

I Curso de actualización en
diagnóstico y manejo de las
infecciones de transmisión sexual



INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN
SEXUAL



septiembre-diciembre 2025

Formato webinar

Ilustre Colegio de médicos de Valencia

www.seicv.es

 SEICV | SOCIEDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Colabora

 SoVaMFic
sociedad valenciana de medicina familiar i comunitaria

ESTRATEGIAS DE CONTROL EN LA INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

Juan Flores

MI-UEI

Hospital Arnau de Vilanova Lliria

Preguntas a responder

Profilaxis pre-exposición al VIH;
Indicaciones, seguimiento y
experiencia en vida real.

Profilaxis Post-exposición;
Indicaciones y pruebas a realizar.

Vacunación.

Profilaxis pre-exposición al VIH;
Indicaciones,
seguimiento y
experiencia en vida
real.



PROGRAMA DE PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH (PrEP) EN LA COMUNITAT VALENCIANA

v.02/julio/2023

3.- Quién debe prescribir la PrEP

La PrEP es una intervención médica y biopsicosocial que debe ser prescrita y supervisada por personal facultativo. Como requisitos indispensables, se debe tener experiencia en el tratamiento de ITS y el uso de antirretrovirales.

En el contexto de la Comunitat Valenciana, la detección de personas subsidiarias del programa de PrEP, la prescripción del tratamiento y el seguimiento de este puede realizarse en los servicios de enfermedades infecciosas / medicina interna, así como en las Unidades de Prevención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (UPS e ITS) - también conocidas como CIPS-, tal y como se establece en la Resolución de 14 de junio de 2022, mediante la cual se actualizan las funciones de las UPS e ITS. A tal efecto, se ha habilitado al personal facultativo de los CIPS para la prescripción de este fármaco de uso hospitalario.

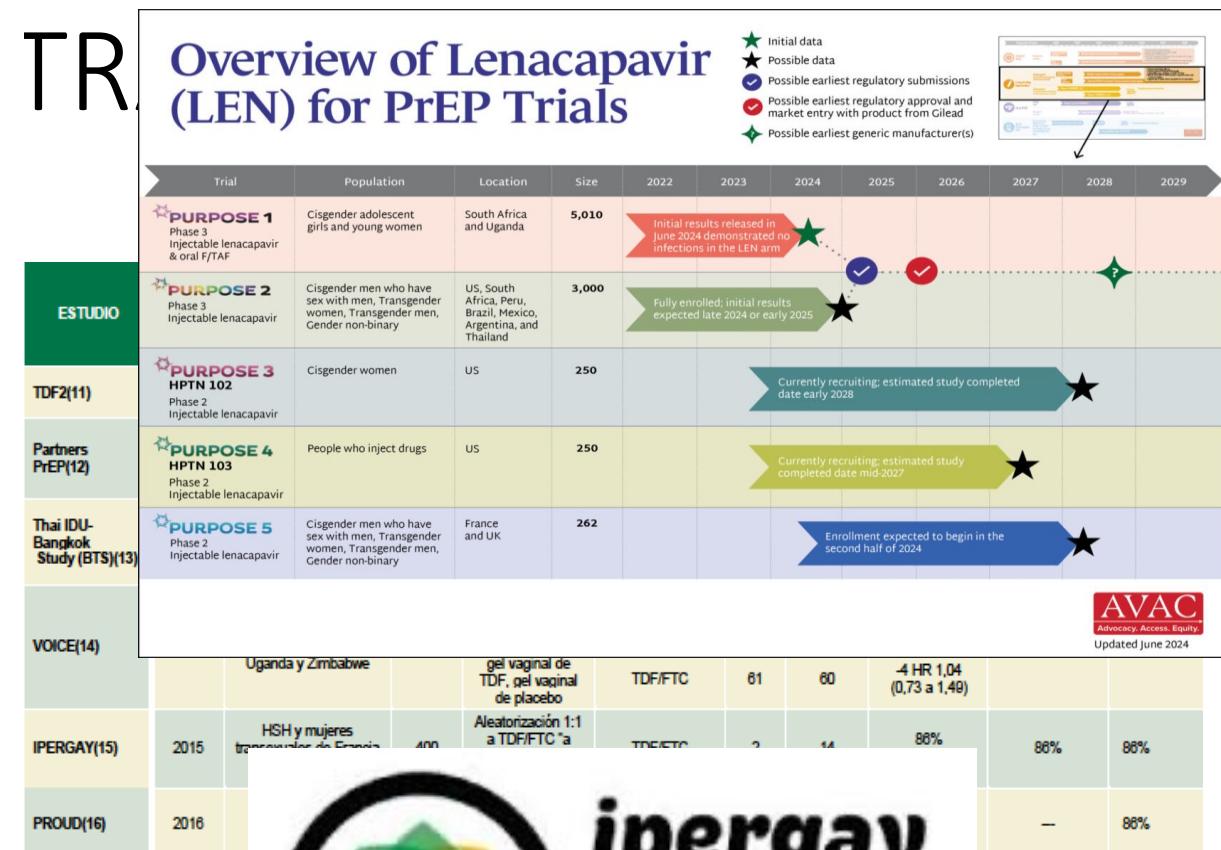
2.- Quién debe recibir la PrEP

La PrEP se recomienda a aquellas personas con mayor riesgo de adquirir la infección por el VIH. Se debería informar a aquellas personas sexualmente activas y/o que se inyectan drogas, para poder así analizar de forma individualizada el riesgo de adquirir el VIH y valorar la idoneidad de la PrEP.

En España, el 1 de diciembre de 2021, el Ministerio de Sanidad procedió a la ampliación del colectivo de personas subsidiarias de PrEP financiada, quedando incluidas las personas sin infección por VIH, con edad igual o mayor a 16 años, y que cumplan los siguientes criterios:

- Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y personas transexuales y que presenten al menos dos de los siguientes criterios:
 - Más de 10 parejas sexuales diferentes en el último año.
 - Practica de sexo anal sin protección en el último año.
 - Uso de drogas relacionado con el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección 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 cissexuales, y usuarios de drogas inyectadas con prácticas de inyección no seguras, que refieran un uso no habitual del preservativo y que presenten al menos dos de los siguientes criterios:
 - Más de 10 parejas sexuales diferentes en el último año.
 - Practica de sexo anal sin protección en el último año.
 - Uso de drogas relacionado con el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección 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.

ESTUDIOS SOBRE PREP EFICACIA



ipergay
ANRS
Intervention Préventive
de l'Exposition aux Risques
avec et pour les Gays

MEDICACIÓN

4.- Qué medicación, pauta y duración debe utilizarse

El medicamento financiado por el SNS actualmente es el coformulado de tenofovir disoproxil 300 mg y emtricitabina 200 mg (TDF/FTC) en pauta diaria de un comprimido. Este tipo de medicación es de uso hospitalario, y por tanto es de aplicación la Ley 6/1998, de 22 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunitat Valenciana y la Instrucción 6/2018 de la Secretaría Autonómica de Salud Pública y del Sistema Sanitario Público relativa a la organización de las estructuras y los procesos para la dispensación y la administración de medicamentos del ámbito hospitalario a pacientes no ingresados. La duración de la dispensación no será superior a tres meses.

Tratamiento



TOMA DIARIA



A DEMANDA

Dónde se debe prescribir, dispensar y supervisar la PrEP

- Los centros a cargo del programa de PrEP deben contar con personal sanitario con la formación y experiencia necesaria, tanto en lo relativo al manejo clínico como a las competencias culturales para la atención de minorías sexuales. Asimismo, han de tener la capacidad de: excluir la infección por el VIH, realizar el diagnóstico y tratamiento de ITS, y evaluar los posibles efectos adversos de la medicación.
- En la Comunitat Valenciana, las tres Unidades de Prevención del VIH/SIDA e ITS (UPS/ITS) -también conocidas como CIPS- representan desde 1987 la estructura fundamental de abordaje de la prevención y el diagnóstico de la infección por VIH e ITS de la Comunitat Valenciana. Los CIPS son puerta de entrada al sistema sanitario para colectivos de gran trascendencia para la salud pública en el tema del VIH e ITS, por ser grupos poblacionales con una prevalencia de determinados problemas de salud más elevada que la población general y a veces con dificultad de acceso a los recursos sanitarios.

Dónde se debe prescribir, dispensar y supervisar la PrEP

- El ámbito territorial de actuación de las UPS/ITS (o CIPS) es provincial, y actúan de forma integrada y coordinada con los recursos de atención primaria, las Unidades de Salud Sexual y Reproductiva (USSyR) y distintos servicios hospitalarios -como microbiología, infectología, medicina interna o urgencias, entre otros-, así como con las entidades del tercer sector implicadas en el tema.
- La actividad de estas unidades está regulada mediante la Resolución de 20 de octubre de 2014 (DOG num 7404/17.11.2014) y la Resolución de 14 de junio de 2022 (DOG num 9364/17.06.2022), por la que se actualizan sus funciones, que determina que las UPS-ITS dispondrán de los recursos necesarios para la atención relacionada con el programa de PrEP.
- De igual forma, todas las actividades relacionadas con el programa de PrEP se pueden llevar a cabo a través de los servicios de enfermedades infecciosas / medicina interna hospitalarios.
- La medicación antirretroviral utilizada para la PrEP es de uso hospitalario, sin embargo, es importante acercar el tratamiento desde las farmacias hospitalarias a dispositivos sanitarios más cercanos a los usuarios/as. Las personas incluidas en el programa de PrEP podrán acogerse al programa de dispensación en proximidad, siendo de aplicación el protocolo establecido a tal efecto en cada departamento de salud de acuerdo con la instrucción 6/2018 de la Secretaría Autonómica.



Profesionales > Farmacia

Farmacia espera el 'ok' de Sanidad con la PrEP: "Mejoraremos resultados"

Los farmacéuticos confirman estar preparados para la dispensación de cualquier medicamento como la PrEP



Jesús Aguilar, presidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos, y César Hernández, director general de Farmacia en el Ministerio de Sanidad.



21 sep 2025. 15.00H

SE LEE EN 5 MINUTOS



SEGUIMIENTO



VISITA BASAL

Valoración clínica:

- Realizar una historia clínica completa, que incluya conducta sexual, hábitos tóxicos y adicciones -incluyendo el consumo drogas de uso recreativo o con fines sexuales-, antecedentes personales - incluyendo específicamente las ITS-, así como la medicación habitual.
- Valorar la existencia de síntomas y/o signos sugestivos de infección aguda por el VIH.

