Tratamento empírico das infeccións de transmisión sexual non complicadas en Atención Primaria

Documento de posicionamento do PROA comunitario de Galicia.

2ª edición. Outubro de 2026

FOLLA DE CONTROL DE MODIFICACIÓNS	
Nº EDICIÓN	
1	**DATA DE APROBACIÓN:** Outubro de 2025
2	**Data de aprobación:** 07 de Outubro de 2026 **Rexistro de modificacións** Elimínase no tratamento da Tricomoniase o tratamento mediante metronidazol en xel vaxinal, dado que non está comercializado.

XUNTA DE GALICIA

Autores

Coordinadora:	**Isabel Losada Castillo.** Coordinadora científico-técnica PROA. Servizo Galego de Saúde.
Autores (Por orde alfabética)	**Amparo Coira Nieto. Microbióloga.** PROA comunitario Área Sanitaria de Santiago de Compostela e A Barbanza. **Belén Pérez Marcos.** Subdirección Xeral de Atención Primaria. Servizo Galego de Saúde. Consellería de Sanidade. **Belén Rivera Figueiras.** Médica de familia. PROA comunitario Área Sanitaria de Vigo. **Cristina Peiteado Romay.** MIR de Medicina Preventiva. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago. **Coro Sánchez Hernández.** Médico de familia. PROA comunitario Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés. **Diego Canedo Cotelo.** Enfermeiro Atención Primaria. PROA comunitario Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés. **Dolores Basanta González.** Subdirectora de prestación farmacéutica. PROA comunitario Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos. **Fátima Casariego Ricoy.** Médica de Urxencias. PROA comunitario Área Sanitaria da Coruña e Cee. **Isabel Losada Castillo.** Coordinadora científico-técnica PROA. Servizo Galego de Saúde. Consellería de Sanidade. **Josefa Ares Álvarez.** Pediatra de Atención Primaria. PROA comunitario Área de Pontevedra e O Salnés. **José Manuel Iglesias Moreno.** Farmacéutico de Atención Primaria. PROA comunitario Área Sanitaria de Vigo. **Lucía Martínez Lamas. Microbióloga.** PROA comunitario Área Sanitaria de Santiago de Compostela e A Barbanza. **María Dolores Formoso Lavandeira.** Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria. Servizo Galego de Saúde. **María Sevilla Ortiz.** Subdirección Xeral de Farmacia. Servizo Galego de Saúde. **María Teresa Pérez Rodríguez.** Médica de Medicina Interna. PROA comunitario Área Sanitaria de Vigo. **Mercedes Fraga Sampedro.** Farmacéutica Atención Primaria. PROA comunitario Área Sanitaria de Ferrol. **Mercedes Pereira Pía.** Farmacéutica Atención Primaria. PROA comunitario Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos. **Natalia López González.** Enfermeira Atención Primaria. PROA comunitario Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos. **Sabela Sánchez Trigo.** Médico Medicina Interna. PROA comunitario Área Sanitaria de Ferrol. **Xosé Luis Muiño López.** Médico de familia. PROA comunitario Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

Abreviaturas

DU: dose única

im: intramuscular

vo: vía oral

iv: vía intravenosa

EIP: enfermidade inflamatoria pélvica

DM: diagnóstico molecular

HSH: homes que manteñen sexo con homes

VHA: virus da hepatite A

VHB: virus da hepatite B

VHC: virus da hepatite C

VPH: virus do papiloma humano

CMV: citomegalovirus

VVZ: virus varicela zóster

VIH: virus da inmunodeficiencia humana

ITS: infeccións de transmisión sexual

Índice

Autores....2

Abreviaturas....3

Índice....4

Introdución....5

Obxecto....5

Ámbito....5

Valoración do risco....6

Entidades clínicas....7

Diagnóstico microbiolóxico: toma de mostras....10

Tratamento empírico....11

Información ao/a paciente....15

Rexistros....15

Kit de tratamento empírico ante a sospeita dunha uretrite/cervicite....16

Bibliografía....17

Algoritmos toma de mostras e tratamento empírico das Infeccións de Transmisión Sexual....20

Introdución

As infeccións de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de saúde pública de non realizarse un diagnóstico e tratamento precoces, tanto pola súa alta prevalencia como pola súa morbilidade. Tanto é así que a Organización Mundial da Saúde (OMS) estableceu unha estratexia global contra o VIH, hepatites víricas e as ITS para o período 2022-2030.

A nivel mundial adquírense 1 millón de ITS cada día, ascendendo a 357 millóns de casos anuais de clamidia, gonorrea, sífilis e tricomonas. Son a segunda causa de enfermidade infecciosa en Europa tras as infeccións respiratorias, e en España, as ITS como a gonococia ou a sífilis mostran unha tendencia ascendente nos últimos anos.

Obxecto

Proporcionar recomendacións para o tratamento das infeccións de transmisión sexual (ITS) en adultos e adolescentes que cursan con síndromes exudativas e inflamatorias.

Ámbito

Atención primaria do Servizo Galego de Saúde.

A aplicación destas recomendacións de tratamento das infeccións de transmisión sexual con síndromes exudativas e inflamatorias son responsabilidade dos facultativos responsables dos pacientes que presenten estas patoloxías no Servizo Galego de Saúde.

Valoración do risco

A historia clínica debe incluír preguntas sobre conduta sexual e factores de risco.

A entrevista debe realizarse de forma confidencial e en privado.

