETRITIS

RESISTENCIAS:

- Selecciona fácilmente resistencias a Penicilina, Macrólidos, Quinolonas y Tetraciclinas.
- Resistencia a Cefalosporinas.
- Desarrollo de nuevos antibióticos: ZOLIFLODACINO (Ensayo Clínico Fa



Ante el número creciente de infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* con resistencia a las cefalosporinas de espectro extendido, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros fortalecer la vigilancia y la capacidad de diagnóstico de laboratorio para apoyar la detección de casos, proporcionar el tratamiento indicado e identificar las poblaciones en alto riesgo. Además, recuerda que la prevención y el manejo adecuado de casos contribuyen la medida esencial para mitigar la resistencia a los antibióticos.



ALMIDA

Se disparan los contagios de gonorrea en Salamanca por la falta de prevención

Es la provincia con más casos de Castilla y León y los especialistas apuntan a la población universitaria. la mayoría de infecciones se concentran en jóvenes entre 20 y 24 años

14 de febrero de 2018

La gonorrea ha vuelto a Salamanca a causa principalmente de la falta de prevención durante las relaciones sexuales.

La provincia salmantina ha ido experimentando un paulatino aumento de casos hasta ocupar con bastante diferencia el primer puesto de Castilla y León en el ranking de contagios.



Salamanca - Sala de trabajo en el IIS - y muestra cómo se realiza el diagnóstico. | ALMIDA

Los informes epidemiológicos de Castilla y León constatan como en el año 2014 apenas se registraba en Salamanca un caso de gonorrea al mes, en 2016 ya había casi dos casos al mes, y durante 2017 fueron 29 los pacientes que tuvieron que ser atendidos por esta infección. Durante 2018 la evolución también fue preocupante, según apuntan desde el Complejo Asistencial de Salamanca de forma muy gráfica: "Antes había que descongelar el germen para poder enseñárselo a los estudiantes, y ahora tenemos muestras de sobra para que vean", apunta la doctora Amparo López Demicheli.

ENCUESTA: ¿Cree que los jóvenes cuentan con información suficiente sobre enfermedades de transmisión sexual?

La internista apunta a que "a lo largo del último año han aumentado casi todas las enfermedades de transmisión sexual" e insiste en la importancia de que "la forma de evitarlo es haciendo uso de los métodos de barrera como los preservativos".

Esta escalada de contagios es un fenómeno común en casi toda España ante la falta de conciencia por parte de los jóvenes sobre los riesgos de las enfermedades de transmisión sexual.

1ª
edición

14/23

URETRITIS

No gonocócicas

Chlamydia trachomatis,

Mycoplasma genitalium,
Trichomonas vaginalis,
Adenovirus o VHS,
Ureaplasma urealyticum (coloniza 30-40%
sanos sexualmente activos)

**Doxiciclina 100 mg/12 h
VO x 7-10 días**

Si se aísla M.genitalium:

Azitromicina 500 mg VO DU
+
Azitromicina 250 m/24 h VO
x 4 días



ALTERNATIVA:
Azitromicina 500 mg
1º dosis
+
250 mg VO del 2º-5º
día

URETRITIS PERSISTENTE

- Azitromicina 500 mg VO DU +
250 mg/ 24h VO x 4 días
(Si 1ºdoxiciclina)

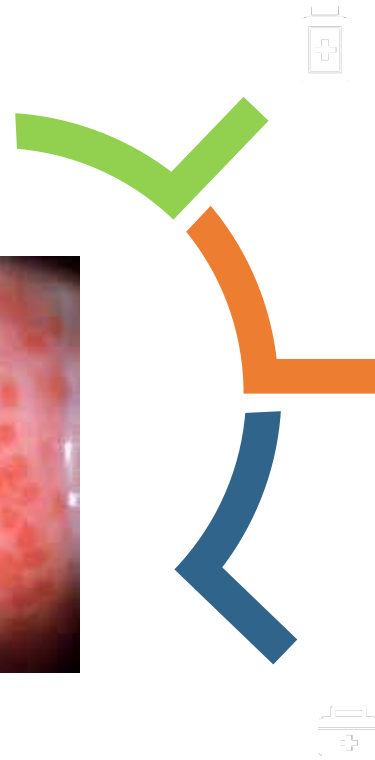
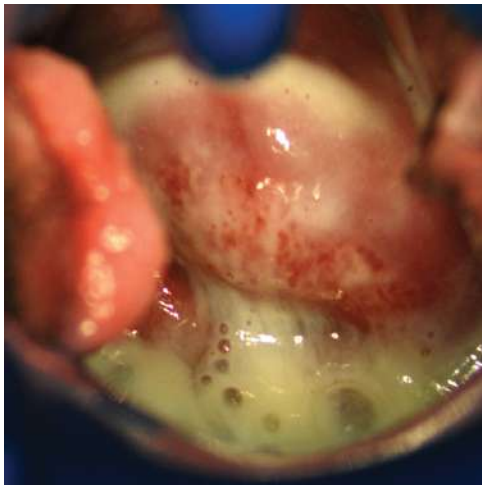
- Moxifloxacino 400 mg/24h VO
7-14 días
(Si 1º Azitromicina)