Valoración analítica:

- Descartar una infección preexistente por el VIH, incluyendo infecciones agudas. Se debe solicitar serología del VIH y, en caso de clínica compatible con síndrome retroviral agudo o sospecha fundada de infección reciente y serología negativa, se solicitará carga viral plasmática de VIH, post poniendo el inicio de la PrEP hasta que la infección haya sido razonablemente descartada.
- Analizar la función renal basal. El uso de TDF puede ocasionar alteraciones de la función renal. Se debe solicitar creatinina sérica, filtrado glomerular estimado (FGe) y fosfato sérico -cuando esté indicado-, así como un análisis sistemático de orina. Se contraindica la PrEP con TDF/FTC si el FGe es menor de 60 mL/min. Aunque la ficha técnica de la combinación a dosis fijas de TDF/FTC solo está contraindicada en personas con FGe menor de 50 ml/min, si el FGe está entre 50 y 60 ml/min no se recomienda su prescripción.
- En las mujeres, descartar el embarazo.
- Serología de los virus de la hepatitis A, B y C. La infección crónica por VHB no contraindica la administración de PrEP diaria, pero sí la pauta a demanda.
- Cribado de ITS -incluyendo sífilis, gonococia y clamidiasis, así como el linfogranuloma venéreo cuando esté indicado

Otras actuaciones:



- Se ha de proporcionar consejo asistido en relación con la salud sexual.
- Se debe revisar el estado vacunal y completar las pautas de vacunación correspondientes, según las recomendaciones vigentes.
 - Las personas que van a recibir la PrEP deben recibir información clara sobre aspectos importantes: La PrEP es una intervención preventiva frente al VIH, que se debe considerar en el contexto de todos los mecanismos preventivos, incluyendo el uso del preservativo.
 - La PrEP no protege de otras ITS.
 - La PrEP no funciona si la adherencia es incorrecta y puede asociarse con toxicidad si no se vigila adecuadamente.
 - Visitas y analíticas de seguimiento que requiere la PrEP.
 - En las mujeres, se debe preguntar expresamente por el deseo gestacional, informar sobre las consecuencias del uso de TDF/FTC en el embarazo y facilitar una adecuada atención contraceptiva previa al inicio de la PrEP.
 - Además, si lo precisa, se procurará la derivación a otros servicios, como son las unidades de salud mental o de conductas adictivas.

MOTIVOS DE FINALIZACION DE PREP

- Infección por VIH.
- Pérdida de seguimiento.
- Toxicidad:
 - Toxicidad Renal. La caída del FGe por debajo de 60 mL/min, el descenso progresivo del FGe sin otra causa conocida o la hipofosfatemia grave deben llevar a la suspensión del TDF/FTC. También se debe contemplar su suspensión ante la sospecha de tubulopatía proximal.
 - Toxicidad ósea. El desarrollo de osteopenia, osteoporosis o fracturas no traumáticas deben ser motivos de suspensión del TDF/FTC.
 - Cualquier otro tipo de toxicidad que condicione la adherencia del individuo a la PrEP.
 - Disminución de la situación de riesgo para la adquisición de la infección por el VIH, es decir, finalización de la indicación.

Resumen de evaluación inicial y seguimiento	Visita basal	Visita de inicio	Visita al mes de inicio	Trimestral	Anual
Seguimiento clínico					
História clínica completa	X				
Indagar síntomas de infección aguda por VIH	X	X	X	X	
Valorar consumo de otra medicación o de drogas	X	X	X	X	
Consejo asistido	X	X	X	X	
Control de efectos adversos y adherencia			X	X	
Prescripción de PrEP		X	X	X	
Completar pautas de vacunación correspondientes	X	X	X	X	
Seguimiento analítico					
Prueba(s) de VIH	X	X	X	X	
Análisis sanguíneo (Creatinina y filtrado glomerular, y fosfato sérico -cuando esté indicado-)	X (r)	X (v)		X (a)	X (b)
Análisis de orina	X (r)	X (v)		X (a)	X (b)
Prueba de embarazo (si precisa)	X			X	
Serología VHA	X (r)	X (v)			
Serología VHB	X (r)	X (v)			X (c)
Serología VHC	X (r)	X (v)			X (d)
Cribado de ITS (sífilis, gonococia y clamidiasis, así como el linfogranuloma venéreo cuando esté indicado)	X (r)	X (v)		X (e)	

Profilaxis pre-exposición al VIH;
Indicaciones,
seguimiento y
**experiencia en vida
real.**





Sistema de información de programas
de Profilaxis Pre- exposición al VIH en
España (SIPrEP)

Tabla 1. Cobertura de usuarios de PrEP e incluidos en SIPrEP

CCAA	Nº personas usuarias en SIPrEP	Nº personas usuarias de PrEP#	Cobertura (%)
Andalucía	954	3.013	31,7
Aragón	64	206	31,1
Islas Baleares	540	523	100*
Canarias	402	849	47,3
Castilla La Mancha	17	285	6,0
Castilla y León	114	312	36,5
C. Valenciana	1.218	1.758	69,3
Murcia	284	415	68,4
Navarra	140	158	88,6
País Vasco	425	981	43,3
Melilla	1	83	1,2
Total	4.159	8.583	48,5

Fuente: Notificación agregada de las CCAA del total de usuarios de PrEP en el Sistema Nacional de Salud, datos a mayo de 2024 (excepto en Andalucía, donde la estimación es a diciembre de 2023)

*La cobertura de usuarios de PrEP se estima al 100%. La diferencia entre el número de personas en PrEP y de usuarios recogidos en SIPrEP en esas CCAA se debe a diferentes períodos de actualización.



Tabla 2. Características sociodemográficas de los usuarios de PrEP incluidos en SIPrEP

	Nº	Porcentaje (%)
Sexo biológico		
Hombre	4.117	99,0
Mujer	42	1,0
Género		
Hombre	4.022	96,7
Mujer	93	2,4
Otra	36	0,9
No consta	8	0,2
Edad		
<25 años	297	7,1
25-34 años	1.479	35,6
35-44 años	1.459	35,1
≥45 años	924	22,2
Región de nacimiento		
España	3.075	73,9
Latinoamérica	771	18,5
Europa occidental	184	4,4
Europa central y del este	72	1,7
Otros	48	1,2
No consta	9	0,2
Nivel de estudios		
Sin estudios	13	0,3
Primaria	105	2,5
Secundaria obligatoria	366	8,8
Secundaria superior	946	22,8
Universidad/postgrado	1.503	36,1
Otros	13	0,3
No consta	1.213	29,2
Situación laboral		
Empleo cuenta ajena	1.818	43,7
Autónomo/empresa familiar	252	6,1
Contrato en prácticas	3	0,1
Sin empleo	237	5,7
Estudiante	98	2,4
Jubilado/prejubilado	22	0,5
Incapacidad por enfermedad	4	0,1
Otra	47	1,1
Desconocida/No consta	1.678	40,4
Total	4.159	100

→ → Tabla 3. Derivación al programa de PrEP actual*

	Nº	Porcentaje (%)
Centro Atención Primaria	820	19,7
Centro de VIH/ITS	805	19,4
Otro dispositivo sanitario	345	8,3
ONG	235	5,6
Decisión propia	1.590	38,3
Traslado desde otro centro de PrEP	10	0,2
Otro	165	4,0
No consta	548	13,2

*Categorías no excluyentes. Porcentajes calculados sobre 4.159 usuarios en PrEP

Tabla 5. Población diana

	Nº	Porcentaje (%)
Hombres que tienen sexo con otros hombres	4.005	96,3
Mujer transexual	57	1,4
Mujer que ejerce la prostitución	28	0,7
Hombre que ejerce la prostitución	16	0,4
Mujer heterosexual	9	0,2
Hombre heterosexual	8	0,2
No consta	36	0,9
Total	4.159	100

Tabla 6. Prácticas de riesgo en los 12 meses previos

Prácticas de riesgo*	Nº	Porcentaje (%)
Más de 10 parejas sexuales	3.480	83,7
Sexo anal sin preservativo	3.246	78,0
Práctica de chemsex	924	22,2
Uso de profilaxis post-exposición	468	11,2
Diagnóstico de 1 o más ITS bacteriana	1.757	42,2
Otra	126	3,0
Número de prácticas de riesgo		
1	768	18,5
2	1.494	35,9
3	1.275	30,7
4	511	12,3
5	74	1,8
6	1	0,02
No consta	36	0,9

*Categorías no excluyentes. Porcentajes calculados sobre 4.159 usuarios en PrEP

Tabla 7. ITS en la visita basal



	Nº	Porcentaje (%)
Sífilis	348	8,4
Gonococia	300	7,2
Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	270	6,5
Linfogranuloma venéreo	16	0,4

*Categorías no excluyentes. Porcentajes calculados sobre 4.159 usuarios en PrEP.

Tabla 8. Localización de la gonococia e
infección por *Chlamydia trachomatis* en la visita basal



Localización	Gonococia		Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	
	Nº	Porcentaje (%)	Nº	Porcentaje (%)
Uretral	59	19,7	63	23,3
Rectal	164	54,7	188	69,6
Faríngeo	138	46,0	38	14,1
Desconocido	1	0,3	4	1,5

*Categorías no excluyentes. Porcentajes calculados sobre los usuarios en PrEP con resultado positivo en la prueba correspondiente.

Tabla 9. Estadio de la sífilis en la visita basal



Estadio	Sífilis	
	Nº	Porcentaje (%)
Primario	122	35,1
Secundario	53	15,2
Latente precoz	49	14,1
Latente de duración indeterminada	97	27,9
Desconocido	27	7,8
Total	348	100

Tabla 10. Hepatitis virales en la visita basal



Hepatitis A	Nº	Porcentaje (%)
Inmune	2.089	50,2
No inmunizado	1.434	34,5
No consta información	636	15,3
Hepatitis B		
Inmune	2.647	63,6
No inmunizado	1.089	26,2
Infección crónica **	14	0,3
No consta información	409	9,8
Hepatitis C		
Nuevo diagnóstico de Hepatitis C	13	0,3
No	3.913	94,1
No consta información	233	5,6
Total	4.159	100

*La categoría inmune agrupa a aquellos usuarios tanto vacunados como con inmunidad natural (infección pasada)

** Infección por hepatitis B con una duración superior a 6 meses

Tabla 11. Tipo de droga utilizada

	Nº	Porcentaje (%)
Poppers	504	55,2
Catinonas	251	27,5
Cocaína	233	25,5
Cannabis	211	23,1
GHB/GBL	190	20,8
Éxtasis/MDMA	125	13,7
Metanfetamina	82	9,0
Otras	74	8,1
Speed	62	6,8
Ketamina	35	3,8
LSD	11	1,2
Heroína	2	0,2

*Categorías no excluyentes. Porcentajes calculados sobre el total de usuarios de PrEP que habían consumido drogas en los 3 meses previos a la entrada en SIPrEP

Tabla 12. Número de drogas consumidas

	N	Porcentaje(%)
1	403	44,1
2	214	23,4
3	131	14,4
4	71	7,8
5	26	2,8
6 o más	20	2,2

* 48 de los usuarios que refirieron tomar drogas no especificaron el tipo ni número utilizadas

