



Manejo de las principales ITS en el paciente infectado por VIH.

Dra. Ana González Cordón
Especialista en Enfermedades Infecciosas
Hospital Clínic. Barcelona

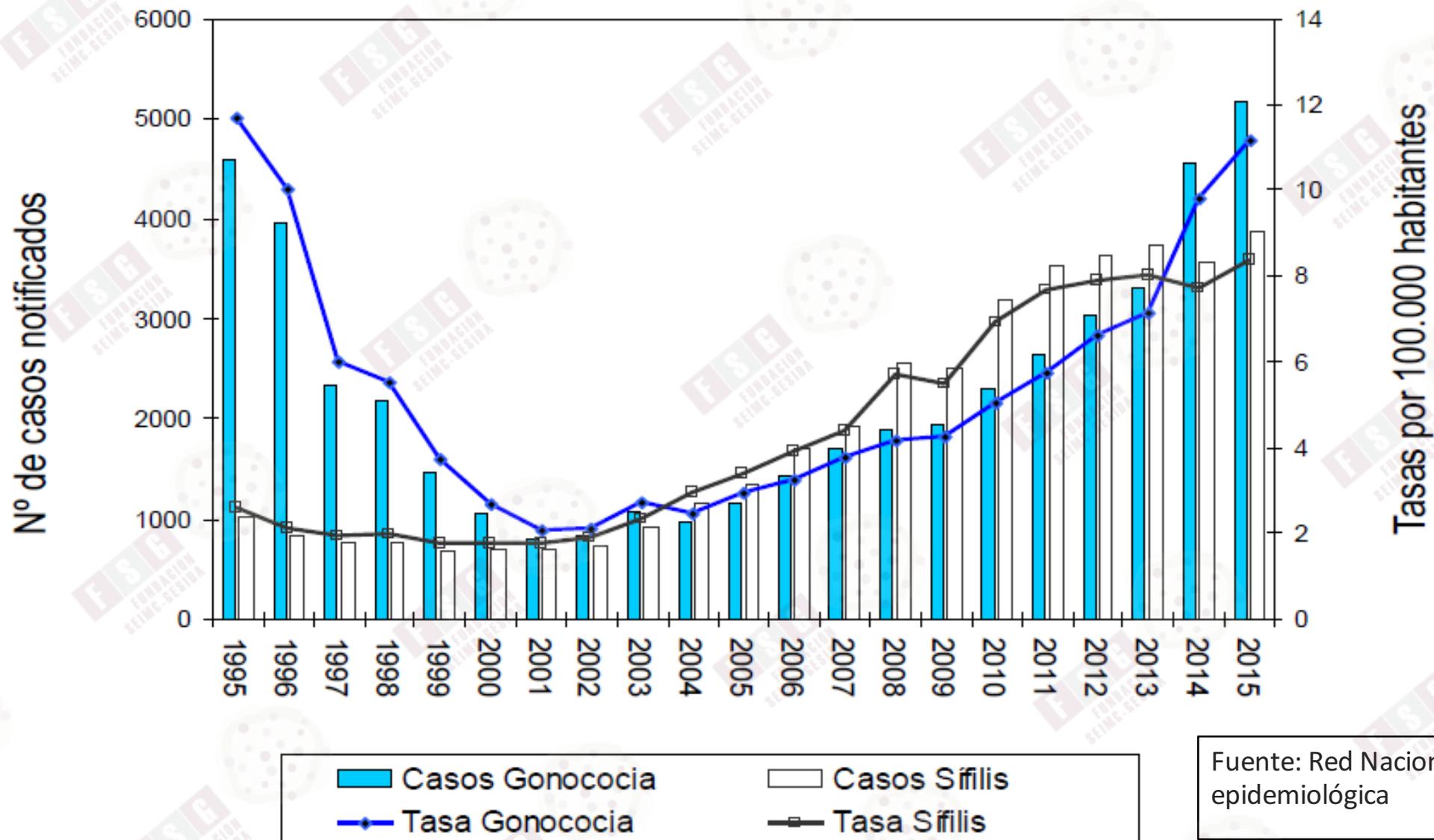
Una actividad de:



Con la colaboración de:



**Figura 1. Incidencia de infecciones de transmisión sexual
Número de casos y tasas por 100.000 hab. España, 1995-2015**



Fuente: Red Nacional de Vigilancia epidemiológica

Figura 1.20. Evolució dels diagnòstics de VIH segons els grups de transmissió. Registre de VIH i sida de Catalunya, 2001-2013

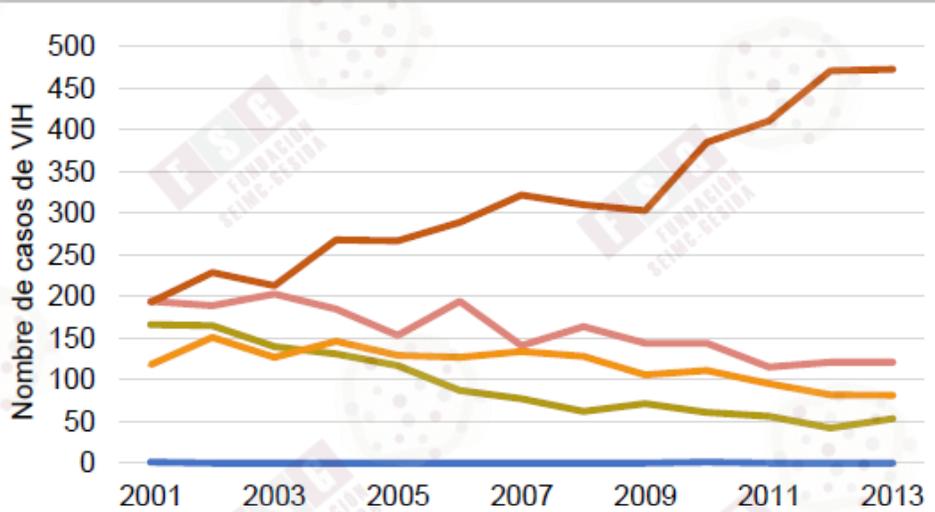
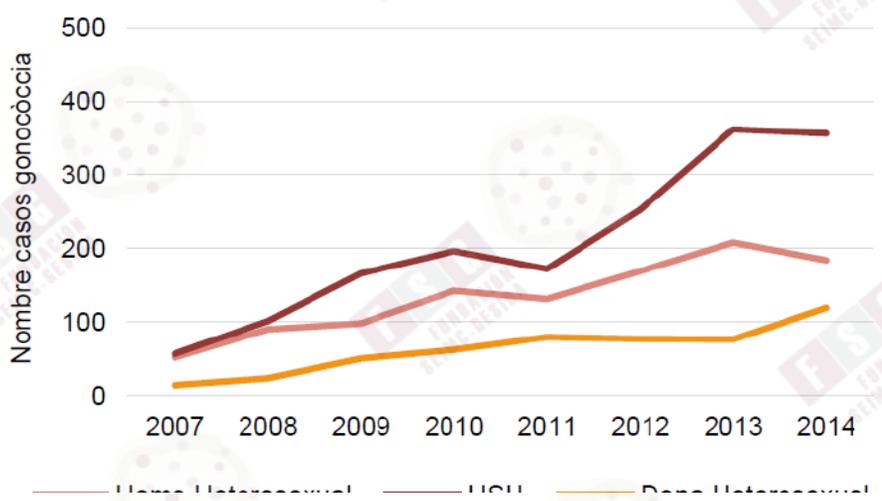


Figura 2.7. Evolució dels casos de gonocòccia segons l'orientació sexual. Registre de MDO individualitzada de Catalunya, 2007-2014



SIVES 2015

Sistema Integrat de
Vigilància Epidemiològica
de la SIDA/VIH/ITS a
Catalunya

Document tècnic núm. 22

Figura 2.3. Evolució dels casos de sífilis segons l'orientació sexual. Registre de MDO individualitzada de Catalunya, 2007-2014