As preguntas a realizar serán as seguintes:

- Cando comezaron os síntomas?, a súa parella tamén manifesta síntomas?
- Cando foi a última vez que mantivo relacións sexuais?
- Tivo contacto sexual con persoa con ITS?
- Mantén relacións sexuais con diferentes parellas?
- Cantas parellas sexuais tivo no último mes?, e nos últimos 3 meses?
- Tivo unha nova parella sexual nos últimos meses?
- Ten antecedentes previos de ITS?
- Acode a profesionais e usuarios de prostitución ou traballa na prostitución?
- Consume drogas e/ou alcol, especialmente chemsex?
- Usa preservativo?
- Foi vítima de violencia sexual?
- Que prácticas sexuais realiza e con quen?, sexo oral, sexo anal, penetración vaxinal?
- Tivo sexo en grupo?
- Está vacinado de VHA, VHB ou VPH?

Entidades clínicas

Neste protocolo abórdanse exclusivamente as ITS que cursan con síndromes exudativas e inflamatorias.

As que presentan úlceras xenitais non se inclúen neste documento.

O resumo das principais entidades móstrase na seguinte táboa.

Táboa 1. Resumo das ITS que cursan con síndromes exudativos e inflamatorios

Síndrome	Definición clínica	Axentes etiolóxicos principais	Factores de risco
Fluxo uretral (uretrite)	Inflamación uretral con secreción mucopurulenta ou purulenta, disuria ou prurido.	Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis.	Relacións sexuais sen protección, múltiples parellas, antecedente de ITS.
Fluxo vaxinal/cervicite	Fluxo vaxinal anormal (olor, cor, cantidade) ou secreción purulenta endocervical.	Trichomonas vaginalis, Gardnerella vaginalis, Candida albicans, N. gonorrhoeae, C. trachomatis.	Relacións sen protección, pH vaxinal alterado, uso de antibióticos ou duchas vaxinais.
Fluxo rectal (proctite)	Secreción mucopurulenta ou sanguinolenta rectal, dor, tenesmo, sangrado anal.	N. gonorrhoeae, C. trachomatis (LGV), HSV.	Relacións anais sen protección, antecedente de ITS.
Fluxo farínxeo	Dor de gorxa, exudado farínxeo ou amigdalar tras sexo oroxenital, ás veces asintomático.	N. gonorrhoeae, C. trachomatis.	Sexo oroxenital sen protección.
Enfermidade inflamatoria pélvica (EIP)	Infección ascendente do tracto xenital superior feminino con dor pélvica, febre e fluxo purulento endocervical.	N. gonorrhoeae, C. trachomatis, anaerobios, Mycoplasma genitalium.	Múltiples parellas, DIU recente, cervicite non tratada, antecedente de EIP.
Orquiepididimitis aguda	Dor escrotal unilateral, aumento de volume, calor e sensibilidade epididimaria/testicular.	**Mozos:** C. trachomatis, N. gonorrhoeae. **Maiores ou con factores urolóxicos**: E. coli, Klebsiella, Proteus, Pseudomonas,	**Mozos:** contacto sexual sen protección. **Maiores:** HBP, catéter vesical, cirurxía urolóxica, refluxo vesicouretral.

Síndromes exudativas: uretrite, cervicite e proctite

Uretrite e cervicite: *N. gonorrhoeae, C. trachomatis, U. urealyticum, M. genitalium*

Proctite: *N. gonorrhoeae, C. trachomatis, T. pallidum,* VHS

C. trachomatis é a causa máis frecuente, seguida de *N. gonorrhoeae*. É habitual a coinfección. *M. genitalium* está a adquirir maior relevancia.

Moitas infeccións son asintomáticas, especialmente en mulleres.

Recoméndase estudo de contactos e tratamento de parellas dos últimos 2 meses.

Indicar abstinencia sexual ata curación clínica.

Realizar cribado de outras ITS (sífilis, VIH, VHB, VHC).

Uretrite persistente debe abordarse con estudo microbiolóxico.

Síndromes exudativas: fluxo vaxinal/vulvovaxinite

Causas non infecciosas

Fisiolóxica, ectopía cervical, dermatite de contacto, vulvovaxinite atrófica, pólipos endocervicais.

Causas infecciosas (ITS e non ITS)

Vaxinose bacteriana, candidiase e tricomoniase

A vaxinose bacteriana aumenta o risco doutras ITS e complicacións obstétricas.

A candidiase pode ser complicada ou non (recorrente, severa, embarazo...).

Tricomoniase adoita ser asintomática nos homes.

Síndromes inflamatorias: enfermidade inflamatoria pélvica

Infección ascendente desde o tracto inferior.

Microbiota mixta: *N. gonorrhoeae, C. trachomatis, M. genitalium*, anaerobios, etc.

Síntoma principal: dor pélvica bilateral, con secreción, dispareunia ou disuria.

Complicacións: abscesos, peritonite.

Factores de risco: múltiples parellas sexuais, idade inferior a 25 anos, ITS previas ou da parella, manobras instrumentais (inserción de DIU, legrado uterino, histeroscopia, FIV, etc.).

Síndromes inflamatorias: orquiepididimite aguda infecciosa

Infección do epidídimo e testículo en ocasións irradiado ao abdome. Na epididimite bacteriana pode presentar ademais febre, náuseas e síntomas urinarios con ou sen secreción uretral.

Etioloxía: A etioloxía é diversa. En menores de 35 anos asóciase a ITS, sobre todo por clamidias ou gonococo. En maiores de 35 anos o 75% dos casos atribúense a enterobacterias ou patóxenos urinarios. Considerar orquite viral se antecedentes de parotidite.