Tabla 13. Frecuencia de uso de preservativo en 3 meses previos

	Nº	Porcentaje (%)
Siempre	222	5,3
Más de la mitad de las ocasiones	867	20,8
Menos de la mitad de las ocasiones	920	22,1
Nunca	303	7,3
No consta información	1.847	44,4
Total	4.159	100

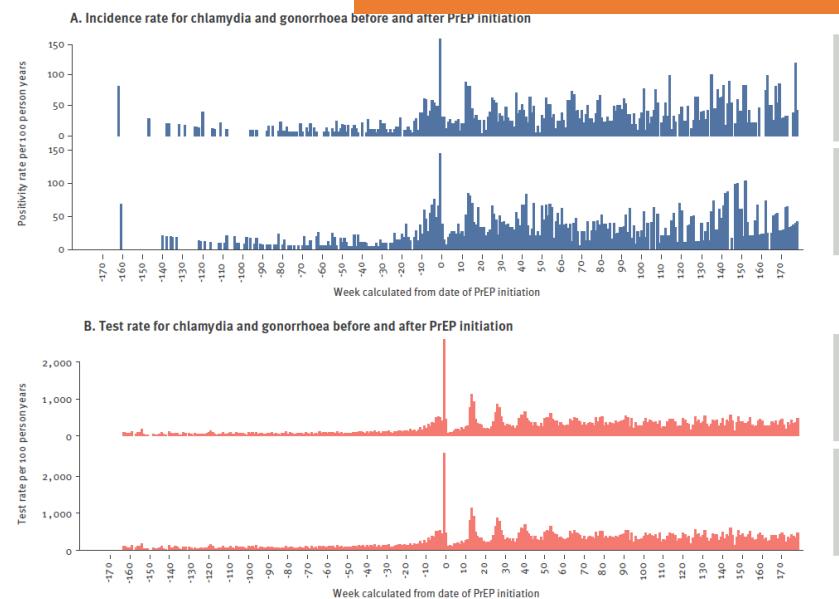


Tabla 14. Motivo de interrupción

	Nº	Porcentaje (%)
Ausencia de percepción de riesgo	224	34,9
Traslado	133	20,7
Pérdida de seguimiento	94	14,6
Otros efectos secundarios	61	9,5
Alteración de la función renal	56	8,7
Motivos personales/decisión propia	45	7,0
Pareja estable	44	6,9
Complicaciones de otras patologías	30	4,7
Pandemia COVID-19/brote MPOX	14	2,2
Embarazo	1	0,2
Otros	17	2,6

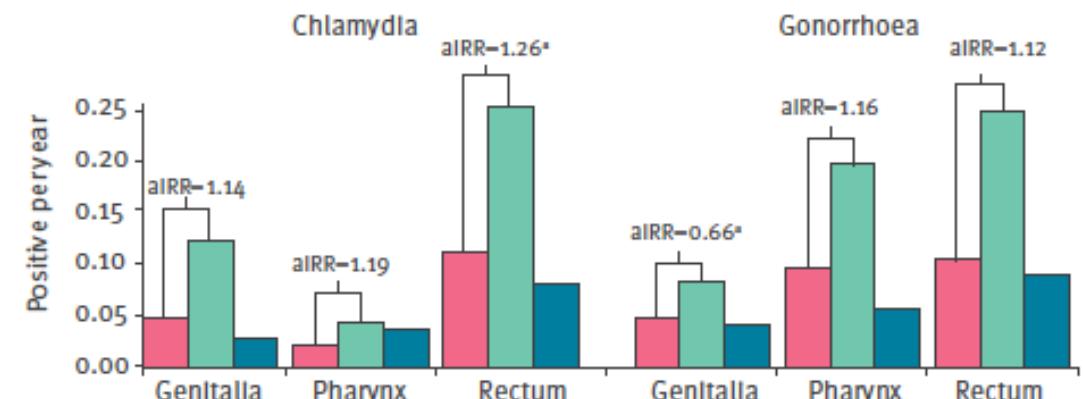
*Categorías no excluyentes; 67 usuarios refirieron más de un motivo de interrupción

Questioning risk compensation: pre-exposure prophylaxis (PrEP) and sexually transmitted infections among men who have sex with men, capital region of Denmark, 2019 to 2022



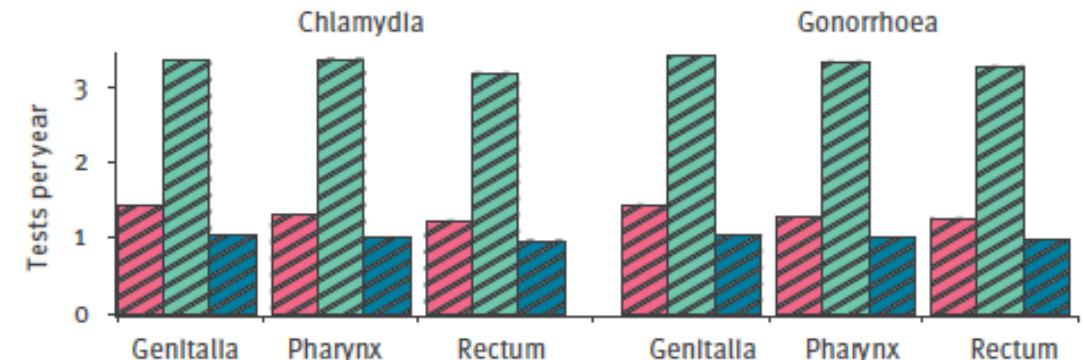
LA MAYORIA ASINTOMATICAS

A. Anatomical location: incidence



After

B. Anatomical location: test rate



SITUACIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, ESPAÑA 2023

Infección gonocócica

casos notificados (tasa por 100.000 habitantes)

34.401 (71,54)

Sífilis

casos notificados (tasa por 100.000 habitantes)

10.879 (22,62)

Infección por *C. trachomatis*

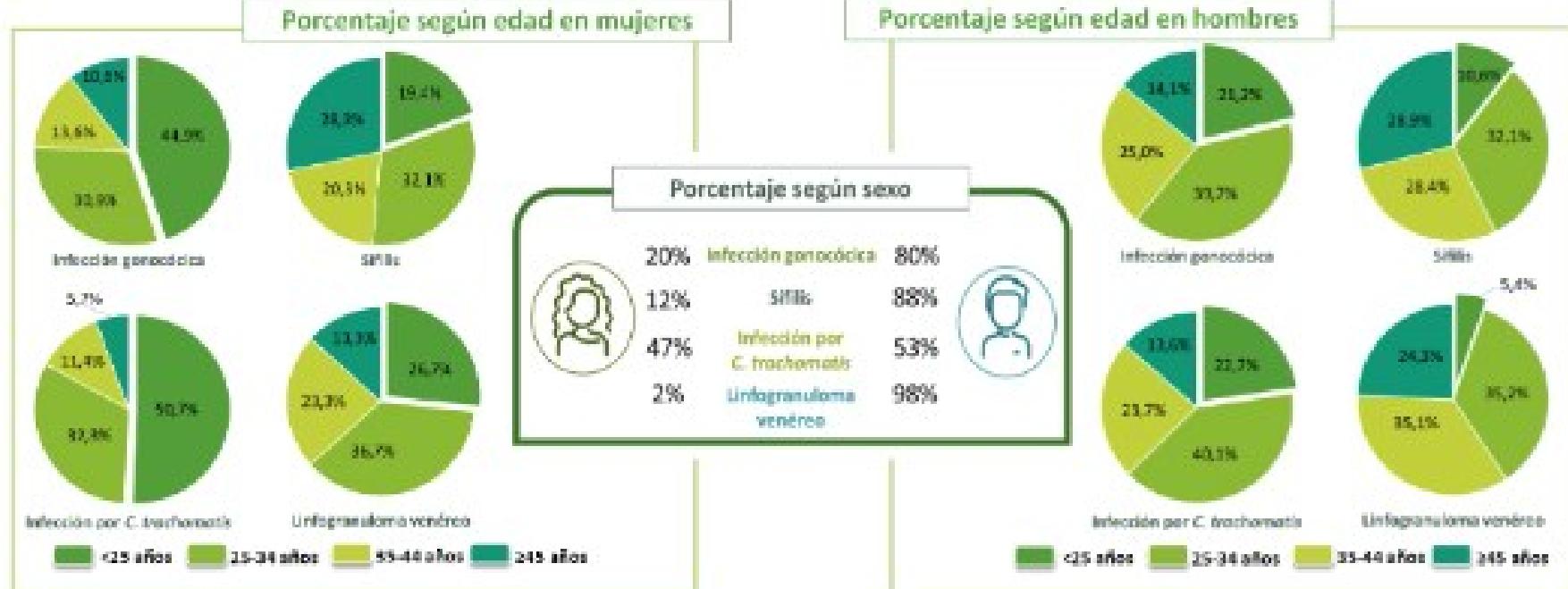
casos notificados (tasa por 100.000 habitantes)

36.983 (79,80)

Linfogranuloma venéreo

casos notificados (tasa por 100.000 habitantes)

1.807 (4,32)



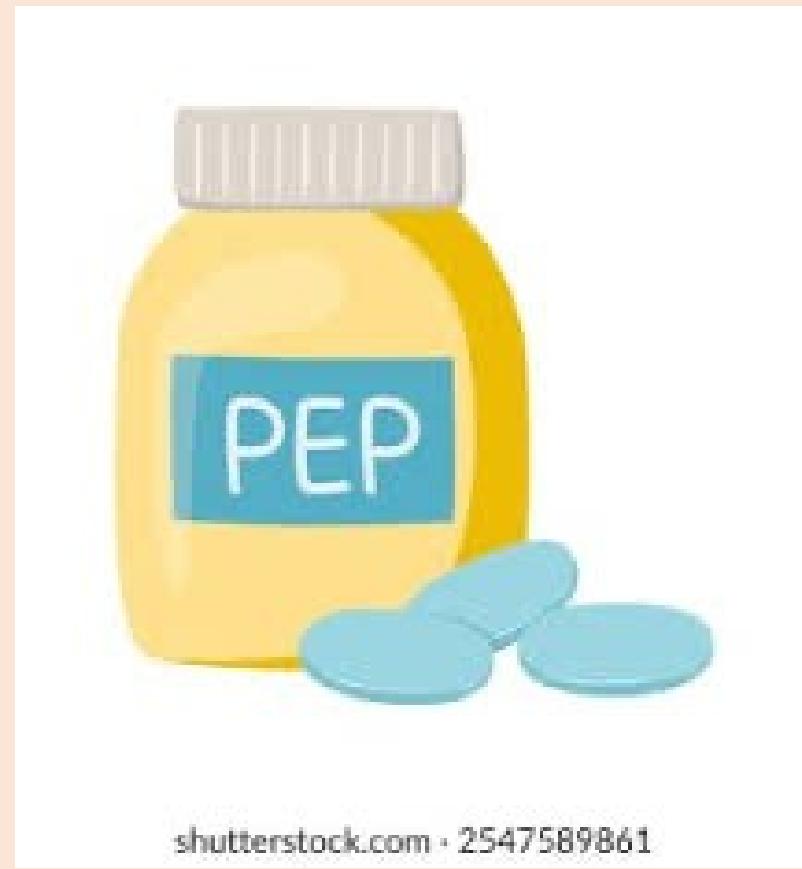
Porcentaje anual de cambio en las tasas según ITS