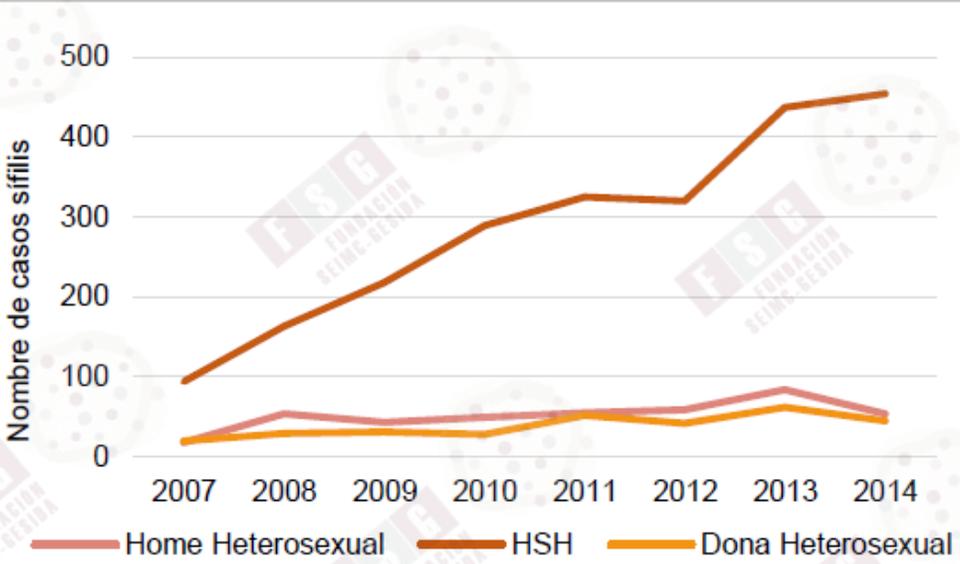
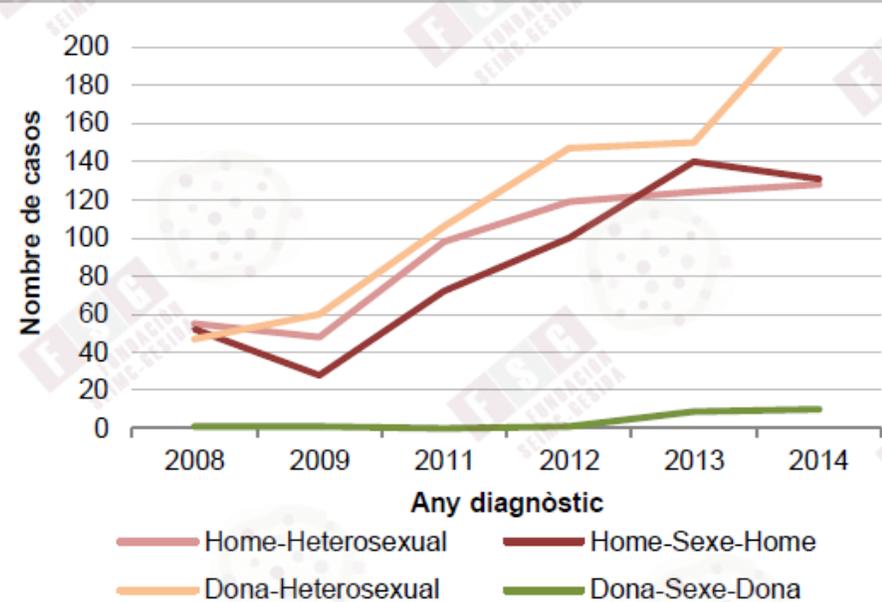


Figura 2.13. Evolució dels casos d'infecció per *Chlamydia trachomatis* segons l'orientació sexual. RITS, 2008-2014



Informe
epidemiològic
CEEISCAT. Agència de
Salut Pública de
Catalunya

ITS en PVVIH

I.T.S. e infecciones genitales	URETRITIS	CERVICITIS (EIP)	(VULVO) VAGINITIS	ÚLCERA GENITAL	ANO-FARINGE
<i>N. gonorrhoeae</i>	+++	+++			+++
<i>C. trachomatis</i>	+++	+++		+++ (LGV)	+++
<i>M. genitalium</i>	++	++			
<i>T. vaginalis</i>	++	+	++		
V.H.S. 1-2	+	+	+	+++	+
<i>Candida spp.</i>	+		+++		
<i>M. hominis</i>	+		+(VB)		
<i>Ureaplasma spp.</i>	+		++(VB)		
<i>G. vaginalis</i>			+++ (VB)		
<i>T. pallidum</i>				+++	+
<i>H. ducreyi</i>				++	
<i>K. granulomatis</i>				+	

URETRITIS

- **CLÍNICA**
- Supuración uretral
- Disuria
- Meatitis



GONOCOCCO
CLAMIDIA D-K
MYCOPLASMA / UREAPLASMA
HAEMOPHYLUS PARA/INFLUENZA
HERPES
TRICOMONAS





URETRITIS

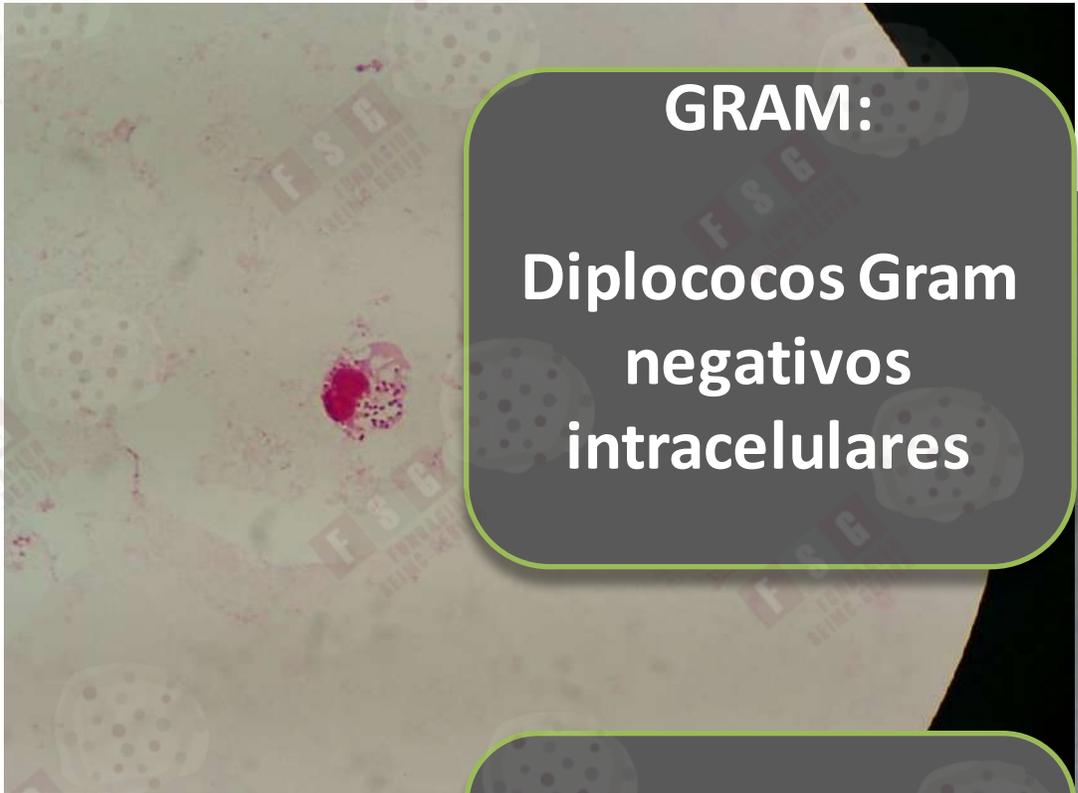
Urethritis: Hallazgos de laboratorio:

≥ 5 leucocitos por campo de inmersión en aceite de alta potencia en secreciones uretrales y/o

Presencia de esterasa de leucocitos y/o

≥ 10 leucocitos en el examen microscópico del primer chorro de orina

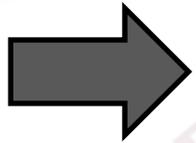




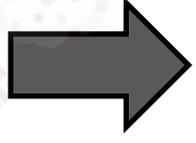
GRAM:
Diplococos Gram negativos intracelulares



GRAM negativo



Uretritis gonocócica



Uretritis No Gonocócica

Características de uretritis gonocócicas y no gonocócicas

	URETRITIS GONOCÓCICA	URETRITIS NO GONOCÓCICA
Etiología	N. gonorrhoeae	C. trachomatis N-K, Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis, Haemophilus influenzae, N. meningitidis, Escherichia coli, Adenovirus, virus herpes simple (Ureaplasma urealyticum,-parvum)
Epidemiología	Países en desarrollo	Causa más frecuente en nuestro medio
Incubación	2-5 días	1-3 semanas
Clínica	Sintomática (90%/50%) Uretritis, cervicitis	Más frecuente asintomática Gota matutina
Complicaciones locales	Epididimitis, prostatitis, salpingitis, uretritis posterior, EIP	Igual a gonococo Causa más frecuente en nuestro medio de EIP
Complicaciones sistémicas	Gonococemia	Artritis reactiva (Sd.Reiter)