Factores de risco: mozos (contacto sexual sen protección) e maiores (HBP, catéter vesical, cirurxía urolóxica, refluxo vésico-uretral). Tamén os HSH (risco mixto ITS e bacterias entéricas).

Recomendacións: Si é ITS, recoméndase tratar as parellas sexuais dos últimos 2 meses.

As medidas xerais son repouso en cama, suspensorio, frío local, tratamento da dor. Recoméndase cesar as relacións sexuais ata ter completado o tratamento, tanto do paciente como das súas parellas sexuais.

Diagnóstico microbiolóxico: toma de mostras

En función da entidade clínica e as prácticas sexuais

Táboa 2. Recollida de mostras das ITS exudativas e inflamatorias

Localización	Estudo/Contedor	Preparación	Toma de mostras	Comentario
Uretra	**Cultivo gonoco:** torunda en medio Stuart-Amies con carbón activado. **DM:** hisopo en medio de transporte específico	En mulleres, limpar con gasa estéril ou torunda	Se hai secreción recoller na torunda. Se non, insertar 2-3 cm unha torunda fina e rotar 5-10 segundos	O paciente non debe ter ouriñado nas 2 horas antes á toma da mostra
Cérvix	**Cultivo gonoco:** torunda en medio Stuart-Amies con carbón activado. **DM:** hisopo en medio de transporte específico	Introducir espéculo sen lubricar. Limpar o moco cervical cunha torunda seca e desbotala	Insertar a torunda 2-3 cm no canal cervical e rotar 5-10 segundos	Non en prepuberales (tomar a mostra do vestíbulo vaxinal) nin en histerectomizadas (tomar mostra de ouriños ou vaxinal)
Vaxina	**Cultivo gonoco:** torunda en medio Stuart-Amies con carbón activado. **DM:** hisopo en medio de transporte específico	Introducir espéculo sen lubricar. No cribado pode realizarse automostra a cegas	Toma de mostra na zona onde haxa máis secreción	Óptima para Candida, Trichomonas e vaxinose. PCR de C. trachomatis e N. gonorrhoeae para cribado. Cando se sospeite infección por gonococo ou clamidia débese
Anal/rectal	**Cultivo gonoco:** torunda en medio Stuart-Amies con carbón activado. **DM:** hisopo en medio de transporte específico	Canal libre de feces	Introducir a torunda 2-3 cm no canal, rotar durante 10.30segundos. Se hai contaminación fecal, desbotar e obter unha nova mostra	En HSH e VIH con diarrea tomar unha mostra adicional para estudo de patóxenos entéricos
Farinxe	**DM:** hisopo en medio de transporte específico	Utilizar depresor lingual para unha correcta visualización	Pilares tonsilares, farinxe posterior e zonas ulceradas, inflamadas ou con exsudado. Rotar a torunda 5-10 segundos	Non contaminar con microbiota de mucosas e lingua
Ouriños	**DM:** contedor específico para mostras de ouriños		Recoller os 15-20 primeiros mL da primeira micción matinal ou tras un mínimo de 2 horas sen ouriñar	No caso de non poder recoller mostra uretral ou vaxinal, solicitar PCR para gonococo, clamidia, *M. genitalium* , *U. urealyticum* e trichomonas
Soro	Contedor específico para realizar seroloxías de sífilis, VIH, VHB e VHC			

Fonte: Besa et al. Aten Primaria; 2023, 55, 102597.

Tratamento empírico

Tratamento antimicrobiano empírico da uretrite/cervicite/proctite

No tratamento antimicrobiano empírico das uretrite/proctite, dada a frecuencia da coinfección por varios axentes e a implicación predominante de N. gonorrhoeae e C. Trachomatis (40-50%), o tratamento empírico deberá cubrir a infección gonocócica e por clamidia.

Entidade	Tratamento de elección	Alternativa
Uretrite/ cervicite/ proctite*	Ceftriaxona 0,5 g im DU** + Doxiciclina 100 mg/12h vo 7 días	**Se embarazo ou dificultade de cumprimento terapéutico:** Ceftriaxona 0,5 g im DU** + Azitromicina 1 g vo 3 días **Se a vía parenteral está contraindicada:** Cefixima 800 mg vo DU + Doxiciclina 100 mg/12h vo 7 días **Se alerxia:** Xentamicina 240 mg im DU + Azitromicina 2 g vo DU

* Se a proctite é ulcerativa valorar engadir tratamento para o herpes.