PUNTOS CLAVE

- Continuo incremento de las tasas, especialmente en infección gonocócica y por *C. trachomatis*.
- Importantes diferencias por sexo y edad:
 - Mujeres más jóvenes
 - Mayores de 55 años, más hombres

Profilaxis Post-exposición; Indicaciones y pruebas a realizar.



shutterstock.com • 2547589861

Definiciones y conceptos

- **Accidente biológico:** evento no deseado que se produce al contactar con un líquido biológico vía parenteral, por lesión percutánea, salpicadura sobre piel no intacta o exposición a mucosas (boca, ojos, vagina o recto).
- **Chemsex (1):** uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo (que puede durar varias horas hasta varios días) entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH)
- **Exposición no ocupacional:** aquella que ocurre a consecuencia del contacto con sangre u otro líquido biológico potencialmente infeccioso fuera del ámbito laboral, incluyendo la exposición sexual sin protección, la exposición percutánea en usuarios de drogas por vía parenteral, los pinchazos accidentales y las mordeduras humanas.
- **Exposición ocupacional:** aquella que ocurre a consecuencia de la realización de un trabajo donde se contacta con sangre u otro líquido biológico potencialmente infeccioso, pudiendo suponer un riesgo de infección para el trabajador sanitario.

Fluidos potencialmente infecciosos:

- Se incluyen sangre, semen, secreciones vaginales, leche materna y otros líquidos biológicos (líquido cefalorraquídeo, pericárdico, pleural, peritoneal, sinovial y amniótico). No incluidos otros líquidos biológicos como: el sudor, saliva, lágrimas, orina, heces, vómitos o secreciones respiratorias salvo que contengan sangre visible.

Valoración del riesgo de transmisión en una exposición ocupacional

¿qué fluidos son potencialmente infectantes?

Fluidos de riesgo	Fluidos SIN riesgo
Sangre	Saliva
Semen	Lágrimas, secreciones nasales
Secreciones vaginales	Sudor
Otros fluidos con restos hemáticos	Orina, heces
Líquido cefalorraquídeo, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico, amniótico y leche materna	Vómitos
Concentraciones de virus en el laboratorio	Secreciones respiratorias

EVALUACION DE RIESGO DE TRANSMISION OCUPACIONAL

- a.- La profundidad del pinchazo:
- - Inoculación superficial: erosión
- - Profundidad intermedia: aparición de sangre
- - Inoculación profunda (OR 15; IC del 95 %: 6,0 a 41,0) 4.
- b.- Tipo de material utilizado:
- - Aguja hueca: mayor riesgo que con las agujas de sutura. Este riesgo es proporcional al diámetro de la aguja.
- - Aguja maciza o bisturí: menor riesgo que con la anterior

Patógeno	Riesgo de contagio por trasmisión percutánea
VHB	31 % (rango 37-62% en HBsAg y HBeAg positivos) (rango 23-37% en HBsAg positivo y HBeAg negativo)
VHC	1,8 % (rango de 0-3%)
VIH	0,3 (0,2-0,5) % (exposición percutánea) y 0,09% (exposición a mucosas)

Factores que influyen en el riesgo de trasmisión		
Tipo de Exposición	De mayor a menor riesgo	Percutánea (profundidad herida)
		Piel no intacta y mucocutánea
		Piel intacta
Tipo y cantidad de fluido	De mayor a menor riesgo	Sangre (exposición masiva)
		Líquidos con sangre visible
		Otros fluidos potencialmente infectantes
Material de inoculación	De mayor a menor riesgo	Aguja hueca
		Aguja maciza
		Bisturí
Características de fuente	De mayor a menor riesgo	Fuente Conocida positiva
		Fuente Desconocida
		Fuente Conocida negativa (no riesgo)
Susceptibilidad del accidentado	Supone mayor riesgo	Estado vacunal deficiente
		Estado inmunitario deficiente
Presencia de barreras	De mayor a menor riesgo	Sin elementos de protección
		Con elementos de protección: guantes (látex, nitrilo, vinilo), bata, mascarilla, pantalla ocular, etc.
Tiempo transcurrido entre lesión y lavado	Supone mayor riesgo	Más de 15 minutos con mucosa o piel no intacta
Tiempo entre lesión e inicio de PPE	Supone mayor riesgo	A mayor tiempo, mayor riesgo

RIESGO DE TRANSMISIÓN NO OCUPACIONAL

VIH

- a.- Tipo de exposición. En el caso de exposición traumática, con violencia, como en relaciones sexuales no consentidas o si se produce sangrado o menstruación, el riesgo se incrementa considerablemente. También cuando ha habido múltiples exposiciones en las últimas 72 horas 2324.
- b.- Estado de la persona fuente y la cantidad de virus en el inóculo. No habrá riesgo de transmisión si la fuente es VIH negativa, pero con frecuencia no se conoce el estado de la fuente respecto del VIH; en estos casos la valoración del riesgo debe ser individualizada.
- En personas con VIH y enfermedad avanzada (con niveles bajos de CD4, o sida), si la persona fuente no está recibiendo TAR, y durante la infección aguda, la carga viral suele ser muy elevada. En estos casos, el riesgo de transmisión aumenta 2,9 veces 2526.
- En una revisión sistemática de la literatura que incluyó 7 762 parejas serodiscordantes en 25 países no se encontró evidencia definitiva de la transmisión del VIH cuando las cargas virales eran inferiores a 600 copias/ml y sucedió de manera extremadamente rara cuando las cargas virales estaban entre 600 - 1000 copias/ml. Además, los estudios de infectividad han demostrado que el riesgo estimado de transmisión por exposición sexual sin preservativo cuando la pareja índice tenía una carga viral de 1000 copias/ml es extremadamente pequeño (0,00028 %) 27.
- Existe evidencia suficiente para afirmar que el riesgo de transmisión del VIH de una PVVIH que recibe TAR y tiene carga viral menor de 200 copias/ml, a través de relaciones sexuales sin preservativo, es nulo, independientemente del tipo de relación sexual 28.
- Individuo expuesto. La presencia de lesiones genitales o ITS en el individuo expuesto también son factores que facilitan la infección 29. Por otro lado, la probabilidad de adquisición del VIH por relación sexual es mayor al final del embarazo (riesgo relativo ajustado 2,82, p=0,01) y en el período posparto (3,97, p=0,01) en comparación con la mujer no embarazada 30.
-

RIESGO DE TRANSMISION VIH SI NO RECIBE TAR

Tipo de exposición	Riesgo estimado
Recepción anal	1 entre 90
Con eyaculación	1 entre 65
Sin eyaculación	1 entre 170
Penetración anal	1 entre 666
No circuncidado	1 entre 161
Circuncidado	1 entre 909
Recepción vaginal	1 entre 1.000
Inserción vaginal	1 entre 1.219
Contacto de semen con los ojos	< 1 entre 10.000
Sexo orogenital	< 1 entre 10.000
Exposición mucocutánea	1 entre 1.000
Transfusión de sangre	1 entre 1
Pinchazo accidental con aguja	1 entre 333
Compartir equipo de inyección (incluido <i>chemsex</i>)	1 entre 149
Mordedura humana	< 1 entre 10.000

EVALUACION DE OTRAS INFECCIONES

- **ITS**

- Tras una exposición sexual de riesgo, hay que tener en cuenta la posibilidad de transmisión de otras ITS, por ejemplo, sífilis, infección por *Neisseria gonorrhoeae* o por *Chlamydia trachomatis*, entre otras. Se ha reportado una prevalencia aproximada del 5 % de ITS, no detectadas en el cribado inicial basal, que se manifiestan en los 15 siguientes días a la exposición de riesgo. Por tanto, en aquellas personas que solicitan PPE se recomienda:
- Las personas asintomáticas deben ser evaluadas para ITS y la toma de muestras irá determinada por el tipo de práctica (sexo oral, vaginal, anal, insertivo / receptivo, etc.).
- Realizar una serología de sífilis.
- Realizar nueva valoración en el caso de experimentar algún síntoma sugestivo de ITS.
- Si hay síntomas de ITS presentes en el momento de la primera evaluación se requiere de una evaluación adicional, tratamiento empírico y seguimiento, de acuerdo con las guías nacionales de manejo del paciente con ITS.

- **Virus de la hepatitis A (VHA):**

- Es conveniente conocer el estado vacunal frente al VHA. En personas inmunocompetentes puede valorarse la indicación de una dosis de vacuna en las dos primeras semanas tras la exposición. La administración de inmunoglobulina como PPE frente al VHA puede ser de utilidad especialmente en personas inmunodeprimidas y ha de administrarse junto con una dosis de vacuna 38.

- **Mpox:**

- La vacunación puede ser utilizada como una forma de PPE en individuos sin síntomas que hayan tenido una exposición de riesgo a casos diagnosticados. Se debe realizar en los primeros 4 días tras el contacto (aunque podrá ofrecerse hasta los 14 días) 39.

- **Tétanos:**

- A las personas que sufran mordeduras, heridas o abrasiones se les debe evaluar su estado vacunal frente al tétanos y ofrecerles la profilaxis indicada.