- Uretritis. Diagnóstico

CULTIVO

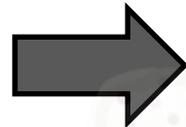


Neisseria gonorrhoea
Neisseria meningitidis
Haemophilus influenza-
parainfluenza

Aislamiento de
gérmenes
Realización de
Antibiograma

Exudado uretral
cervical/vaginal

PCR



Neisseria gonorrhoea
Chlamydia trachomatis
Mycoplasma genitalium
Trichomonas

Sensibilidad > 95%

Exudado uretral
cervical/vaginal
Hombres: primer chorro
de orina

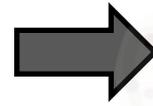
- Uretritis. Manejo

**Síntomas + muestra uretral
negativa**



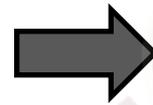
NO tratamiento empírico

Empírico



**Ceftriaxona 500mg im
Azitromicina 1g vo**

**Con diagnóstico
microbiológico**



Según germen

Gonococo



- ***Neisseria gonorrhoeae***
- >100 mill/año (OMS) Infradiagnosticada
- 2ª ITS bacteriana más frecuente en Europa
- Elevada morbilidad (EPI, abortos..)
- Resistencia AB: Problema prioritario salud pública
- Alerta! Resistencia Cefalosporinas 3ª generación
- **WHO Global GASP (1992)**
- **2004 European GASP**

**Gonorrhoea Antimicrobial
Surveillance Programme**

Tratamiento de la infección gonocócica no complicada en uretra, cérvix y recto

Tratamiento de elección

- Ceftriaxona 500mg IM
 - Azitromicina (1 g oral)
- CEFTRIAXONA 250 – 500mg IM
+
AZITROMICINA 1-2g vo

pero.....

Tratamientos alternativos (sólo en caso de que no pueda utilizar el tratamiento de elección por algún motivo)

- Cefixima 400mg vía oral en dosis única más azitromicina (1 o 2 g vía oral en dosis única)
- Ceftriaxona 500mg IM en dosis única.
- Doxiciclina 100mg vía oral dos veces al día (sustituyendo a la azitromicina)
- Espectinomicina 2g IM en dosis única más azitromicina (1 o 2 g vía oral en dosis única)
- Azitromicina (2g por vía oral en dosis única) más gentamicina (240mg por vía intramuscular en dosis única) o gemifloxacino (320mg por vía oral dosis única)

Uretritis no Gonocócicas

- ITS + declarada en EU → *C.trachomatis* D-K
- Gérmen más frecuente en nuestro medio
- Alta prevalencia en **asintomáticas**
- Más en **mujeres jóvenes y heterosexuales**

- *Mycoplasma genitalium*
- Alta prevalencia en países occidentales
- Posibilidad de secuelas (infertilidad mujeres..)
- Tasa de cepas resistentes a macrólidos en aumento



Mycoplasma genitalium

- Patogenicidad clara
- 10-30 % de casos UNG en varones
- Causante de cervicitis, endometritis, tubaritis, EIP en mujeres
 - **morbilidad reproductiva**
- Coinfección frecuente con *C. trachomatis*
 - (5 -15 %)
- Posible Artritis Reactiva
- **Diagnóstico: TAAN → PCR**

Resistencias a macrólidos
en aumento!

Azithromycin for *Neisseria gonorrhoeae* and *Mycoplasma genitalium*

- the drug does work, but can make it worse.

Dr Tariq Sadiq

Applied Diagnostic Research and Evaluation Unit

Institute for Infection and Immunity

St George's, University of London

ssadiq@sgul.ac.uk



Edmund Burke Hall

Moderator: Hunter Handsfield

Speakers:

Jane Hocking, PhD: *The impact of azithromycin*

Tariq Sadiq: *Azithromycin for Neisseria gonorrhoeae can make it worse*

William M. Geisler: *Summary and Perspectives on Macrolide Resistance and Efficacy Concerns in Bacterial STIs and the Continued Use of Azithromycin*

Panellists: Grainne Courtney, Angelika Sta

Summary and Perspectives on Macrolide Resistance and Efficacy Concerns in Bacterial STIs and the Continued Use of Azithromycin

William M. Geisler, MD, MPH

University of Alabama at Birmingham



Is Dual Therapy for Gonorrhoea the Solution to the Threat of Antimicrobial Resistance?

Dr John White

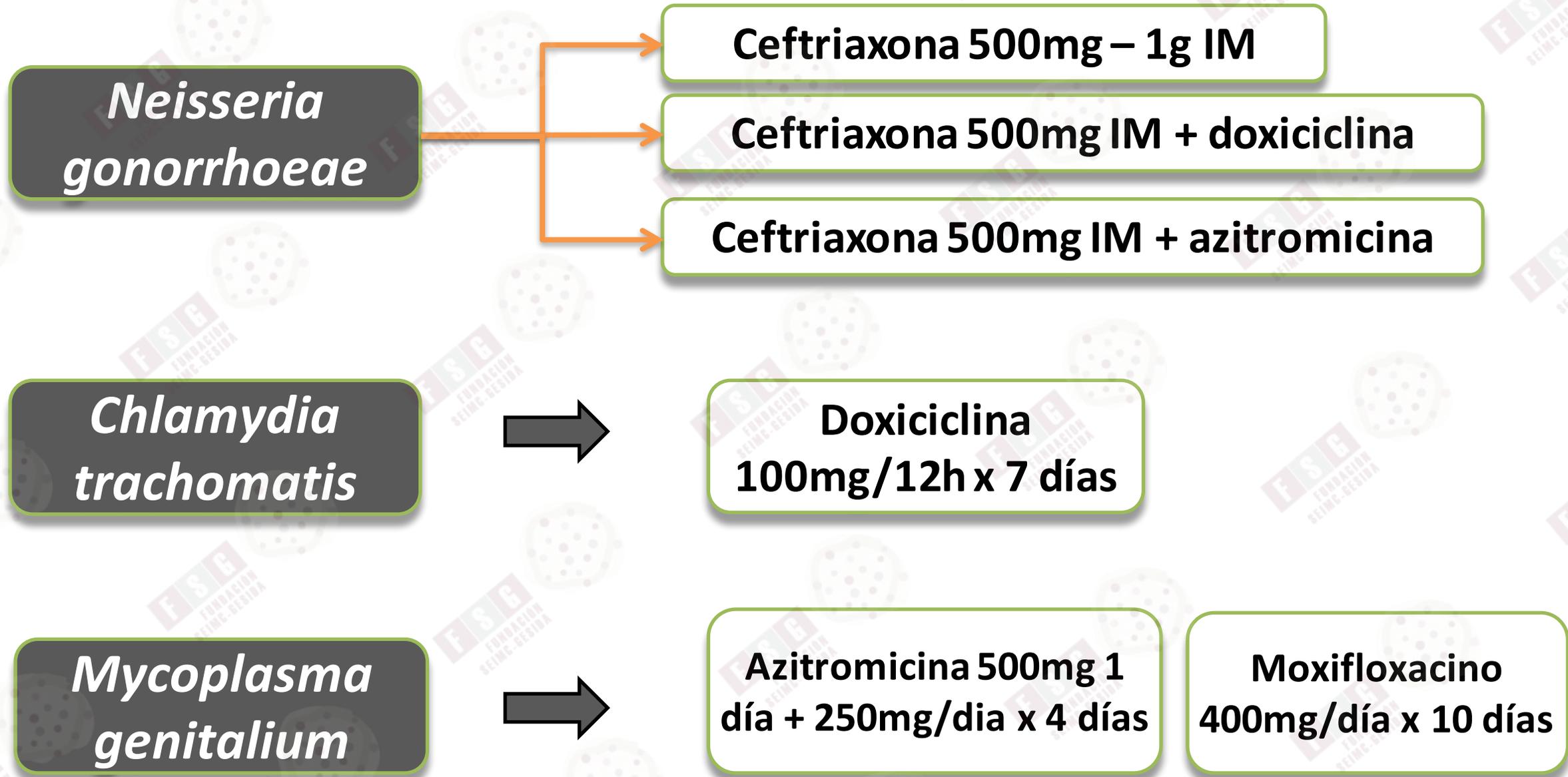
Western Health and Social Care Trust, Londonderry, UK

Azithromycin or Doxycycline
in the Treatment of Non-
Gonococcal Urethritis in Men

Dr Patrick Horner
University of Bristol

on STI treatment efficacy
Chlamydia genitalium - the drug does work, but
Resistance and Efficacy Concerns in Bacterial

- Uretritis. Manejo



Proctitis: inflamación del recto (últimos 10-12cm) y se acompaña de dolor, tenesmo rectal, sangrado y secreción rectal de moco o pus.

- *N. gonorrhoeae*,
- *C. trachomatis*:
 - serotipos D-K
 - serotipos L1-L3 (LGV)
- *T. pallidum* y
- VHS

etiologías más frecuentes en personas que practican sexo anal receptivo.

Proctocolitis: la inflamación va más allá del recto y a los síntomas de proctitis se le añaden diarrea y dolor abdominal.