**Ceftriaxona 0,5 g se o peso do paciente inferior a 150 Kg e 1 g se o peso é superior a 150 Kg

Tratamento antimicrobiano empírico das vulvovaxinite

Entidade	Tratamento de elección
Vaxinose bacteriana (soamente tratar a mulleres sintomáticas ou que van ser sometidas a un proceso xinecolóxico invasor)	Metronidazol 500 mg/12h vo 5-7 días* ou Clindamicina xel vaxinal 2%, 5 gr, 1 aplicación/24h x 7 días **Embarazo:** Metronidazol* 250 mg/8h vo 7 días* ou Clindamicina 300mg/12h, 5-7 días
Candidiase non complicada (tratamento recomendado soamente en mulleres sintomáticas. Non tratar as parellas sexuais a non ser que presenten sintomatoloxía. Tratar a mulleres con patoloxías como diabetes, inmunodeprimidas ou con tratamento inmunosupresor por infeccións graves ou recorrentes)	Clotrimazol 1% crema intravaxinal 5 g/día 7 días ou Clotrimazol 500mg óvulo vaxinal DU ou 200mg óvulo vaxinal 1/día/3 días ou Fluconazol 150 mg vo DU **Embarazo:** Imidazois tópicos como clotrimazol e miconazol durante 7 días
Tricomoniase (tratamento recomendado nas pacientes sintomáticas, asintomáticas e as súas parellas sexuais, indicando cribado para descartar outras ITS)	Metronidazol 500 mg/12h vo 7 días* ou Metronidazol** 2 g vo DU** ou Tinidazol*** 2 g vo DU **Embarazo:** Metronidazol 2 g vo DU Test de curación con TAAN sobre mostra de exudado endocervical en mulleres sexualmente activas, entre 3 semanas e 3 meses tras terminar o tratamento.

*Metronidazol vía oral: contraindicado no primeiro trimestre do embarazo. No segundo e terceiro trimestre do embarazo, o medicamento só debe utilizarse se os beneficios potenciais do seu uso na nai superan o risco de danar ao feto. Recoméndase interromper a lactación durante o tratamento e ata 12-24 horas despois da última dose en caso de utilizar metronidazol por vía oral.
** Metronidazol DU: tratamento de elección en homes.
***Tinidazol: contraindicado no embarazo. Recoméndase interromper a lactación durante o tratamento e 72 horas despois da última dose.

Tratamento antimicrobiano empírico da enfermidade inflamatoria pélvica

Réxime	Tratamento de elección	Alternativa
Tratamento ambulatorio	Ceftriaxona 0,5g im* DU (1g si ≥150 Kg) + Doxiciclina*** 100 mg/12h vo 14 días + Metronidazol 500 mg/12h vo 14 días	**Se ceftriaxona non dispoñible ou non vía IM:** Cefixima 800mg vo DU + Doxiciclina*** 100 mg/12h vo 14 días + Metronidazol 500 mg/12h vo 14 días **Se alerxia ás penicilinas:** Levofloxacino 500mg/día vo, 14 días** + Metronidazol 500mg/12h vo, 14 días **Embarazadas:** Derivación e ingreso hospitalario

* A dose de 1 g é recomendada pola IUSTI, en revisión por SEIMC

** Debe descartarse infección gonocócica por elevada resistencia de N. gonorrhoeae a quinolonas

*** En embarazo: substituír doxiciclina por azitromicina (500 mg /24h dous días, seguidos de 250 mg /24h até completar 14 días).

A hospitalización para tratamento intravenoso, observación ou realización de probas complementarias recoméndase en embarazo, afectación severa do estado xeral, fracaso da antibioterapia oral ou absceso tubo-ovárico.

Tratamento antimicrobiano empírico da orquiepididimite infecciosa aguda

Tratamento de elección	
Menores de 35 anos ou persoas con risco de ITS	Ceftriaxona 0,5g im DU (1g si ≥150 Kg) + Doxiciclina 100 mg/12h vo 10 días **Alternativa (alerxia ás penicilinas):** Azitromicina 2g VO DU + Doxiciclina 100mg/12h/10 días
Maiores de 35 anos ou con factores de risco urolóxicos (sospeita de enterobacterias)	Cefixima 400 mg/12-24 h VO 14 días Levofloxacino 500 mg dia 10 días*
HSH con práctica receptiva anal (Risco mixto ITS+enterobacterias)	Ceftriaxona 0,5g im DU (1g si ≥150 Kg) + Levofloxacino 500 mg dia 10 días* **Alternativa (alerxia ás penicilinas):** Azitromicina 2g VO DU + Levofloxacino 500 mg dia 10 días*

* Valorar o patrón de resistencias locais á hora de elixir o tratamento con fluorquinolonas.

Deben de administrarse medidas xerais, como: repouso e elevación escrotal, frío local, antiinflamatorios, tratamento de parellas sexuais e reavaliación en 72 horas.

Información ao/a paciente

Os/as pacientes e as súas parellas deben evitar os contactos sexuais durante 7 días tras o tratamento, sempre que estea resolto o cadro clínico.

Débese informar ao/a paciente e o seu contacto sexual acerca da infección, o seu mecanismo de transmisión, a prevención e as complicacións.

Seguimento dos contactos e manexo da(s) parella(s) sexual(ais).

Débese contactar coa(s) parella(s) sexual(ais) do caso e ofrecerlle a proba diagnóstica, xunto con tratamento e asesoramento sobre a infección por Chlamydia e gonococo.

Todas as parellas sexuais dos casos nos 60 días previos ao inicio dos síntomas da infección, deben ser estudados e tratados. Se o último contacto sexual foi anterior a 60 días, débese tratar a última parella sexual.

Rexistros

No IANUS 5 a codificación realizarase mediante os seguintes códigos SNOMED:

Código SNOMED	Descripción
8098009	ENFERMIDADE INFECCIOSA TRANSMITIDA POR VÍA SEXUAL
31822004	URETRITE
30800001	VAXINITE
419760006	VAXINOSE BACTERIANA
110081000119109	VAXINOSE BACTERIANA NO EMBARAZO
19272000	CERVICITE AGUDA
3951002	PROCTITE
237037006	ENFERMIDADE INFLAMATORIA PÉLVICA AGUDA
1285641001	ORQUIEPIDIDIMITE AGUDA

Kit de tratamento empírico ante a sospeita dunha uretrite/cervicite

O Servizo de Farmacia Hospitalaria de cada Área Sanitaria será o responsable de subministrar a cada centro de saúde da súa área un ***kit* de tratamento con Ceftriaxona 0,5 g IM**, que deberá ser administrada no propio centro de saúde.