Recomendaciones generales e indicación de PPE ante la exposición ocupacional frente al VIH, VHB y VHC



- Tras una exposición cutánea debemos limpiar la zona con agua y jabón. Para las exposiciones percutáneas usar un antiséptico de base alcohólica ya que el alcohol tiene actividad viricida frente el VIH, VHB y VHC. En caso de una posible exposición sobre mucosas, se debe enjuagar la zona con abundante agua o irrigar con suero salino. Tras un pinchazo accidental, nunca debe exprimirse la zona del pinchazo. (AII)
- Se recomienda investigar la situación serológica frente al VIH de la persona fuente. (AI)
- En el caso de que la persona fuente tenga infección por el VIH conocida, es fundamental conocer la carga viral, el régimen de TAR (si lo recibe), así como la historia farmacológica y los motivos de cambio de tratamiento. (AI)
- Se recomienda PPE en exposiciones percutáneas con sangre si el riesgo es alto o muy alto. Si el riesgo es bajo, se evalúa la carga viral del paciente fuente, no siendo necesaria PPE si es indetectable. Para exposiciones de mucosas o piel de alto riesgo con sangre o líquidos infectantes, se recomienda PPE si la persona fuente presenta carga viral detectable. (AI)
- Si la PPE está indicada se recomienda iniciarla idealmente en las primeras 2 horas, preferiblemente en las primeras 12 horas, y siempre antes de las 72 horas. No se recomienda iniciar PPE si han pasado más de 72 horas desde la exposición. (AII)
- En el caso de la exposición ocupacional si no se puede conocer la situación serológica de la persona fuente, se valorarán las características clínicas y epidemiológicas y en caso de duda se considerará de alto riesgo. (BIII)
- En caso de una exposición no ocupacional sexual se debe valorar de forma individualizada la situación serológica de la fuente, y si esto no es posible, una estimación del riesgo teniendo en cuenta los datos epidemiológicos y el tipo de relación sexual. (BII)

Recomendaciones generales e indicación de PPE ante la exposición ocl y no ocupacional frente al VIH, VHB y VHC



- El sexo anal receptivo con eyaculación es la relación sexual asociada con un mayor riesgo de transmisión del VIH, y es indicación para iniciar PPE si la persona fuente es VIH con carga viral detectable o desconocida o pertenece a un grupo de alta prevalencia de VIH (HSH o país de alta prevalencia). (AI)
- El sexo anal insertivo con persona fuente con VIH con carga viral detectable o desconocida es recomendación para iniciar PPE, y en el caso de persona fuente con estado serológico desconocido de un país o grupo de alta prevalencia se deberá considerar iniciar la PPE. (CII)
- El sexo vaginal receptivo con persona fuente con infección por VIH con carga viral detectable o desconocida es recomendación de iniciar PPE. Si se desconoce el estado serológico de la persona fuente, incluso si ésta pertenece a un grupo de alta prevalencia, generalmente no se recomienda PPE. (CII)
- En el sexo vaginal insertivo no se recomienda la PPE salvo sexo con persona con VIH con carga viral desconocida o detectable en el que se considerará. (CII)
- El sexo oral activo o pasivo no es indicación de PPE. (BII)
- Se recomienda individualizar, considerar la presencia de factores agravantes que incrementen el riesgo de transmisión del VIH, y valorar las preferencias de la persona expuesta respecto a la decisión de iniciar PPE. (CIII)
- Cuando se produce una exposición de riesgo, con independencia de si se realiza o no PPE, todos los procedimientos e intervenciones deben estar claramente recogidos en la historia clínica. (AI)
- En el caso del VHB la actuación depende de la situación tanto de la persona fuente como de la persona expuesta. (AII)
- Si la pauta de vacunación VHB es correcta, no debe efectuarse seguimiento salvo por las posibles implicaciones legales. (AII)
- En el caso de personas no vacunadas previamente o con vacunación incompleta, está indicada la profilaxis con IGHb y vacunación completa. (AII)
- En cuanto al VHC, no se dispone de PPE, las recomendaciones deben ir dirigidas a un diagnóstico y tratamiento precoz de una posible infección aguda. (AII)

INDICACIONES DE PPE TRAS EXPOSICION OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL

Estado de la fuente frente al VIH				
VIH positivo		Estado desconocido		
CV VIH desconocida o detectable	CV VIH indetectable	De un país de alta prevención ^a / Grupo riesgo (p.e HSH)	De un país /grupo de baja prevalencia	
EXPOSICIÓN SEXUAL				
Sexo anal receptivo	Recomendado	No recomendado ^b	Recomendado	No recomendado
Sexo anal insertivo	Recomendado	No recomendado ^b	Considerar ^c	No recomendado
Sexo vaginal receptivo	Recomendado	No recomendado ^b	Generalmente no recomendado ^c	No recomendado
Sexo vaginal insertivo	Considerar ^c	No recomendado	Generalmente no recomendado ^c	No recomendado
Felación con eyaculación	No recomendado	No recomendado	No recomendado	No recomendado
Felación sin eyaculación	No recomendado	No recomendado	No recomendado	No recomendado
Salpicadura de semen en ojo	No recomendado	No recomendado	No recomendado	No recomendado
Cunnilingus	No recomendado	No recomendado	No recomendado	No recomendado

INDICACIONES DE PPE TRAS EXPOSICION OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL

OCUPACIONAL Y OTRAS EXPOSICIONES				
Compartir material de inyección	Recomendado	No recomendado	Generalmente no recomendado ^d	No recomendado
Material punzante	Recomendado	No recomendado	Generalmente no recomendado ^{d,e}	No recomendado
Lesión por salpicadura en mucosa	Recomendado	No recomendado	Generalmente no recomendado	No recomendado
Mordedura humana	Generalmente no recomendado	No recomendado	No recomendado	No recomendado
Pinchazo con aguja en comunidad	No aplica	No aplica	No recomendado	No recomendado

Pinchazo accidental en la comunidad



- **PPE frente al VIH**
 - En general, no se recomienda la PPE al VIH tras una exposición por pinchazo con aguja en la comunidad, ya que el riesgo es extremadamente bajo y normalmente no es posible determinar si se ha utilizado la aguja y con qué fin, el estado serológico respecto al VIH del caso índice y el intervalo entre el uso de la aguja y la exposición 1. (CII)

- **PPE frente a la hepatitis B**
 - Si la fuente es HBsAg positiva: seguir indicaciones de la PPE ocupacional.
 - En caso de que la fuente sea HBsAg desconocida, si la persona expuesta tiene documentada la vacunación completa frente a la hepatitis B no precisa PPE. En caso de vacunación incompleta debe continuar la pauta pendiente. Si no tiene vacunación previa debe recibir pauta completa con la administración de la primera dosis en las primeras 24 h, y no más de 7 días después. Ver figura 4.1. 12. (AII)

- **PPE frente a la hepatitis C**
 - No existen datos que respalden ninguna modalidad de PPE para prevenir la adquisición del VHC tras la exposición al virus. Existen tratamientos antivirales muy eficaces, y se recomienda un tratamiento precoz si se detecta seroconversión del VHC 13. (AII)

Agresiones sexuales



shutterstock.com - 2421505001

- Dado que la presencia de abrasiones o lesiones en la mucosa vaginal o anal aumenta el riesgo de adquisición de VIH se cree que el riesgo sería mayor en personas supervivientes de agresión sexual, aunque no se ha publicado evidencia suficiente que lo apoye 4. Además, los datos sobre seroprevalencia de infección por VIH en agresores son poco conocidos y aún más su estado virológico. Se debe tratar como una exposición de alto riesgo.
- Se recomienda PPE frente a VIH en situaciones de exposición significativa (BIII), la aplicación de protocolos médico-legales vigentes en el centro y la recomendación de tratamiento empírico de otras ITS. (AII)
- No existen peculiaridades respecto a la profilaxis del VHB.

Tras mordedura humana



- Aunque existen algunos casos publicados de trasmisión tras mordeduras, la evidencia es escasa y de poca calidad 67.
- En general, no se recomienda la PPE después de una mordedura ya que, aunque se desconoce el riesgo preciso de transmisión, es probable que sea insignificante. (BIII) Únicamente debería ofrecerse PPE si se cumplen 3 condiciones: carga viral VIH detectable (> 1000 copias/ml) en la fuente, saliva con abundante contenido de sangre y exposición con herida profunda. (CII)

Particularidades de la PPE en usuarios de drogas injectadas y chemsex

- La infección por el VIH y las hepatitis B y C se pueden transmitir en personas que usan drogas por vía parenteral mediante el intercambio de jeringuillas y otros materiales de inyección con sangre contaminada. Esto incluye el uso sexualizado de drogas administradas por vía intravenosa (*slamming o slamsex*). En HSH se debe preguntar específicamente por el uso de drogas, *chemsex* y *slamsex* 1. Algunos estudios reflejan un retraso en el inicio de la PPE en este contexto, dado que el consumo de drogas unido a sesiones de sexo de larga duración, pueden llevar a una menor percepción del riesgo o hacerlo de forma diferida. Es posible que algunas personas consulten por otros problemas derivados del consumo de dichas drogas, siendo esta una oportunidad para evaluar los contactos de riesgo recientes y ofrecer la PPE cuando esté indicada 11, (BIII). En los casos de *slamsex* es difícil separar el riesgo de transmisión del VIH a través de la vía intravenosa o de la vía sexual, por lo que habrá que considerar ambas exposiciones en la evaluación del riesgo. (CII)
- El riesgo y fundamentos de la transmisión percutánea no ocupacional para VIH, VHB y VHC son similares a los de la transmisión ocupacional, excepto por la frecuente dificultad para identificar la fuente de exposición que caracteriza a la exposición no ocupacional 12.
- Según estimaciones, el riesgo de transmisión del VIH por cada exposición a través de agujas compartidas es aproximadamente del 0,7 % (1 de cada 149 exposiciones) (Tema 4, tabla 4.1.). Este riesgo puede variar según factores como la carga viral del individuo infectado y la frecuencia del intercambio de agujas. Por este motivo, se recomienda la PPE tras haber compartido material de inyección si la fuente es una persona con VIH positivo sin TAR, con mal cumplimiento del mismo o CV detectable 13. (CI)



Indicaciones de PPE al VIH en pacientes en PrEP

Considerar INICIAR PPE frente a VIH en pacientes en PrEP si:

Tipo de exposición	PrEP diaria (TDF/FTC o TAF/FTC)	PrEP a demanda (TDF/FTC)	PrEP mediante cabotegravir IM c/2meses
Sexo anal	Toma de menos de 4 pastillas en los últimos 7 días	No se ha tomado como está indicada	No se ha recibido en la ventana indicada
Sexo vaginal o sexo frontal en hombres trans o neovaginal en mujeres trans	Si han pasado más de 48 horas desde la última toma o se han tomado menos de 6 pastillas en los últimos 7 días	NA	No se ha recibido en la ventana indicada

Pautas recomendadas de PEP

NOMBRE	NOMENCLATURA	OBSERVACIONES	POSOLOGÍA
Raltegravir + tenofovir-DF / emtricitabina	RAL + TDF/FTC	Pauta de elección (AI) Elección en el embarazo (siempre 400 mg/12h) (AI)	1 cp de RAL 400 mg/12h (AI) o 2 cp de 600 mg una sola toma al día (AIII), junto a 1 cp de TDF/FTC una vez al día
Dolutegravir + tenofovir-DF / emtricitabina	DTG + TDF/FTC	Bien tolerado, mínimas interacciones (All) Elección en el embarazo (AI)	1 cp DTG y 1 cp de TDF/FTC cada 24h, juntos
Bictegravir / tenofovir-AF / emtricitabina	BIC/TAF/FTC	Buena tolerabilidad, bajas discontinuaciones (All)	1 cp al día
Doravirina / lamivudina / tenofovir-DF o Doravirina + tenofovir-DF / emtricitabina	DOR/3TC/TDF o DOR + TDF/FTC	Bajas tasas de discontinuación (2%) (All)	1 cp TDF/3TC/DOR una vez al día (AI), no disponible en España 1 cp de TDF/FTC y 1 cp de DOR, juntos, una toma al día (AIII)
Rilpivirina / tenofovir-DF / emtricitabina	RPV/TDF/FTC	Apoyada por estudios multicéntricos (Bl)	1 cp al día
Darunavir + ritonavir + tenofovir-DF / emtricitabina	DRV + RTV + TDF/FTC	Alternativa en embarazo (Bl)	1 cp de DRV 600 mg junto a 1 cp de ritonavir 100 mg, ambos cada 12h, más 1 cp de TDF/FTC al día, en total 5 cp/día
Darunavir / cobicistat / Tenofovir-AF / emtricitabina	DRV/c/TAF/FTC	Alta Barrera de resistencia (BIII)	1 cp al día

3TC: lamivudina; **c:** cobicistat; **cp:** comprimido; **DOR:** doravirina; **DRV:** darunavir; **DTG:** dolutegravir; **FTC:** emtricitabina; **RAL:** raltegravir; **RPV:** rilpivirina; **RTV:** ritonavir; **TAF:** tenofovir-alafenamida; **TDF:** tenofovir-disoproxil fumarato.