- *Campylobacter sp*
- *Shigella sp.*
- *Entamoeba histolytica*
- *C. trachomatis* (serotipos LGV)
- CMV (más frecuente en personas inmunodeprimidas y/o con infección por VIH)
- Pueden transmitirse por coito anal receptivo o contacto oro-anal.

Enteritis: causa diarrea y dolor abdominal, habitualmente sin síntomas de proctitis.

- Puede estar causada por transmisión de gérmenes por contacto oro-anal. Los más frecuentes son *Giardia lamblia* y enterobacterias.

Proctitis

- Dolor ano-rectal o dolor suprapúbico, secreción anal mucosa o purulenta, sangrado rectal, tenesmo, sensación de evacuación incompleta o estreñimiento.
- La proctitis por gonococo suele ser de presentación más aguda y sintomática.
- Las úlceras causadas por VHS suelen ser dolorosas, al contrario que las causadas por LGV o *T. pallidum* que pueden ser asintomáticas o paucisintomáticas.
- El LGV puede presentarse con una clínica de proctitis o proctocolitis subaguda de semanas o meses de evolución que puede confundirse con una enfermedad inflamatoria intestinal.
- De todas maneras, en la mayoría de casos, las diferentes etiologías no son fácilmente distinguibles únicamente por la clínica.

Proctitis. Diagnóstico

- Se aconseja realizar una anoscopia que demostrará signos de inflamación y/o úlceras en canal anal.
- Deben tomarse muestras para llegar al diagnóstico microbiológico del microorganismo causante:
 - ***N. gonorrhoeae***: Gram, cultivo o TAAN (PCR) en muestra rectal.
 - Si la PCR es positiva -> cultivo con antibiograma.
 - ***C. trachomatis***: TAAN (PCR) en muestra rectal.
 - Si PCR positiva -> determinarse si serotipo L1-L3 (LGV).
 - ***T. pallidum***: TAAN (PCR) en muestra rectal, campo oscuro y serologías.
 - **VHS**: TAAN (PCR) o cultivo viral en muestra rectal.

Proctitis. Tratamiento

- Tratamiento empírico:

ceftriaxona 500 mg IM dosis única

MÁS

doxiciclina 100 mg/ 12h v.o. durante 7 días

- Como alternativa a la doxiciclina podría utilizarse la azitromicina 1g v.o. dosis única aunque hay menos experiencia.
- Valorar según la sospecha clínica añadir:
 - valaciclovir 500 mg/12h v.o. durante 5-10 días (si sospecha de VHS)
 - penicilina G benzatina 2.4 M UI IM (si test rápidos de sífilis positivos)
- Adecuar el tratamiento según el diagnóstico microbiológico específico ***LGV

Proctitis Clamidia

- 15 serovariedades distintas de *Chlamydia trachomatis*
 - Según el estudio de la proteína mayor de membrana externa
 - (MOMP por su siglas en inglés: *major outer membrane protein*)
- Relación directa entre el tipo de CT infectante y la clínica

Serovar <i>C.trachomatis</i>	Clínica
A,B, C	Tracoma
D, E, F, G, H, I, J, K	Uretritis, cervicitis, epididimitis, prostatitis, salpingitis, EIP, proctitis , conjuntivitis de inclusión, neumonía lactantes
L1, L2, L3	Linfogranuloma venéreo: proctitis , úlceras, adenopatías, masa rectal...

Proctitis Clamidia

- Los **serovariedad D-K** pueden causar proctitis
 - Afectación mucosa
 - No úlceras acompañantes
- Los **serovariedad L1, L2 y L3** (invasivos) son responsables del linfogranuloma venéreo :
 - Inflamación profunda de tejidos blandos y afectación de tejido linfático
 - Requieren pautas más largas de tratamiento
 - Pueden presentar otros cuadros (adenopático, úlceras...)

Linfogranuloma venéreo

- Casos LGV en Occidente desde 2003
 - Brotes epidémicos
- Hombres que tiene sexo con hombres
- **Elevada tasa de coinfección con otras ITS**
- **> 70% en VIH + (VHC..)**

Solicitar SEROLOGÍAS VIH y repetir en 2-3 meses en caso de ser negativas

Evolución mensual registro LGV. Cataluña 2007-11



Distribución casos LGV según orientación sexual. Cataluña 2007-13



Tratamiento

LGV

- Tratamiento de elección:
 - **Doxiciclina 100mg/12h x 3 semanas**
- Alternativa:
 - Azitromicina 1 gr /semanal vo x 3 semanas consecutivas

Tratamiento específico

PROCTITIS	Recomendado	Alternativo	Alternativo	Alternativo	Gestación
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona 500 mg IM + Azitromicina 2 gr dosis única oral ³	Cefixima 400 mg dosis única oral + Azitromicina 2 gr dosis única oral ³	Gentamicina 240 mg IM + Azitromicina 2 gr dosis única oral ⁴	Gemifloxacino 320 mg dosis única oral (*) + Azitromicina 2 gr dosis única oral ⁴	Ceftriaxona 250 mg IM + Azitromicina 1 gr dosis única oral ²
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Doxiciclina 100 mg / 12 horas vo durante 7 días ⁵	Azitromicina 1 gr dosis oral única ⁵	Levofloxacino 500 mg / día durante 7 días ²	Eritromicina 500 mg / 6 horas durante 7 días ²	Azitromicina 1 gr dosis única oral ⁵
Linfogranuloma venereo ²	Doxiciclina 100 mg / 12 horas vo durante 21 días	Eritromicina 500 mg / 6 horas vo durante 21 días	Azitromicina 1 gr / oral semana durante 3 semanas		Eritromicina 500 mg / 6 horas vo durante 21 días
<i>Shigella</i> ⁷	Ciprofloxacino 500 mg / 12 horas vo durante 3 días o Azitromicina 1 gr dosis única oral	Cotrimoxazol 2 comp cada 12 horas vo durante 3 días	Ceftriaxona 1gr/24 horas iv o Cefixima 400 mg/24 horas, vo durante 5 días.	En inmunodeprimidos, Ciprofloxacino 500 mg / 12 horas vo durante 7-10 días.	

(*) No comercializado en España

I.T.S. e infecciones genitales	URETRITIS	CERVICITIS (EIP)	(VULVO) VAGINITIS	ÚLCERA GENITAL	ANO-FARINGE
<i>N. gonorrhoeae</i>	+++	+++			+++
<i>C. trachomatis</i>	+++	+++			+++
<i>M. genitalium</i>	++	++			
<i>T. vaginalis</i>	++	+	++		
V.H.S. 1-2	+	+	+		+
<i>Candida spp.</i>	+		+++		
<i>M. hominis</i>	+		+(VB)		
<i>Ureaplasma spp.</i>	+		++(VB)		
<i>G. vaginalis</i>			+++ (VB)		
<i>T. pallidum</i>					+
<i>H. ducreyi</i>					
<i>K. granulomatis</i>					









I.T.S. e infecciones genitales	URETRITIS	CERVICITIS (EIP)	(VULVO) VAGINITIS	ÚLCERA GENITAL	ANO-FARINGE
<i>N. gonorrhoeae</i>	+++	+++			+++
<i>C. trachomatis</i>	+++	+++		+++ (LGV)	+++
<i>M. genitalium</i>	++	++			
<i>T. vaginalis</i>	++	+	++		
V.H.S. 1-2	+	+	+	+++	+
<i>Candida spp.</i>	+		+++		
<i>M. hominis</i>	+		+(VB)		
<i>Ureaplasma spp.</i>	+		++(VB)		
<i>G. vaginalis</i>			+++ (VB)		
<i>T. pallidum</i>				+++	+
<i>H. ducreyi</i>				++	
<i>K. granulomatis</i>				+	

Herpes simple 1 y 2



HSV: tratamiento

Primer episodio

Recommended Regimens*

Acyclovir 400 mg orally three times a day for 7–10 days

OR

Acyclovir 200 mg orally five times a day for 7–10 days

OR

Valacyclovir 1 g orally twice a day for 7–10 days

OR

Famciclovir 250 mg orally three times a day for 7–10 days

* Treatment can be extended if healing is incomplete after therapy.

Mantenimiento

Recommended Regimens

Acyclovir 400 mg orally twice a day

OR

Valacyclovir 500 mg orally once a day*

OR

Valacyclovir 1 g orally once a day

OR

Famciclovir 250 mg orally twice a day

* Valacyclovir 500 mg once a day might be less effective than other valacyclovir or acyclovir dosing regimens in persons who have very frequent recurrences (i.e., ≥ 10 episodes per year).