Ademais, o facultativo/a que atenda o paciente emitirá unha **receita electrónica** para que este poida adquirir nunha oficina de farmacia as doses de **doxiciclina** necesarias para completar o tratamento prescrito.

Bibliografía

1. OMS, Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030

2. Unemo M, Ross J, Serwin AB, Gomberg M, Cusini M, Jensen JS. 2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. Int J STD AIDS. 2020 Oct 29:956462420949126. doi: 10.1177/0956462420949126. Epub ahead of print. PMID: 33121366.

3. Salmerón P, Viñado B, Arando M, Alcoceba E, Neisseria gonorrhoeae antimicrobial resistance in Spain: a prospective multicentre study. J Antimicribob Chemother 2021 Feb 76: 1523-1531. doi: 10.1093/jac/dkab037. PMID:33569588.

4. Comisión de infeccións, profilaxe e política antimicrobiana, protocolo de diagnóstico e tratamento das infeccións de transmisión sexual. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza, 2024. Disponible en:

http://intranet.sergas.local/DOCUMENTOSComites/202405/ITS Protocolo V.016_5_2024_20240520_110815_8065.pdf

5. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H, Zenilman JM, Bolan GA. Sexually Transmited Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021 Jul 23;70(4):1-187. doi: 10.15585/mmwr.rr7004a1. PMID: 34292926; PMCID: PMC8344968.

6. Dalby J, Stoner BP. Sexually Transmited Infec5ons: Updates From the 2021 CDC Guidelines. Am Fam Physician. 2022 May 1;105(5):514-520.

7. Vázquez Valdés F (coordinador). Procedimientos en Microbiología Clínica. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2018.

8. J. del Romero et al. Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en personas con alto riesgo, incluyendo pacientes infectados por el VIH. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2019;37(2):117–126.

9. Grupo de expertos del Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GESIDA), Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de ITS de la SEIMC (GEITS), Grupo Español para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual de la Academia Española de Dermatología y Venereología, & Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). (2017). Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes: actualización marzo 2017.
https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento_de_consenso_sobr

e_diagnostico_y_tratamiento_de_las_infecciones_de_transmision_sexual_en_adultos_02.pdf

10. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ficha técnica del medicamento.Disponible en:

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/62223/FichaTecnica_62223.html

11. Consejo Vasco de la Información sobre Medicamentos (CEVIME). INFAC. Vol. 33, núm. 2-3. Infecciones de transmisión sexual (ITS). 2025. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2025/es_def/adjuntos/INFAC-Vol-33-n-2_3_-ITS_-es.pdf

12. Lanjouw E, Ouburg S, de Vries HJ, Stary A, Radcliffe K, Unemo M. 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections. Int J STD AIDS. 2016

Apr;27(5):333-48. doi: 10.1177/0956462415618837. Epub 2015 Nov 24. PMID: 26608577.

13. Magdaleno-Tapial J, Hernández-Bel P, Valenzuela-et al. Genital Infection With Herpes Simplex Virus Type 1 and Type 2 in Valencia, Spain: A Retrospective Observational Study. Actas Dermosifiliogr (Engl Ed). 2020 Jan 2;111: 53-58

14. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento de las

infecciones vulvovaginales. Prog Obstet Ginecol 2022;65:61-75.

15. AEPCC. Guia de Infecciones de tracto genital inferior https://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2022/01/AEPCC_revista08_INFECCIONES-TI_2022_02.pdf.

16. Vodstrcil LA, Plummer EL, Fairley CK, Hocking JS, Law MG, Petoumenos K, Bateson D, Murray GL, Donovan B, Chow EPF, Chen MY, Kaldor J, Bradshaw CS, StepUp Team N Engl J Med. 2025;392(10):947.

17. CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. Pelvic Inflammatory Disease.

18. Medscape. Pelvic Inflammatory Disease Treatment & Management (actualización 2023).

19. Unbound Medicine. 5-Minute Clinical Consult. Pelvic Inflammatory Disease.

20. UCSF Infectious Diseases Management Program. Pelvic Inflammatory Disease

21. Ross J, Guaschino S, Cusini M, Jensen J. 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. International Journal of STD & AIDS. 2018;29(2):108-114. doi:10.1177/0956462417744099.

22. Guía-ABE. Orquiepididimitis aguda. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. https://www.guia-abe.es

23. CDC. Epididymitis Treatment Guidelines. https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/epididymitis.htm

24. Asociación Española de Urología (AEU). Orquiepididimitis.https://aeuexp.aeu.es/

25.Manual MSD. Epididimitis.