Pautas de profilaxis

Basadas en Inhibidores de Integrasa:

DTG + TDF/FTC

RAL + TDF/FTC

B/FTC/TAF *

EVG/c/TDF/FTC *

Basadas en Análogos no Nucleósidos:

DOR/3TC/TDF *

RIL/TDF/FTC *

Basadas en Inhibidores de la Entrada:

MVC + TDF/FTC

Basadas en Inhibidores de Proteasa:

LOP/r + TDF/FTC

ATZ/r + TDF/FTC

LOP/r + ZDV/AZT

ATZ/r + ZDV/AZT

DRV/r + TDF/FTC



ACONSEJABLE



NO ACONSEJADA



ALTERNATIVA



RESERVA

* Estas recomendaciones no se fundamentan en evidencia científica, sino en otros factores como la factibilidad, la disponibilidad en la región española y la familiaridad de uso.¹¹

Inicio y duración de PPE

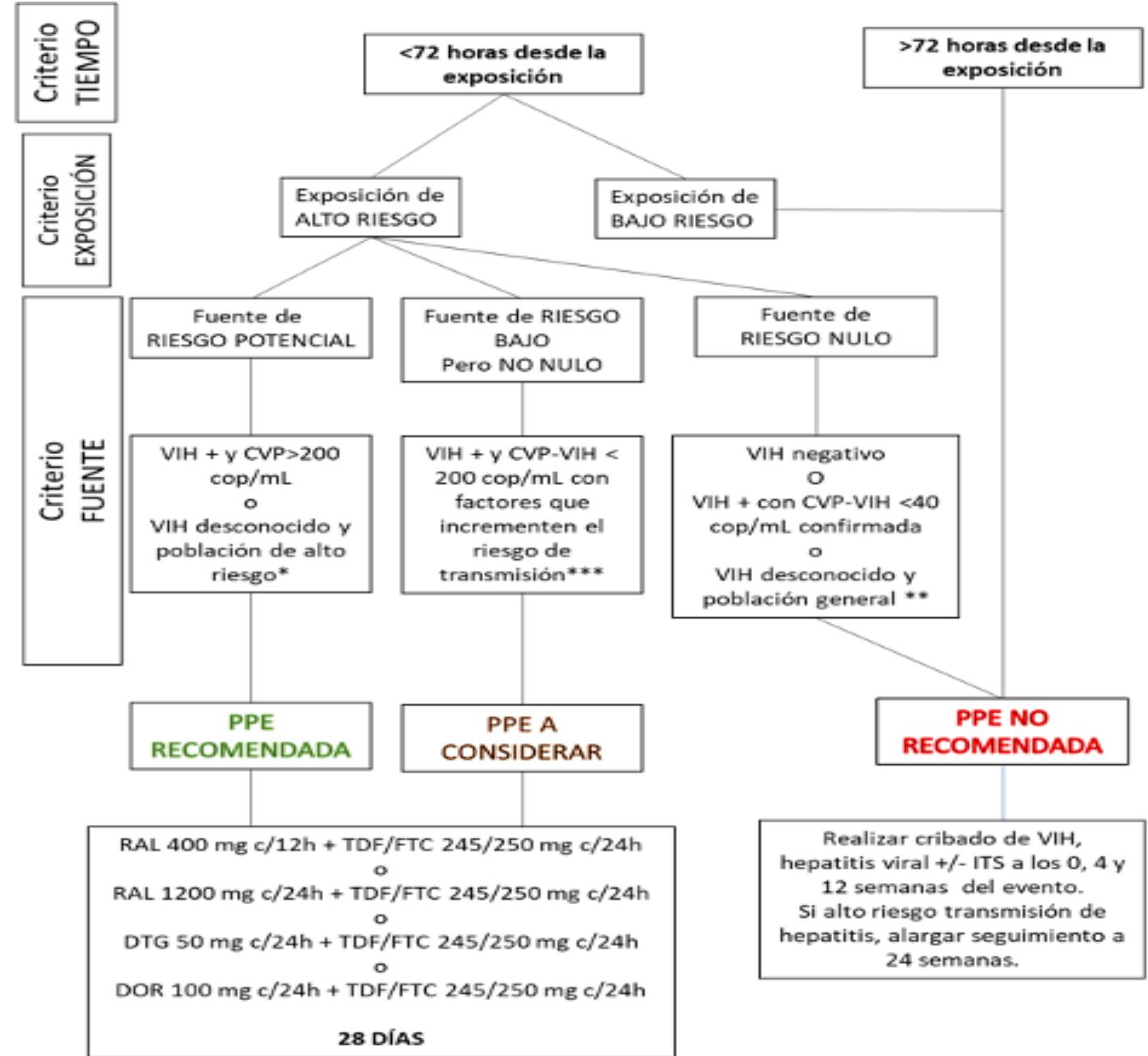
- Se aconseja iniciar el tratamiento, idealmente en las primeras 2 horas, preferiblemente en las primeras 12 horas, y siempre antes de las 72 horas tras la exposición y con una duración de 28 días (AIII). Aunque hay estudios que sugieren que la eficacia es máxima con una sola dosis de fármaco las primeras 2 horas en modelos animales 11, no se disponen de datos que justifiquen recomendar pautas más cortas debido a la falta de evidencia sobre su eficacia. (AIII)
- La terapia con 3 fármacos es la terapia habitual recomendada debido a la mayor probabilidad de una mayor eficacia; los regímenes actuales recomendados tienen una excelente tolerabilidad, sin embargo, si esto fuese una preocupación, el uso de un régimen de 2 fármacos sería preferible a suspender el régimen por completo 8.

SEGUIMIENTO

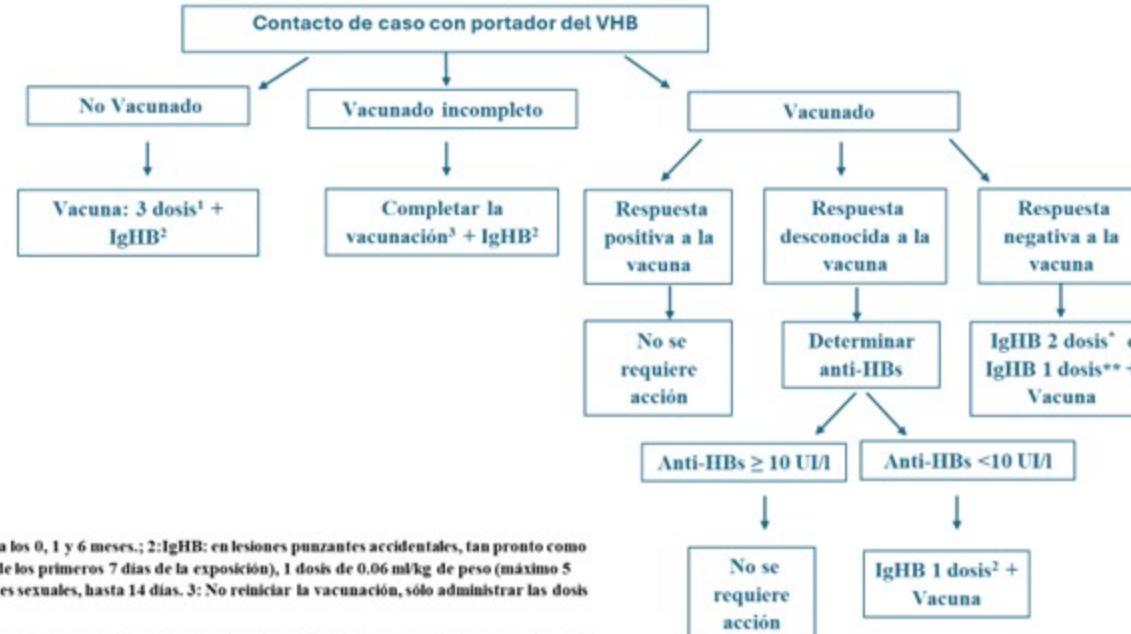
Tabla 1. Tabla 7.1. Seguimiento: cronograma de acciones.

	Basal	Seguimiento (semanas)			
		Síntomas o positivización	4	12	24
Persona fuente					
Serología VIH	+				
HBsAg	+				
Ac VHC	+				
Persona expuesta					
Todos					
Bioquímica (Cr, GPT)	+		+	+	
Serología VIH	+	(3)	+ (7)	+ (9)	
Serología VHB	+ (2)	(4)	+ (8)	+ (8)	+ (10)
Anti-VHC	+	(5)	+	+	+ (11)
Embarazo (1)	+		+	+	
Relaciones sexuales					
Sífilis	+		+	+	
Cribado ITS	+	(6)			

INDICACION PPE VIH



PPE EXPOSICION OCUPACIONAL O NO OCUPACIONAL VHB



Niños y adolescentes

- El pinchazo accidental con aguja de origen desconocido. Es la situación más habitual en niños y en general no requiere profilaxis posexposición (CIII). Debe iniciarse PPE si el pinchazo se produce con aguja usada recientemente por persona que vive con VIH con carga viral detectable o desconocida o persona que se inyecta droga.
- La mordedura es un motivo frecuente de consulta en niños y niñas. El riesgo de transmisión es muy bajo. Por tanto, en caso de mordedura humana, NO se recomienda profilaxis (CII) salvo que concurren TODAS estas condiciones: saliva contaminada con sangre visible, persona que ha ocasionado la mordedura tenga (o se sospeche) carga viral > 1000 copias/ml y la mordedura haya ocasionado herida profunda.
- Si existe (o se confirma) posibilidad de abuso sexual o si consultan por relación sexual de riesgo (penetración vaginal o recepción anal sin protección) debemos saber que en población pediátrica se asocia mayor riesgo de transmisión viral por mayor vulnerabilidad anatómica a los traumatismos, una mucosa vaginal y anal más fina, ectopia cervical, etc.