Recurrencias

Recommended Regimens

Acyclovir 400 mg orally three times a day for 5 days

OR

Acyclovir 800 mg orally twice a day for 5 days

OR

Acyclovir 800 mg orally three times a day for 2 days

OR

Valacyclovir 500 mg orally twice a day for 3 days

OR

Valacyclovir 1 g orally once a day for 5 days

OR

Famciclovir 125 mg orally twice daily for 5 days

OR

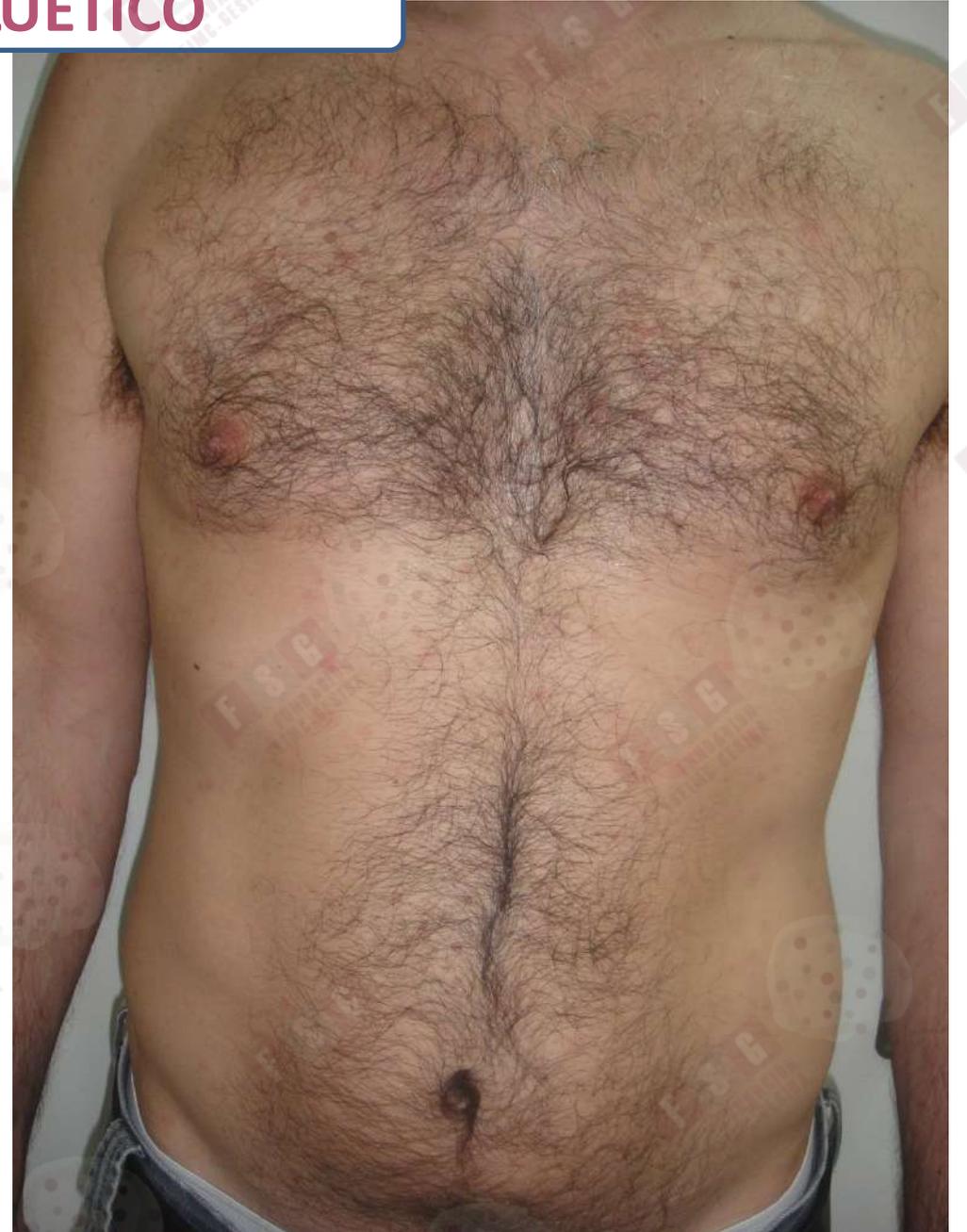
Famciclovir 1 gram orally twice daily for 1 day

OR

Famciclovir 500 mg once, followed by 250 mg twice daily for 2 days



SECUNDARISMO LUÉTICO



SECUNDARISMO LUÉTICO



SECUNDARISMO LUÉTICO



SECUNDARISMO LUÉTICO



SECUNDARISMO LUÉTICO





SECUNDARISMO LUÉTICO

SECUNDARISMO LUÉTICO





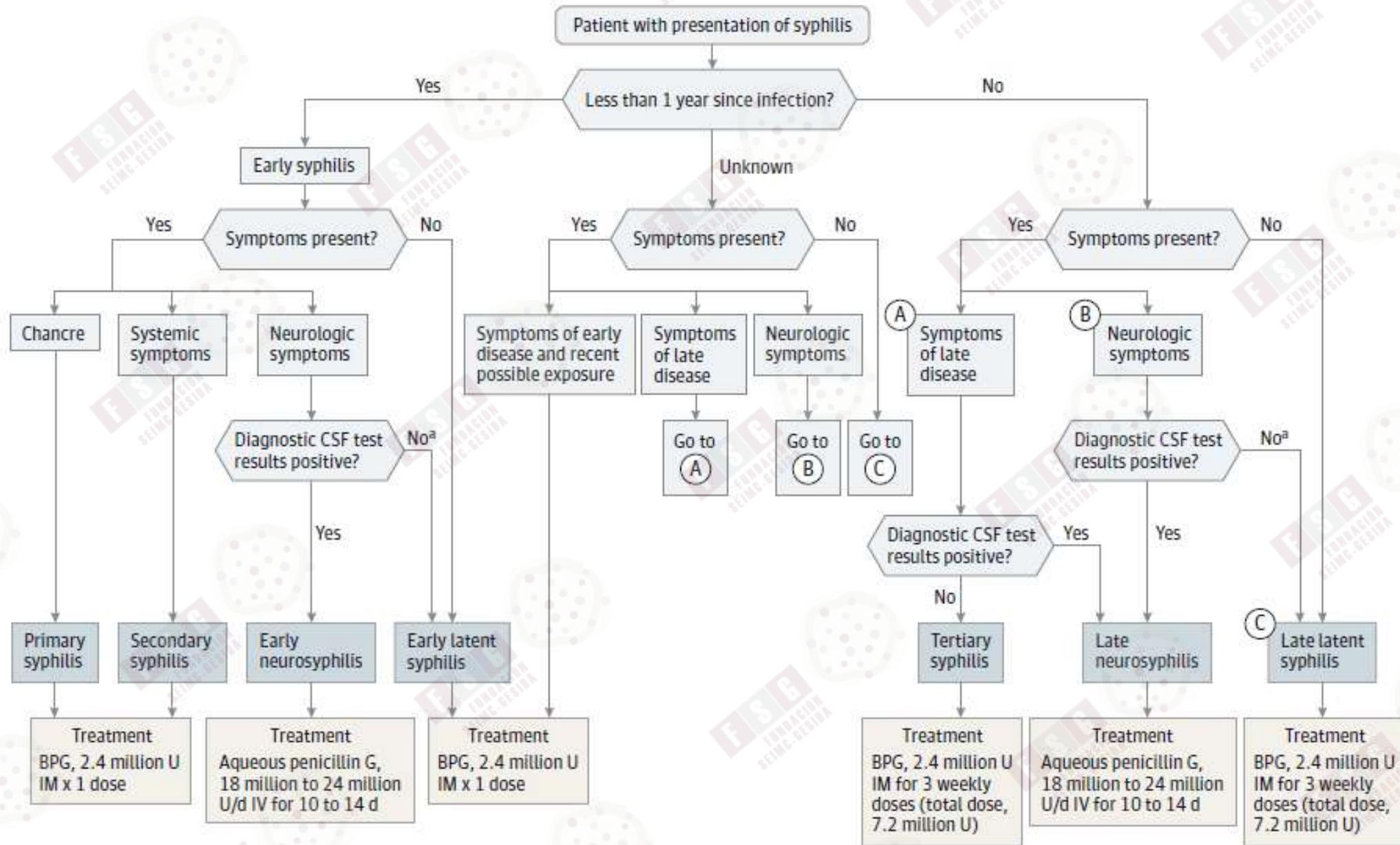
SECUNDARISMO LUÉTICO



Interpretación de las pruebas serológicas de sífilis

EIA / TPHA	RPR	Interpretación
-	-	No sífilis
-	+	Sífilis precoz
+	+	Cualquier estadio de sífilis Sífilis tratada
+	-	Sífilis precoz Sífilis tratada (cicatriz) Sífilis latente tardía?
-	+	Falso positivo

Figure. Suggested Algorithm for Treatment of Syphilis



BPG indicates benzathine penicillin G; CSF, cerebrospinal fluid; IM, intramuscular; IV, intravenous

^a Some clinicians would treat patients with syphilis who have neurologic symptoms for neurosyphilis despite negative diagnostic CSF test results

Tabla 12 - Recomendaciones terapéuticas para el tratamiento y seguimiento de la sífilis.