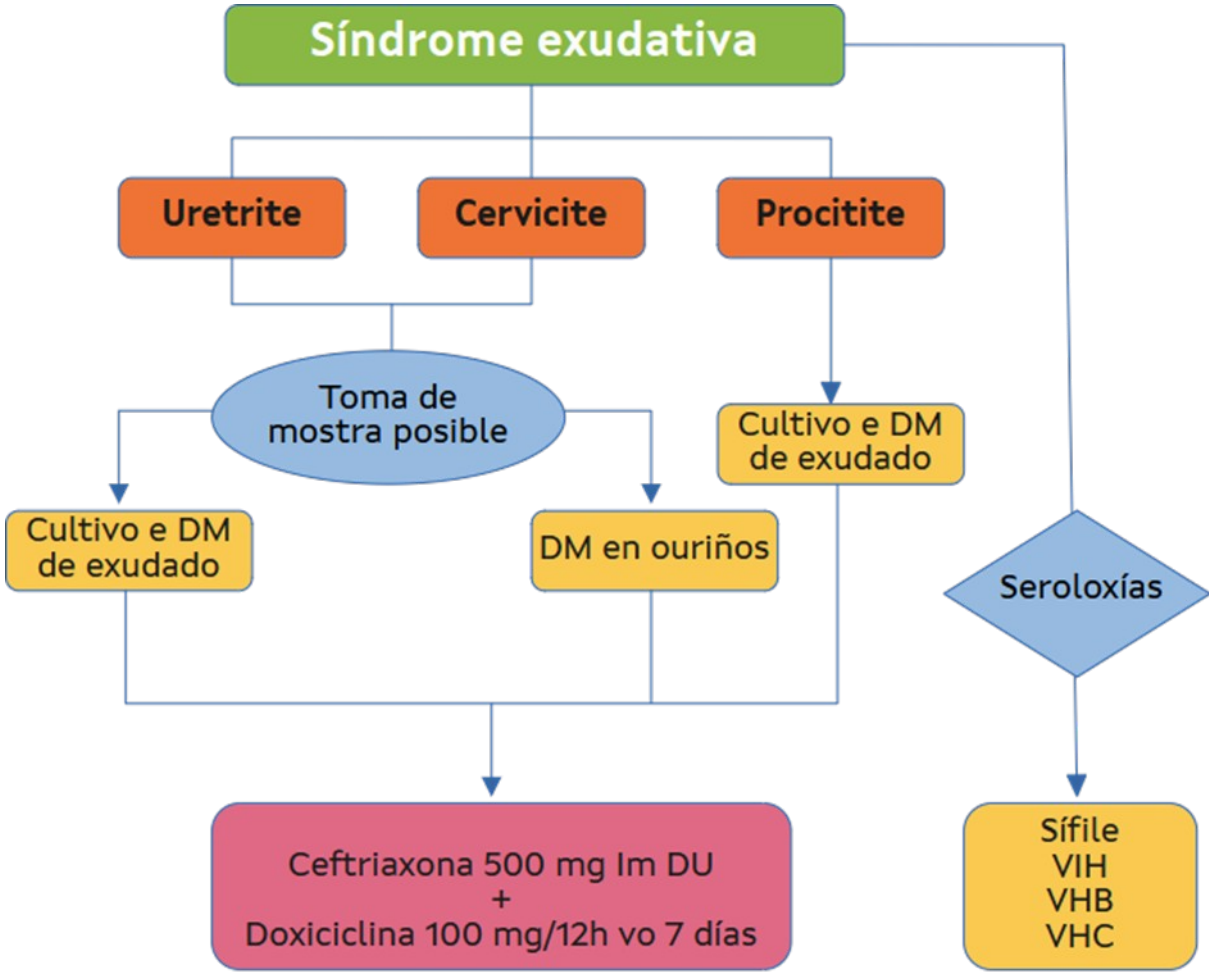
https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-urogenitales/trastornos-peneanos-y-escrotales/epididimitis

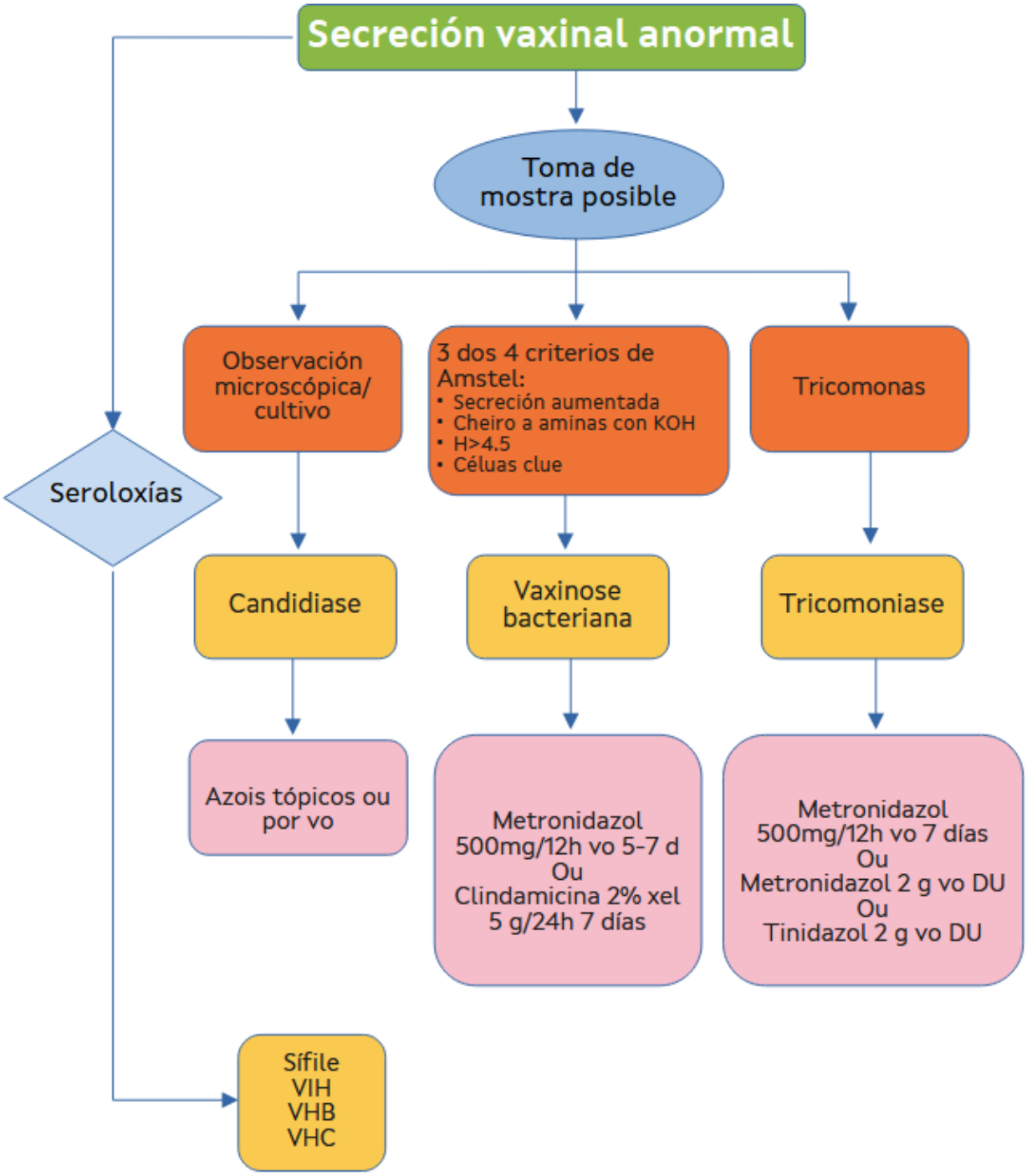
26. Besa M, Agusti C, Roca C, Mascort JJ. Manejo en atención primaria de las infecciones de transmisión sexual (I). Epidemiologia. Síndrome secretor. Aten Primaria; 2023, 55. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102597