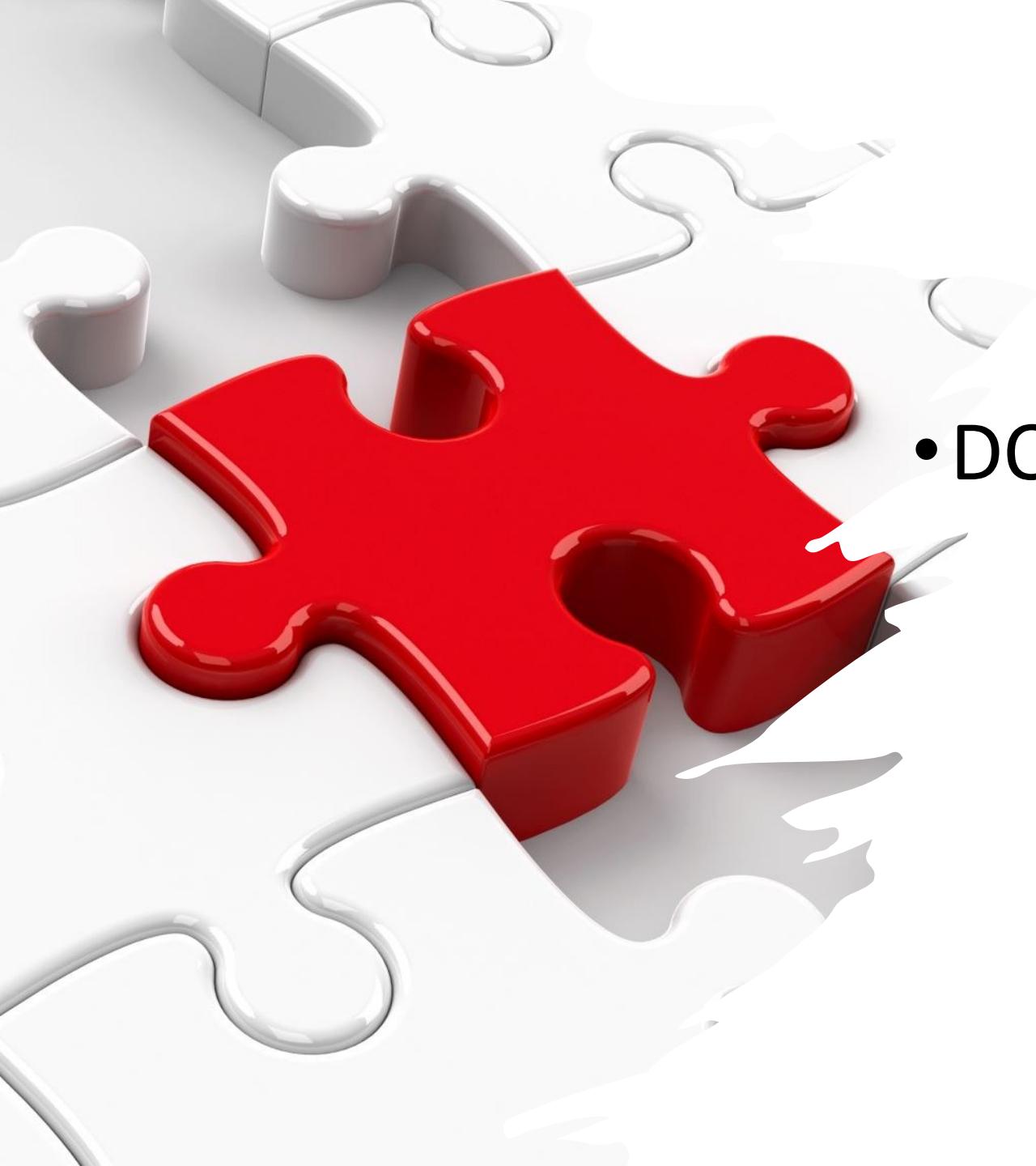
PROFILAXIS ARV



Edad**	Pauta preferente	Pauta alternativa
> 12 años y adolescentes	TDF/FTC (245 mg / 200 mg) 1cp/24h + RAL (400 mg) 1cp / 12h ó DTG (50 mg) 1 cp / 24h	TDF/FTC (245 mg / 200 mg) 1 cp / 24h + DRV (400 mg) 2 cp / 24h y RTV 100 mg / 24h Si ClCr < 59 ml / min: ZDV + 3TC (ajustados a función renal) + RAL (400 mg) 1cp / 12h ó DTG (50 mg) 1 cp / 24h
2 - 12 años	TDF* + 3TC* ó ZDV* + 3TC* + RAL* ó DTG*	ZDV* + 3TC* + LPV/RTV (230 mg / 57,5 mg / m ² / dosis c / 12h)
1 mes - 2 años	ZDV* + 3TC* + RAL*	
< 1 mes	Consultar a un especialista	

*Dosis en Tabla 8.2.

**Es posible que en los próximos años se aprueben nuevas presentaciones farmacológicas para población pediátrica, como Biktarvy® comprimido pediátrico. Dado que actualmente no están comercializadas en nuestro medio, no se incluyen en esta guía.

A large red 3D puzzle piece stands prominently in the center-left of the frame, partially overlapping several white puzzle pieces. The white pieces are arranged in a grid-like pattern, with some visible behind the red piece and others in the foreground. The red piece has a glossy, reflective surface.

- DOXY-PREP



Co-Chairs Choice

Doxycycline post-exposure prophylaxis for prevention of STIs among MSM and TGW who are living with HIV or on PrEP

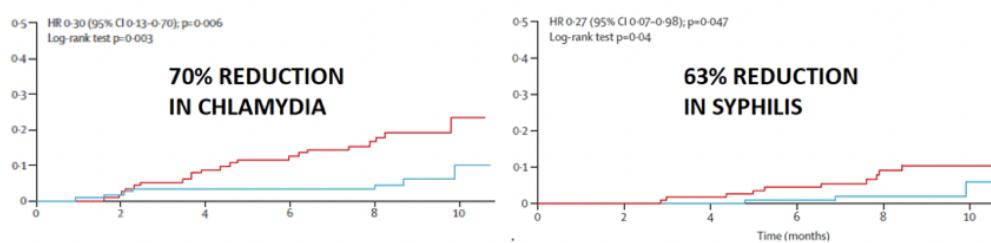
Annie Luetkemeyer, Julie Dombrowski, Stephanie Cohen, Deborah Donnell, Cole Grabow, Clare Brown, Cheryl Malinski, Rodney Perkins, Melody Nasser, Carolina Lopez, Susan Buchbinder, Hyman Scott, Edwin Charlebois, Diane Havlir, Olusegun Soge, Connie Celum on behalf of the DoxyPEP Study Team



Disclosures

- Doxycycline provided by Mayne Pharmaceuticals
- Laboratory support from Cepheid & Hologic

Doxycycline taken after condomless sex as post-exposure prophylaxis (PEP) is a promising intervention



Earlier investigation has shown doxycycline PEP led to ~ 2/3rds reduction in syphilis and chlamydia (CT) in MSM taking intermittent HIV PrEP but was not effective for gonorrhea (GC).



Molina et al Lancet 2018;18(3): 308-317



Doxy PEP was safe & acceptable, with high adherence

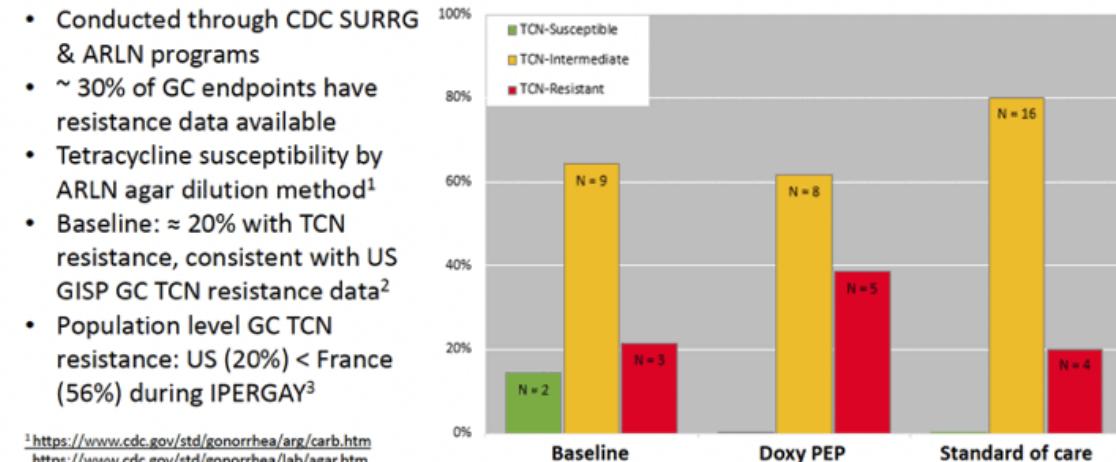
- AEs attributed to doxycycline PEP:
No grade 3+ adverse events, grade 2+ lab abnormalities, or SAEs
- Tolerability and acceptability:
 - 1.5% discontinued due to intolerance or participant preference
 - 88% reported doxycycline PEP was acceptable/very acceptable
- Adherence: Median 7.3 (IQR 1-10) sex acts (anal/vaginal/frontal) per month, with 87% covered by doxycycline per self-report

< 10 doses/month:	54%
10-20 doses/month:	30%
≥ 20 doses/month:	16%

Based on mean difference between pills dispensed and returned for pill count

Gonococcal Tetracycline (TCN) culture-based susceptibility

- Conducted through CDC SURRG & ARLN programs
- ~ 30% of GC endpoints have resistance data available
- Tetracycline susceptibility by ARLN agar dilution method¹
- Baseline: ≈ 20% with TCN resistance, consistent with US GISP GC TCN resistance data²
- Population level GC TCN resistance: US (20%) < France (56%) during IPERGAY³



¹<https://www.cdc.gov/std/gonorrhea/arg/carb.htm>
<https://www.cdc.gov/std/gonorrhea/lab/agar.htm>

²CDC STD Surveillance Report 2020, ³LaRuche et al. Eurosurveillance 2014;19(34)

¿CÓMO DEBEMOS USAR LA DOXICICLINA EN PPE?

- HSH y MTG con o sin VIH:
 - No uso de condones o protección.
 - >1-2 ITS en el último año.
 - Cribado de ITS negativo.
 - No contraindicaciones para usar doxiciclina.
- Dosis:
 - 200 mg con comida y agua.
 - Entre 24-72 horas después del contacto de riesgo.
- Controles;
 - Cribado periódico de ITS regular en caso de PREP.
 - Efectos secundarios y problemas de doxiciclina.
 - Monitorizar las resistencias de las infecciones que aparezcan y si es posible el efecto sobre la microbiota.



Efectividad Vacuna de Meningococo Tipo B

> Clin Infect Dis. 2023 Feb 8;76(3):e1341-e1349. doi: 10.1093/cid/ciac436.