	Tratamiento de elección	Tratamiento alternativo*	Seguimiento
1.	Aunque la mayoría de los pacientes VIH responden a este tratamiento, algunos autores recomiendan añadir 2 dosis adicionales semanales de penicilina G benzatina 2.400.000 UI I.M.		
Sífilis primaria, secundaria o sífilis latente precoz	Penicilina G benzatina 2.4 millones de UI I.M.en dosis única ¹	durante 2 semanas) - Azitromicina (2 g en dosis única) ^{2,5,6} Ceftriaxona 1 gm IM/IV diaria x 8-10 días	los 6 y 12 meses. ⁸ - En los pacientes con sífilis latente las pruebas no treponémicas se harán a los 6, 12 y 24 meses ⁸

One Dose Penicillin Syphilis

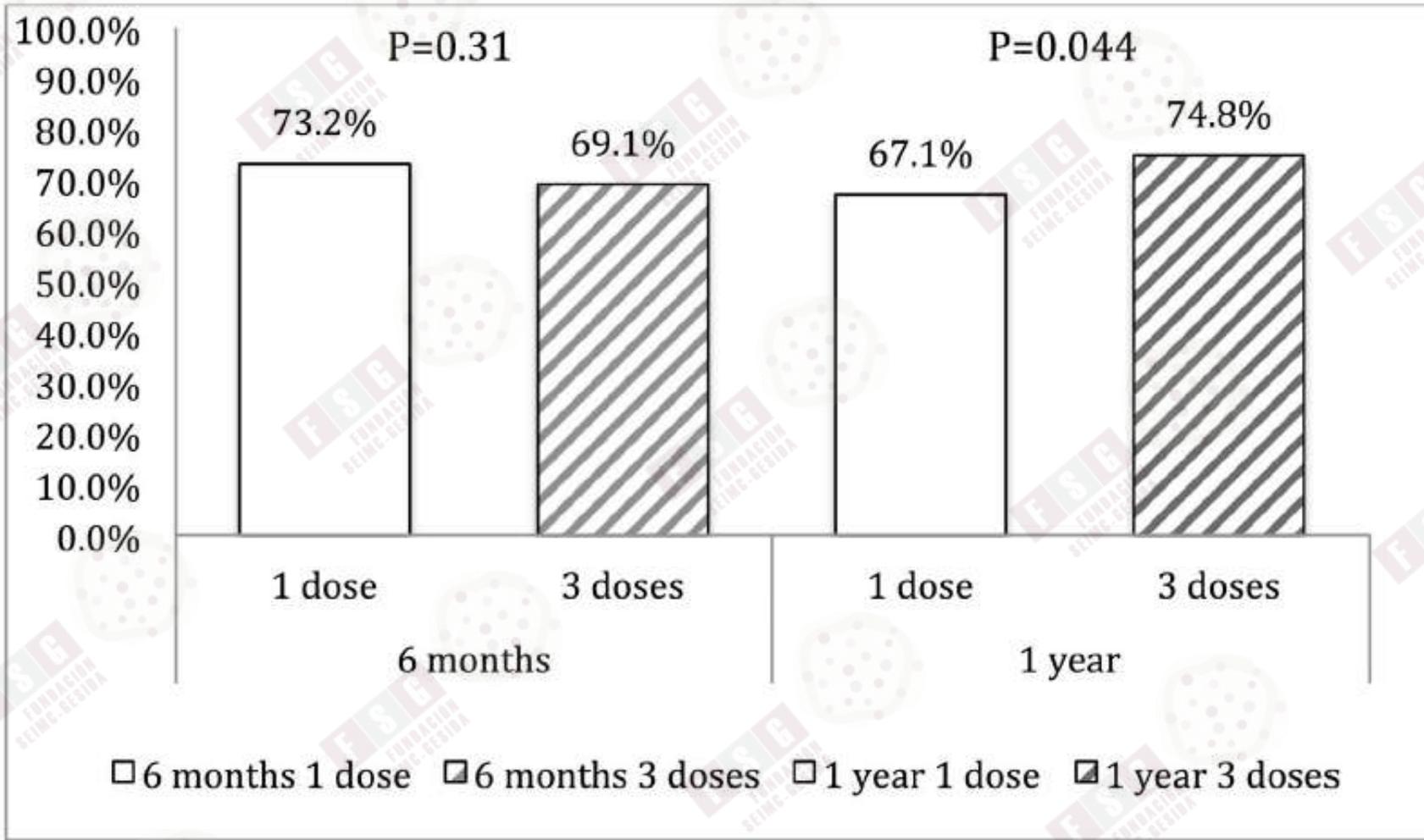
Chia-Jui Yang¹
Wen-Chi Huan²
Chien-Ching H³

¹ Department of Internal Medicine and Hospital, ² Kaohsiung, Taiwan, ⁴ D Internal Medicine, Taichung, ⁷ Department of Internal Medicine, Chi-Mei Medical Center, Taichung, Taiwan

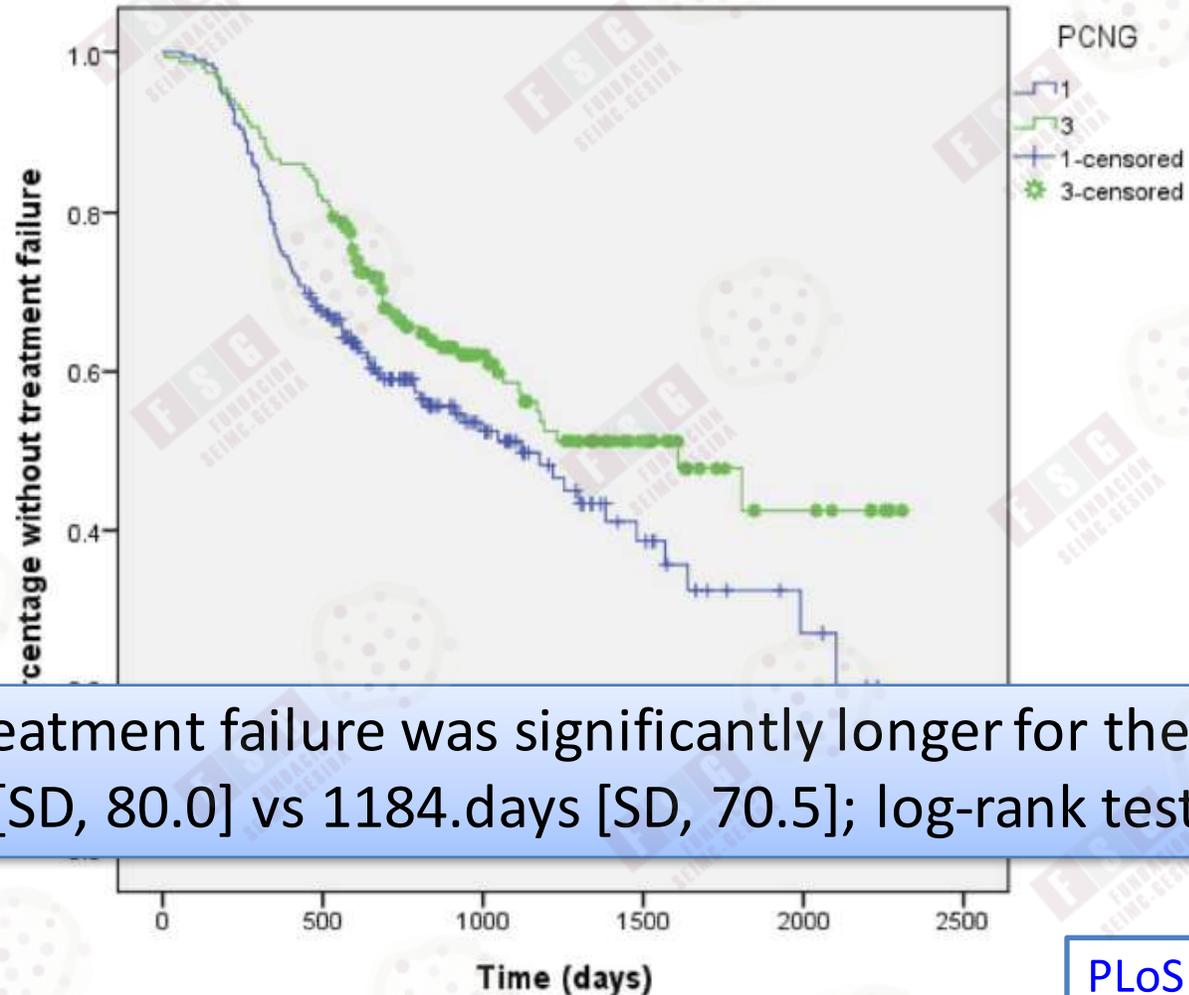
and Early Study

ng Lu³,
n-Chien Ko^{2*},

³ University College of Internal Medicine, National Kaohsiung Normal University, Kaohsiung, Taiwan, ⁵ Department of Internal Medicine, National Kaohsiung Normal University, Kaohsiung, Taiwan, ⁶ Department of Internal Medicine, National Kaohsiung Normal University, Kaohsiung, Taiwan, ⁷ Department of Internal Medicine, National Kaohsiung Normal University, Kaohsiung, Taiwan