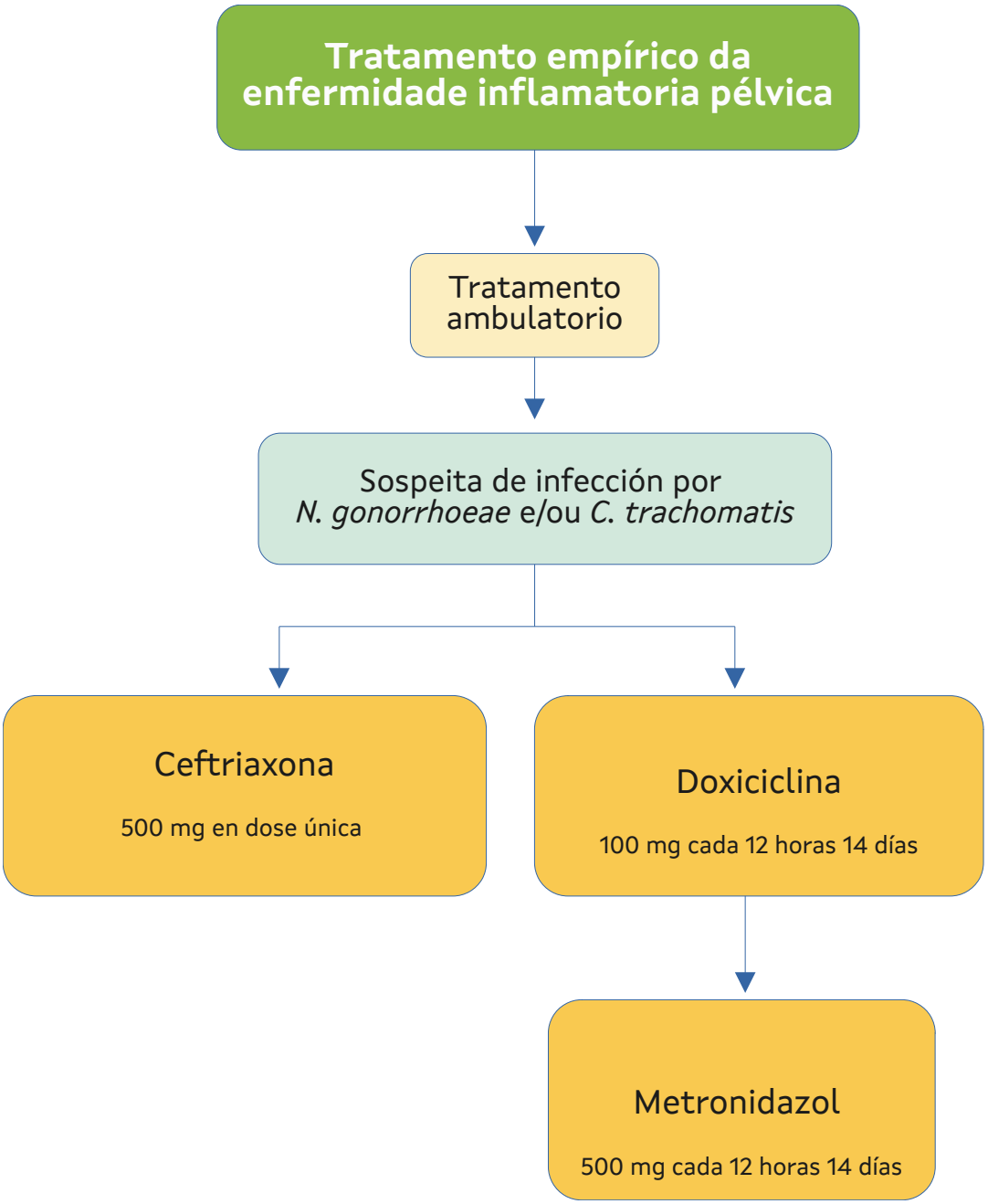
27. Ministerio de Sanidad. (2024, noviembre). Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Ministeriode Sanidad+3Ministerio de Sanidad+3M https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Enfermedades-ITS-interactivo-v7.pdf