- Heterosexuales
añadir Metronidazol 400 mg/12h VO x
5 días (T. vaginalis)

- Si se aísla M. genitalium R a
Azitromicina:
Moxifloxacino 400 mg/12h VO x 7-14
días

Estudio de contacto y tratamiento de los últimos 3 meses
O hasta 6 meses en parejas varones con uretritis asintomática

TRICHOMONA VAGINALIS



Metronidazol 2g VO DU (8 comprimidos de 250 mg).

ALTERNATIVA: Tinidazol 2 g VO DU

EN RECURRENCIAS / paciente VIH / fallo del tratamiento:

Metronidazol 500 mg / 12 h VO x 7 días

Alternativa:

Metronidazol 2g /24h VO x 5-7 días.

Metronidazol 750 mg / 8h VO x 5-7 días.

Tinidazol 2 g / 24h VO x 5-7 días.

Tratar a la pareja sexual.

Las cremas y los óvulos reducen la eficacia de los métodos barrera hasta 72 horas tras la última aplicación

Test de control de curación a los 3 meses.

VPH

Sinecatequinas 10%
pomada 3 veces al día
durante máximo 16
semanas*

**Podofiloxina solución
0.5% y crema 0.15% 3
días consecutivos por
semana cada 12 horas
durante máximo 4
semanas**

Crioterapia (nitrógeno
líquido) 3 ciclos en consulta
cada 2-4 semanas

**Imiquimod 5% crema diaria 3
días a la semana, durante
máximo 16 semanas***

Imiquimod 3.75% crema
diaria durante máximo 8
semanas*

Escisión quirúrgica:
curetaje, escisión
tangencial, electrocirugía,
láser CO2

Terapia fotodinámica con
ácido 5-aminolevulínico

* En las siguientes 72 h tras su uso
disminuye la eficacia anticonceptiva
de condones y diafragmas vaginales

VPH

Sinecatequinas 10%
pomada 3 veces al día
durante máximo 16
semanas*

**Podofilotoxina solución
0.5% y crema 0.15% 3
días consecutivos por
semana cada 12 horas
durante máximo 4
semanas**



**Imiquimod 5% crema diaria 3
días a la semana, durante
máximo 16 semanas***

Imiquimod 3.75% crema
diaria durante máximo 8
semanas*



* En las siguientes 72 h tras su uso
disminuye la eficacia anticonceptiva
de condones y diafragmas vaginales

VPH



Crioterapia (nitrógeno
líquido) 3 ciclos en consulta
cada 2-4 semanas



Escisión quirúrgica:
curetaje, escisión
tangencial, electrocirugía,
láser CO2

Terapia fotodinámica con
ácido 5-aminolevulínico

ANEXO

	Prenatal	0 m	2m	3m	4m	5m	6m	11m	12m	15m	23m	2a	3a	4a	6a	12a	14a	15-59 a*	60-64 a*	65a*	80a*	>65a*		
Virus respiratorio sincitial (VRS)		AcVRS ¹																						
Rotavirus			RV	RV	(RV) ²																			
Hepatitis B			HB ³		HB			HB																
Difteria-tétanos-tosferina	dTpa ⁴		DTPa		DTPa			DTPa							DTPa		Td					Td		
Poliomielitis			VPI		VPI			VPI							VPI									
Haemophilus influenzae tipo b			Hib		Hib			Hib																
Neumococo			VNC15 ⁵		VNC15 ⁵			VNC15 ⁵															VNC20 ⁶	
Meningococo ACWY					Men			Men									Men							
Meningococo B			MenB		MenB			MenB																
Sarampión-rubeola-parotiditis								SRP							SRP									
Varicela										VVZ					VVZ									
Virus papiloma humano																								
Gripe	VIG ¹⁰																							
COVID 19	COVID ¹²																							
Herpes zóster/su																								

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 con 20 serotipos; **MenC:** vacuna frente a meningococo C conjugada; **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:** Nacidos a partir del 1 de enero de 2023. 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:** Nacidos 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.
- GRIPE prenatal:** En temporada de gripe se vacunará a embarazadas en cualquier trimestre de la gestación.
- GRIPE:** 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, en personas nacidas a partir de 1957, y a los 80 años, en personas nacidas a partir de 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.

VPH

VPH: VACUNA. RECOMENDACIONES

Bivalente - Cervarix® (16, 18):

CIN 1/2/3, AIS, VIN, VaIN : 95,5% - 100%.