Time to treatment failure



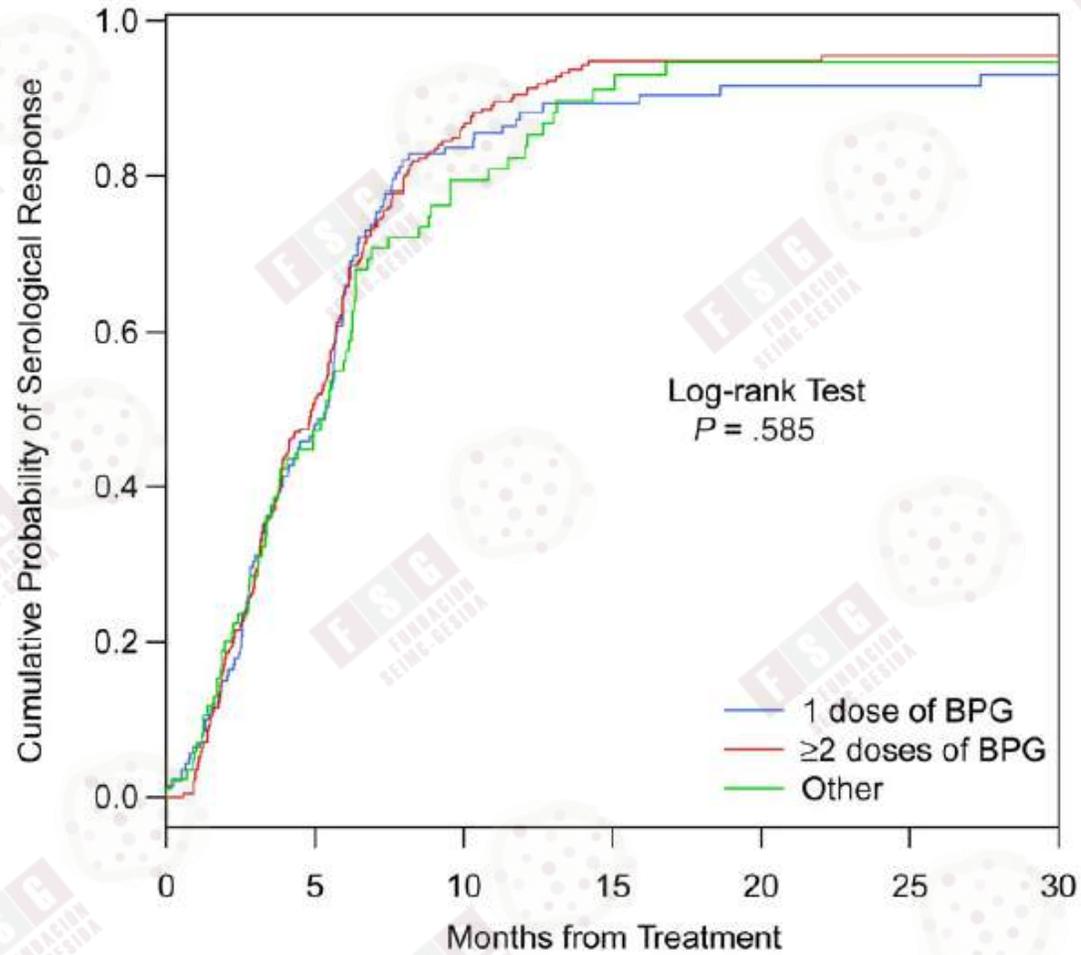
The mean time to treatment failure was significantly longer for the 3-dose group than the 1-dose group (1436 [SD, 80.0] vs 1184.days [SD, 70.5]; log-rank test, $P= 0.026$).

A Single Dose of Benzathine Penicillin G Is as Effective as Multiple Doses of Benzathine Penicillin G for the Treatment of HIV-Infected Persons With Early Syphilis

Anuradha Ganesan,^{1,2} Octavio Mesner,¹ Jason F. Okulicz,^{1,3} Thomas O'Bryan,^{1,3} Robert G. Deiss,^{1,4} Tahaniyat Lalani,^{1,5} Timothy J. Whitman,^{1,2} Amy C. Weintrob,^{1,2} Grace Macalino,¹ and Brian K. Agan¹; for the Infectious Disease Clinical Research Program HIV/STI Working Group^a

¹Infectious Disease Clinical Research Program, Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, Maryland; ²Walter Reed National Military Medical Center, Washington, District of Columbia; ³San Antonio Military Medical Center, Texas; ⁴Naval Medical Center San Diego, California; and ⁵Naval Medical Center Portsmouth, Virginia

Serologic response



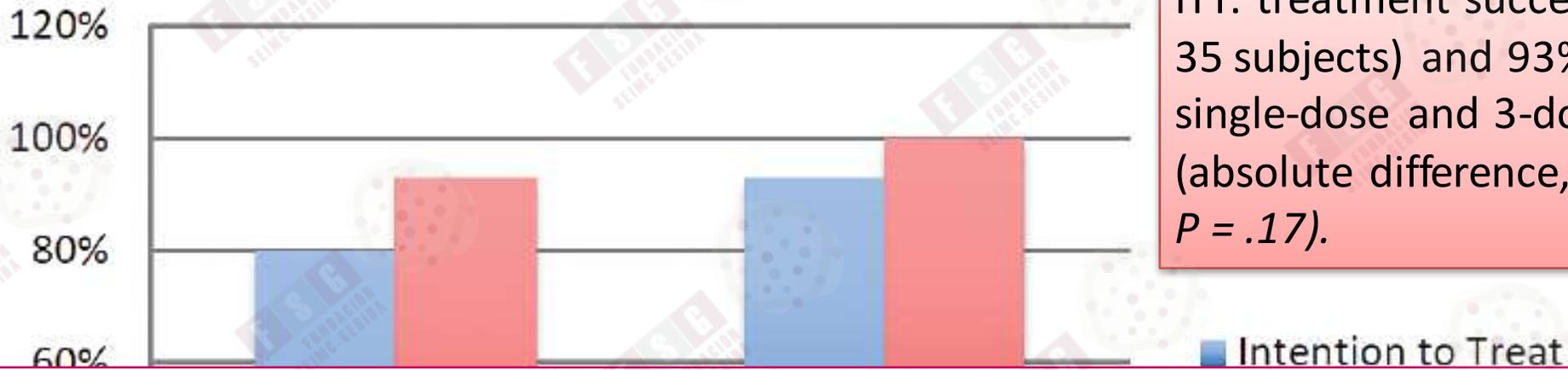
1 dose of BPG	141	70	18	10	7	6	4
≥2 doses of BPG	252	119	30	9	9	7	7
Other	85	42	14	5	3	3	3

Single Dose Versus 3 Doses of Intramuscular Benzathine Penicillin for Early Syphilis in HIV: A Randomized Clinical Trial

Roberto Andrade,¹ Maria C. Rodriguez-Barradas,^{1,2} Kosuke Yasukawa,³ Erick Villarreal,¹ Michael Ross,⁴ and Jose A. Serpa¹

¹Section of Infectious Diseases, Department of Medicine, Baylor College of Medicine, and ²Section of Infectious Diseases, Department of Medicine, Michael E. DeBakey Veterans Affairs Medical Center, Houston, Texas; ³Department of Medicine, Alpert Medical School, Brown University, Providence, Rhode Island; and ⁴Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis