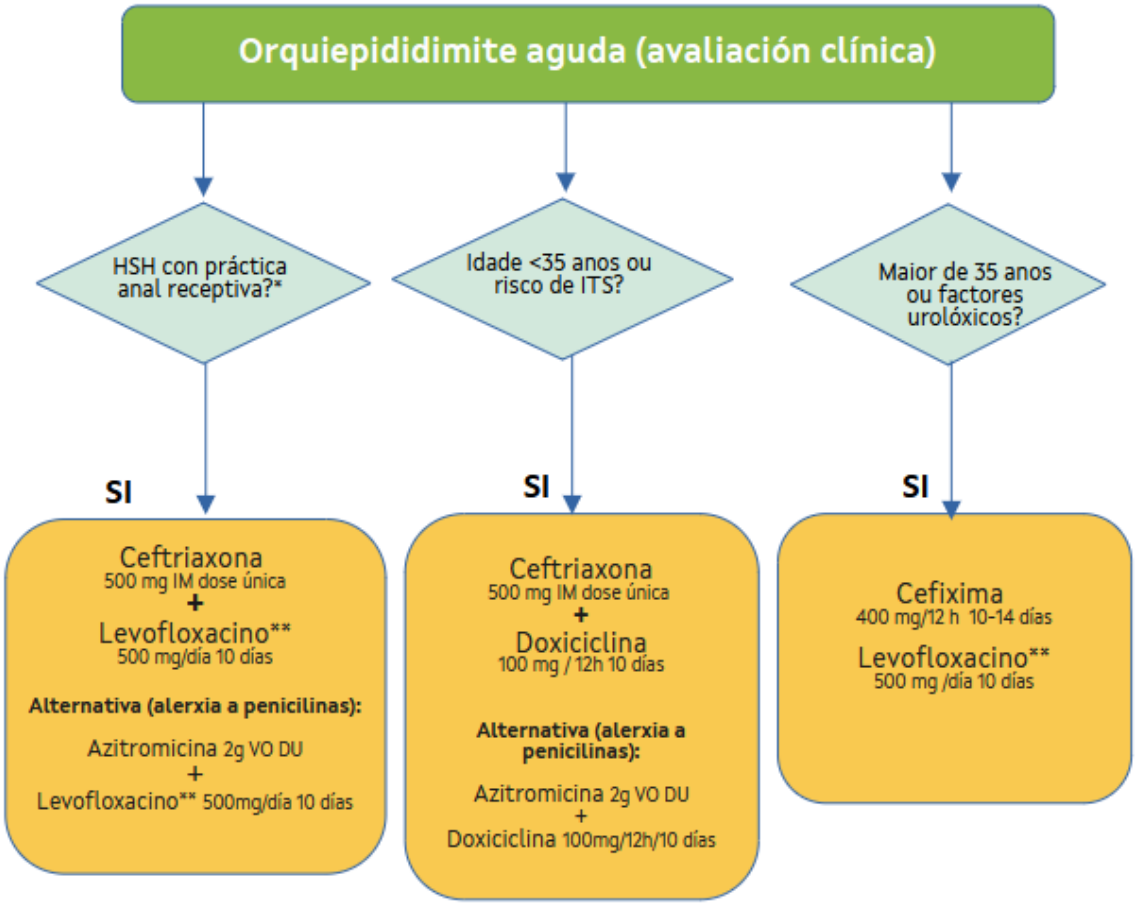
28. Ministerio de Sanidad. (2023). Guía terapéutica antimicrobiana del Sistema Nacional de Salud (SNS): Salud humana. Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN). https://www.resistenciaantibioticos.es/es/guia-terapeutica-antimicrobiana-del-sns-salud-humana

Algoritmos toma de mostras e tratamento empírico das Infeccións de Transmisión Sexual




Secreción vaxinal anormal
Toma de mostra posible
Observación microscópica/ cultivo
3 dos 4 criterios de Amstel:
• Secreción aumentada
• Cheiro a aminas con KOH
• H>4.5
• Céluas clue
Tricomonas
Seroloxías
Candidiase
Vaxinose bacteriana
Tricomoniase
Azois tópicos ou por vo
Metronidazol 500mg/12h vo 5-7 d
Ou
Clindamicina 2% xel 5 g/24h 7 días
Metronidazol 500mg/12h vo 7 días
Ou
Metronidazol 2 g vo DU
Ou
Tinidazol 2 g vo DU
Sífile
VIH
VHB
VHC


Tratamento empírico da enfermidade inflamatoria pélvica
Tratamento ambulatorio
Sospeita de infección por N. gonorrhoeae e/ou C. trachomatis
Ceftriaxona
500 mg en dose única
Doxiciclina
100 mg cada 12 horas 14 días
Metronidazol
500 mg cada 12 horas 14 días



Medidas xerais:

- Reposo e elevación escrotal
- Frío local
- AINES
- Tratar parellas sexuais
- Reavaliación en 72h

* Risco mixto (ITS+enterobacterias)
**En función do patrón de resistencias locais