Prevention of Neisseria gonorrhoeae With Meningococcal B Vaccine: A Matched Cohort Study in Southern California

Katia J Bruxvoort ^{1 2}, Joseph A Lewnard ^{3 4 5}, Lie H Chen ², Hung Fu Tseng ^{2 6}, Jennifer Chang ⁷, Jennifer Veltman ⁸, Jeanne Marrazzo ⁹, Lei Qian ²

50%

Affiliations + expand

PMID: 35642527 DOI: 10.1093/cid/ciac436

> JAMA Netw Open. 2023 Aug 1;6(8):e2331742. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.31742.

Association of Group B Meningococcal Vaccine Receipt With Reduced Gonorrhea Incidence Among University Students

Steve G Robison ¹, Richard F Leman ¹

40%

Affiliations + expand

PMID: 37651146 PMCID: PMC10472183 DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.31742

Observational Study > Lancet Infect Dis. 2022 Jul;22(7):1021-1029.

doi: 10.1016/S1473-3099(21)00812-4. Epub 2022 Apr 12.

Effectiveness of a serogroup B outer membrane vesicle meningococcal vaccine against gonorrhoea: a retrospective observational study

Winston E Abara ¹, Kyle T Bernstein ², Felicia M T Lewis ³, Julia A Schillinger ⁴, Kristen Feemster ⁵, Preeti Pathela ⁶, Susan Hariri ⁷, Aras Islam ⁵, Michael Eberhart ⁵, Iris Cheng ⁸, Alexandra Ternier ⁸, Jennifer Sanderson Slutsker ⁶, Sarah Mbaeyi ⁷, Robbie Madera ⁷, Robert D Kirkcaldy ²

32%

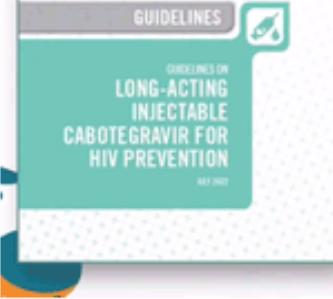
Controlled Clinical Trial > Lancet. 2017 Sep 30;390(10102):1603-1610.

doi: 10.1016/S0140-6736(17)31449-6. Epub 2017 Jul 10.

Effectiveness of a group B outer membrane vesicle meningococcal vaccine against gonorrhoea in New Zealand: a retrospective case-control study

59%

Helen Petousis-Harris ¹, Janine Paynter ², Jane Morgan ³, Peter Saxton ⁴, Barbara McArdle ⁵, Felicity Goodyear-Smith ², Steven Black ⁶



Long-acting injection prevention choice for HIV prevention (conditional)

CAB-LA is highly effective

Data from 2 large, multi-site RCTs

CAB-LA is a highly effective and

- CAB-LA reduces HIV incidence by 79% corresponding to a 79% relative risk reduction (RR) compared to TDF-FTC.
- Note: Relative HIV risk reduction was 88% in HPTN 084.

High adherence to CAB-LA

- High adherence to CAB-LA across all sites
- Lower adherence to TDF-FTC

- Initial results from HPTN 083 OLE show high adherence to CAB-LA and TDF-FTC in the first year following initiation.



Asegurando la *tranquilidad* personal y profesional
del personal sanitario y sus familiares

[Inicio](#) > [Industria](#) > La CE aprueba Apretude de ViiV Healthcare como PrEP para el VIH

INDUSTRIA

La CE aprueba Apretude de ViiV Healthcare como PrEP para el VIH

El tratamiento ya está aprobado para su uso en Estados Unidos, Australia y Sudáfrica, así como en otros países

Por Ana Sánchez Caja - 19 septiembre 2023

The image shows a close-up of a blue plastic tray holding several blood sample tubes. Some tubes contain red blood, while others are clear or have a different color. The tubes have white labels with black text and barcode markings. In the background, a blurred medical professional wearing a white coat and mask is visible, suggesting a clinical setting.

Relative risk 95% CI	Weight (%)
0.18, 0.62]	57.17
0.04, 0.31]	42.83
0.07, 0.61]	



26 de Agosto de 2025



*Lenacapavir, fue aprobado por la
Comisión Europea como
profilaxis preeposición
(PrEP) frente al VIH.*

Doxycycline Post-Exposure Prophylaxis to Prevent Bacterial Sexually Transmitted Infections

Date of current publication: September 25, 2023

Lead authors: Daniela E. DiMarco, MD, MPH, University of Rochester School of Medicine and Dentistry; Marguerite A. Urban, MD

Writing group: Steven M. Fine, MD, PhD; Rona M. Vail, MD; Joseph P. McGowan, MD, FACP, FIDSA; Samuel T. Merrick, MD; Asa E. Radix, MD, MPH, PhD; Jessica Rodrigues, MS; Charles J. Gonzalez, MD; Christopher J. Hoffmann, MD, MPH

Committee: [Medical Care Criteria Committee](#)

Date of original publication: September 25, 2023

Table 1: Considerations for Doxy-PEP Implementation

Consideration(s)	Comments
Available formulations	<ul style="list-style-type: none">Doxycycline hydiate delayed-release 200 mg oral tabletDoxycycline hydiate or monohydrate immediate-release 100 mg oral capsule or tablet (2 capsules or tablets taken together for a total of 200 mg)The immediate-release formulations are more widely available and usually cost less than the delayed-release formulation.
Administration	<ul style="list-style-type: none">As doxy-PEP, 200 mg of doxycycline should ideally be taken within 24 hours after condomless sex, up to 72 hours maximum.No more than 200 mg of doxycycline should be taken in a 24-hour period.Milk and vitamins containing positive cations (e.g., calcium, zinc, magnesium) should be avoided within 2 hours of taking doxycycline, because these interfere with doxycycline absorption and may lower doxycycline levels, potentially reducing efficacy.
Contraindications, drug-drug interactions, and dose adjustments	<ul style="list-style-type: none">Doxycycline should not be used as PEP concurrently with other doxycycline therapy (or any other tetracycline-class antibiotic) for treatment or prevention of a health condition (e.g., acne, rosacea, malaria prophylaxis).No significant drug-drug interactions exist between doxycycline and ARVs used for HIV treatment or PrEP.No known drug reactions exist between doxycycline and gender-affirming hormone therapies.No doxycycline dose adjustments are indicated for patients with renal dysfunction.Doxycycline is generally contraindicated during pregnancy because of potential adverse effects on the fetus [FDA 2016].

All Recommendations

ALL RECOMMENDATIONS: DOXYCYCLINE POST-EXPOSURE PROPHYLAXIS TO PREVENT BACTERIAL SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

Biomedical Prevention of STIs

- Clinicians should offer doxy-PEP to cisgender men and transgender women who are taking HIV PrEP or receiving HIV care and 1) engage in condomless sex with partner(s) assigned male sex at birth and 2) have had a bacterial STI diagnosed within the past year and are at ongoing risk of STI exposure. (A1)
- Clinicians should offer doxy-PEP to cisgender men and transgender women who are *not* taking HIV PrEP or receiving HIV care and 1) engage in condomless sex with partner(s) assigned male sex at birth and 2) have had a bacterial STI diagnosed within the past year and are at ongoing risk of STI exposure. (A2†)
- Clinicians should engage in shared decision-making with cisgender men who 1) engage in condomless sex with multiple partners assigned female sex at birth and 2) have had a bacterial STI diagnosed within the past year, offering doxy-PEP on a case-by-case basis. (B3)
- When prescribing doxy-PEP, clinicians should use the dosing regimen of oral doxycycline 200 mg taken ideally within 24 to 72 hours of condomless sex (A1) and counsel patients (A*) on the key points for patient education outlined in [Table 1: Considerations for Doxy-PEP Implementation](#).
- For individuals taking doxy-PEP, clinicians should screen for HIV, chlamydia, gonorrhea, and syphilis at least every 3 months. (A1)
- Clinicians should offer HIV PrEP to individuals who do not have HIV and are initiating or using doxy-PEP. (A*)
- Clinicians should [offer HIV treatment](#) to individuals with HIV who are not on antiretroviral therapy and are initiating or using doxy-PEP. (A1)

Abbreviations: doxy-PEP, doxycycline post-exposure prophylaxis; PrEP, pre-exposure prophylaxis; STI, sexually transmitted infection.



Vacunación

CALENDARIO DE VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN POR GRUPOS DE RIESGO

RECOMENDADO POR LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS
DE LA COMUNIDAD VALENCIANA 2025

CALENDARIO DE VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN POR GRUPOS DE RIESGO

RECOMENDADO POR LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS
DE LA COMUNIDAD VALENCIANA 2025

VACUNA	INMUNO DEPRESIÓN ¹	TOS ²	TPH ³	VIH ⁴	ASPLENIA ⁵	ERC ⁶	CARDIO ⁷	RESPIRAT ⁸	HEPÁTICO ALCOHOL ⁹	DM ¹⁰	SANITARIO ¹¹	HSH/PrEP ¹²
Difteria, Tétanos y Tosferina											a	
Poliomielitis											b	
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b												
Hepatitis B												
Neumococo												
Meningococo B			*		*						b	
Meningococo ACWY											b	
Sarampión, Rubeola y Parotiditis	Controlada	Controlada										
Varicela	Controlada	Controlada										
Virus del Papiloma Humano		**	**	**								**
Herpes Zóster	>18 años				≥50 años							
Gripe												
Hepatitis A										b		
SARS-CoV-2												
Monkeypox										c		**
VRS***												

*Se administrará una dosis de recuerdo un año después de completar la vacunación primaria y, posteriormente, una dosis de recuerdo cada 5 años.

** Considerar según edad, disponibilidad o factores de alto riesgo presentes.

***Vacuna bivalente aprobada a partir de 18 años con factores de riesgo. Vacuna adyuvada RSVPreF3 aprobada a partir de 50 años con factores de riesgo.

Tener en cuenta a convivientes en el plan vacunal, incluido sanitarios.

Completa al Calendario de Vacunación e Inmunización para todas las Etapas de la Vida Recomendado por las SSCC de la Comunidad Valenciana 2025



VACUNA VPH

- **Hasta los 26 años:** Se administra una única dosis de la vacuna contra el VPH.
- **De 26 a 45 años (incluidos):** Se administran dos dosis, siguiendo una pauta de 0 y 6 meses.
- **Motivo de la ampliación:** La inclusión de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) hasta los 45 años se debe a que son considerados un grupo de riesgo para la infección por el VPH.
- Consideraciones importantes:
- **Vacuna utilizada:** La vacunación se realiza con la vacuna Gardasil 9.
- **Recomendaciones:** Estas indicaciones siguen las últimas recomendaciones del Ministerio de Sanidad y están sujetas a posibles cambios en el futuro.
- **Consulta profesional:** Es importante consultar con el profesional de salud de tu centro de salud para conocer la pauta y realizar el registro de las dosis en tu cartilla personal de vacunaciones.



Flores jua@gva.es