Serological Response



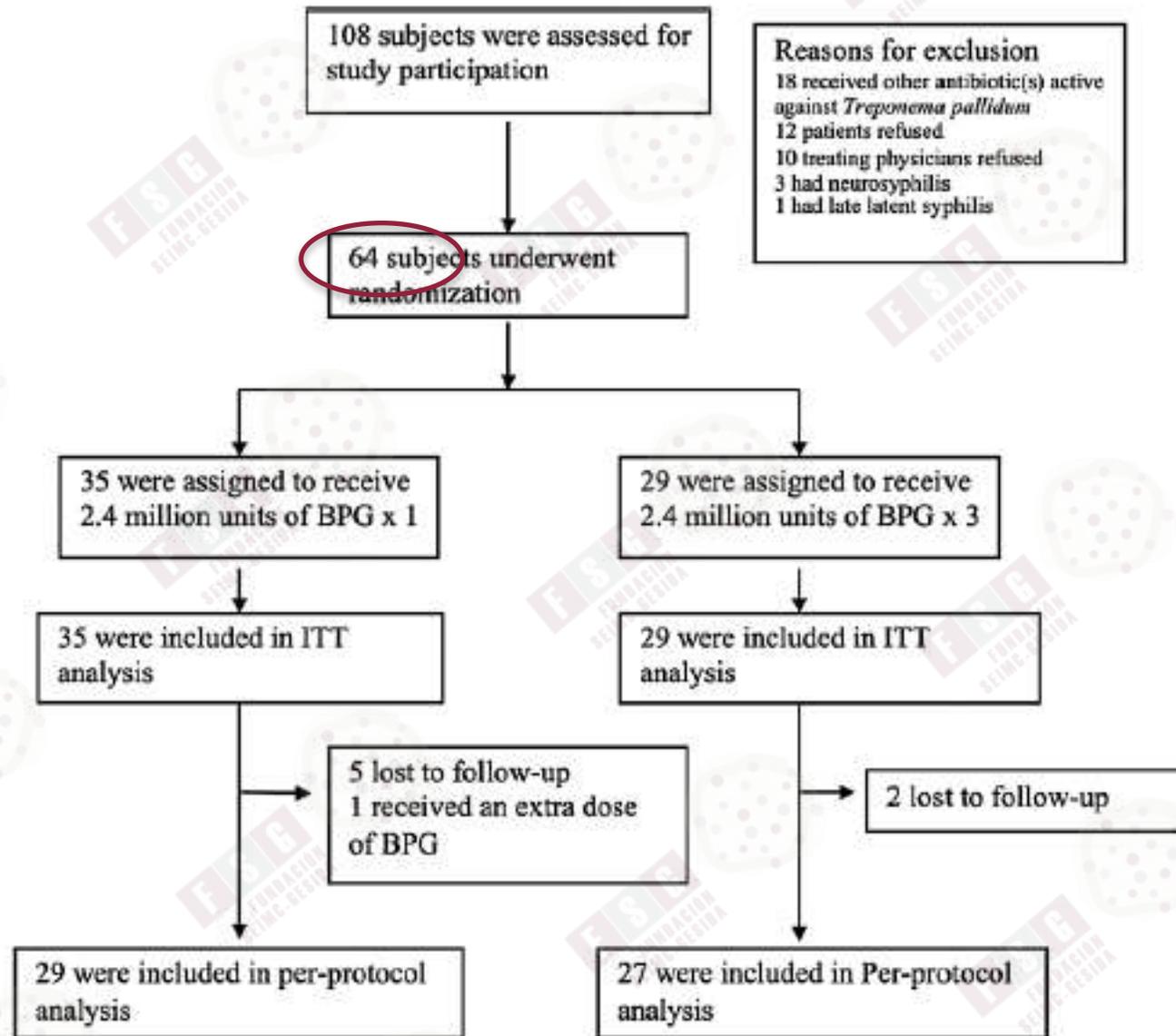
ITT: treatment success rates were 80% (28 of 35 subjects) and 93% (27 of 29 subjects) in the single-dose and 3-dose regimens, respectively (absolute difference, 13% [95% CI, -5% to 30%; $P = .17$).

Conclusions. When compared with a single dose of BPG, a 3-dose regimen did not improve syphilis serological outcomes. Our results support the Centers for Disease Control and Prevention recommendation of a single dose of BPG in HIV-infected patients with early syphilis.



PP: success rates were 93% (27 of 29) and 100% in the single-dose and 3-dose regimens, respectively (absolute difference, 7% [95% CI, -7% to 22%]; $P = .49$)

Sample size calculation for proportions with 95% (or 5% failure rate) in the standard deviation of the required sample size.



of success rate of (or 5% failure rate) parameters, (effects).

Treatment of Early Syphilis in HIV: What Do We Really Know?

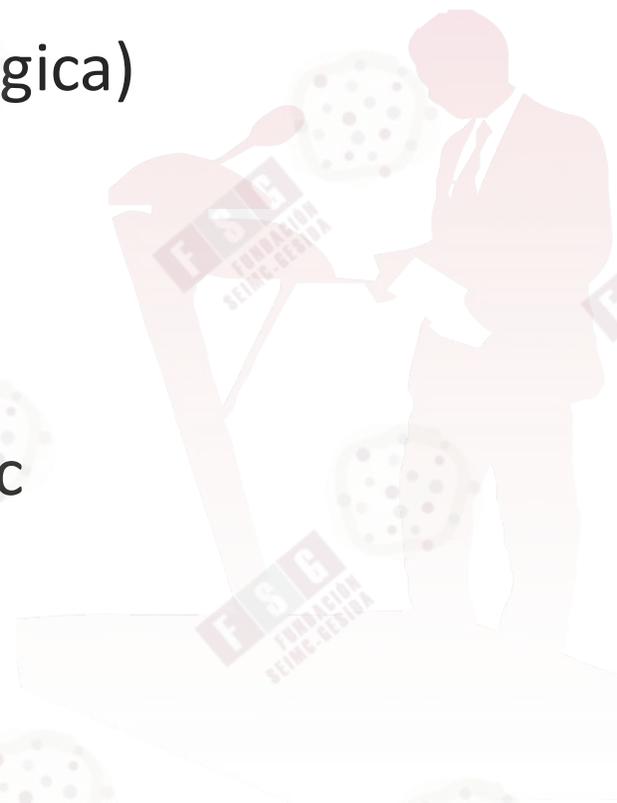
A. Clinton White Jr

The response rate, as determined by the fall in RPR titer, was lower among those receiving a single injection, but this did not approach statistical significance and there was no clinical difference in outcomes.

However, the power of the study was limited (only 64 subjects were enrolled between both arms) and not adequate to show noninferiority.

Sífilis: Serofast state

- Definición (variable): descenso de título de Ac no treponémicos, pero que no llega a negativizarse
- Entre 15-41%
- Retratamiento poco eficaz (solo el 27% alcanzan cura serológica)
- Causas:
 - Reinfección
 - Fallo de tratamiento
 - “situación” inmune que condiciona falta de descenso Ac



ITS en PVVIH

I.T.S. e infecciones genitales	URETRITIS	CERVICITIS (EIP)	(VULVO) VAGINITIS	ÚLCERA GENITAL	ANO-FARINGE
<i>N. gonorrhoeae</i>	+++	+++			+++
<i>C. trachomatis</i>	+++	+++		+++ (LGV)	+++
<i>M. genitalium</i>	++	++			
<i>T. vaginalis</i>	++	+	++		
V.H.S. 1-2	+	+	+	+++	+
<i>Candida spp.</i>	+		+++		
<i>M. hominis</i>	+		+(VB)		
<i>Ureaplasma spp.</i>	+		++(VB)		
<i>G. vaginalis</i>			+++ (VB)		
<i>T. pallidum</i>				+++	+
<i>H. ducreyi</i>				++	
<i>K. granulomatis</i>				+	

Siempre...estudio de contactos

Table 1 Partner management lookback periods

Disease (alphabetical order)	Period to trace contacts (from onset of symptoms)	Epidemiological treatment
Chancroid	10 days	Yes
<i>Chlamydia trachomatis</i> infection (including Lymphgranuloma venereum)	6 months	Yes
Donovanosis (Granuloma inguinale)	Up to 1 year according to estimated time of infection	Yes
Epididymo-orchitis	6 months	Yes
Gonorrhoea	3 months	Yes
Hepatitis A	According to estimated time of infection or 2 weeks before the onset of jaundice	No. Consider testing and/or vaccination of sexual and household contacts.
Hepatitis B*	According to estimated time of infection or 2 weeks before the onset of jaundice	No. Consider testing and/or vaccination of sexual and household contacts.
Hepatitis C*	As far back as estimated time of infection if index case and/or contact is HIV positive (men who have sex with men only)	No
HIV†	3 months in recent infection or since last negative HIV test or guided by the sexual history if untested	Postexposure prophylaxis where indicated by national guidelines
Non-gonococcal urethritis	4 weeks	Yes
Pelvic inflammatory disease	6 months	Yes
<i>Phthirus pubis</i> infestation	3 months	Yes
Scabies	2 months	Yes
Syphilis	primary	3 months
	Secondary	6 months
	Early latent	2 years
	Late latent and tertiary	Up to 30 years
<i>Trichomonas vaginalis</i> infection	2 months	Yes

*Possible vertical transmission may require screening of children.

†Partner management should be offered at follow-up visits, if there are new sexual contacts who are either HIV negative or of unknown HIV status or if

PANORAMA LOCAL ITS

- BARCELONA MADRID
- Aumento VTH en HSH
- Aumento s...
- B...
- Dificult...
- R...
- Clamidia e... jeres... sintomaticas

CHEMSEX