Tetravalente - Gardasil® (6, 11, 16, 18):

+ verrugas genitales y probablemente papilomatosis respiratoria recurrente.

Nonavalente - Gardasil 9® (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58): + verrugas genitales, cáncer anal y probablemente papilomatosis respiratoria recurrente.

FINANCIADA A NIÑOS Y NIÑAS A PARTIR 12 AÑOS.

VACUNACIÓN A LOS 12 AÑOS:

En la actualidad se administra a niños y niñas.

Se administrarán 2 dosis con una separación de al menos 5-6 meses (según vacuna utilizada) a todos los adolescentes de 12 años de edad.

VACUNACIÓN ENTRE LOS 15 Y LOS 26 AÑOS:

Se vacunará únicamente a las adolescentes que no se hayan vacunado con anterioridad o que estén parcialmente vacunadas.

Si se inicia la vacunación a partir de los 14 o 15 años se administrarán 3 dosis con pauta 0, 1-2, 6 meses (según vacuna utilizada).



Inyección IM en la zona superior del brazo.

VPH

VPH: VACUNA. RECOMENDACIONES

VACUNACIÓN EN CONDICIONES DE RIESGO:

- Hombres y mujeres Síndrome de WHIM (Inmunodeficiencia Primaria) sin límite de edad.
- Mujeres con trasplante de órgano sólido o trasplante de progenitores hematopoyéticos, hasta los 26 años de edad.
- Hombres y mujeres con infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), hasta los 26 años de edad.
- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), hasta los 26 años de edad.
- Hombres y mujeres en situación de prostitución, hasta los 26 años de edad.
- Mujeres con tratamiento escisional de cérvix sin límite de edad.



MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

FÍSICOS

Curetaje, láser CO2, **crioterapia**, electrocuretaje, aguja estéril, terapia fotodinámica

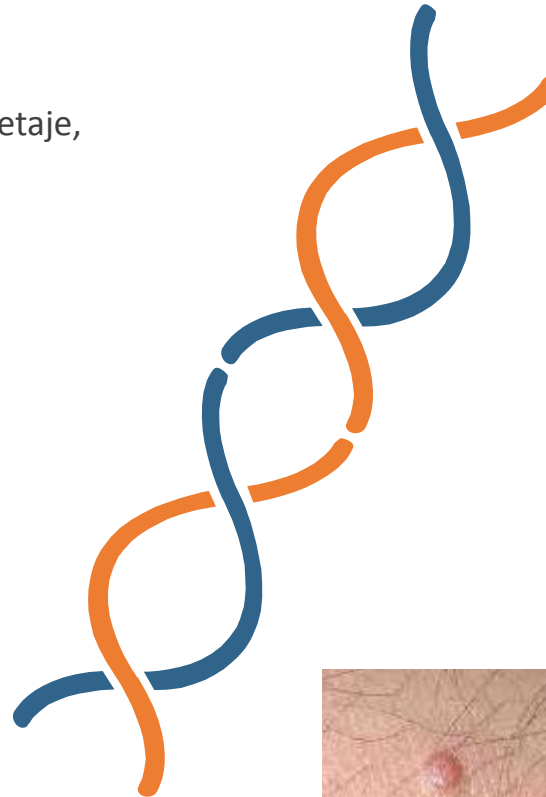
TÓPICO

- Hidróxido de potasio al 5%-10%: 1-2 veces al día hasta irritación
- **Podofilotoxina solución 0.5% y crema 0.15% 3 días consecutivos por semana cada 12 horas durante máximo 4 semanas**
- Cantaridina
- Queratolíticos
- Acido tricloroacético,
- Tretinoína

SISTÉMICOS

Antirretrovirales en VIH → cimetidina.

No se recomienda estudio de contactos



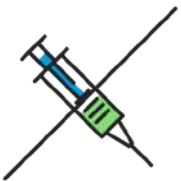
PREVENCIÓN



Limitar el número de parejas sexuales.



Evitar mantener relaciones sexuales con parejas anónimas o desconocidas.



No compartir material que pinche o corte (jeringas, agujas, cuchillas e afeitar...) con otras personas.



Utilizar material desechable o esterilizado para perforar la piel (tatuajes o piercing).



Evitar mantener relaciones sexuales bajo el efecto de algunas drogas, ya que disminuyen la percepción de riesgo y favorecen la falta de control sobre la protección.



No compartir juguetes sexuales si no han sido esterilizados o se cubren con un preservativo antes de cada uso



Vacunarse frente a algunas ITS: VHA, VHB y VPH. Además, hay una vacuna frente al virus de la hepatitis A que también puede transmitirse en una relación sexual especialmente con penetración anal.

1ª
edición

