

VIH. ITS. PREP. PEP.

¿Qué, Cuándo, Cómo, Dónde?

o Eva M^a Ferreira Pasos.

S^o Medicina Interna

o Pamela Bedoya Riofrío.

R3 Medicina Interna

o Alejandra García Altava.

R1 Medicina Interna

Fundación científica | 
Colegio de Médicos de Segovia

**CURSO DE FORMACIÓN
ACTUALIZACIÓN EN
ENFERMEDADES
INFECCIOSAS**

PROGRAMA

Miércoles 8 de Octubre
Infecciones más frecuentes:
ITU, Neumonía, Celulitis.
Dr. Antonio de Pablo Esteban
Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial Universitario de Segovia

Casos Clínicos:
Dra. Pamela Denisse Bedoya Riofrío
Dra. Alejandra García Altava
Médicos Residentes R3 y R1 respectivamente del Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial Universitario de Segovia

Miércoles 15 de Octubre
Conceptos Básicos:
Antibiograma, toma de muestras, Estrategias de No hacer en enfermedades infecciosas.
Dr. Federico Becerra Aparicio
Servicio de Microbiología del Complejo Asistencial Universitario de Segovia

**Equipos PROA
COMUNITARIOS: Papel en la optimización del uso de antibióticos**
Elena Moreno Sánchez
Farmacéutica de Atención Primaria, Coordinadora PROA Comunitario.

Miércoles 22 de Octubre
Bacteriemia, Gérmenes multirresistentes. Clostridioides difficile.
Dra. Ana Carrero Gras
Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial Universitario de Segovia

Casos clínicos:
Dra. Heysa Estefany Mencía Chirinos
Médico Residente R4 del Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial Universitario de Segovia

Miércoles 29 de Octubre
ITS. VIH. PREP. PEP. ¿Qué, Cuándo, Cómo y Dónde?
Dra. Eva M^a Ferreira Pasos.
Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial Universitario de Segovia

Casos clínicos:
Dra. Pamela Denisse Bedoya Riofrío
Dra. Alejandra García Altava
Médicos Residentes R3 y R1 respectivamente del Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial Universitario de Segovia

SOLICITADA ACREDITACIÓN SEAFORMEC

8, 15, 22 y 29 de octubre de 2025
17:00 a 19:00 horas


Modo de Asistencia
Los actos reseñados se realizarán, de forma mixta presencial/online, con las limitaciones de aforo que correspondan en cada momento.
Las inscripciones para una u otra forma de asistencia se realizarán en el enlace:
<https://www.fccomsegovia.com/formulario/inscripcionescursos.html>

Colegio Oficial de Médicos de Segovia
Plaza de los Médicos N° 2
921 42 21 66

www.fccomsegovia.com

VIH

Virus

Inmunodeficiencia

Humana



Dra. Eva Mª Ferreira Pasos

Sº Medicina Interna-

Complejo Asistencial Universitario de Segovia

29 de Octubre de 2025

Conflicto de intereses

- o Participación como ponente en reuniones organizadas por:
 - Laboratorios Farmacéuticos: Gilead, Janssen, ViiV.
 - Colegio de Médicos
 - Sacyl
- o **Ningún conflicto para la charla de hoy.**

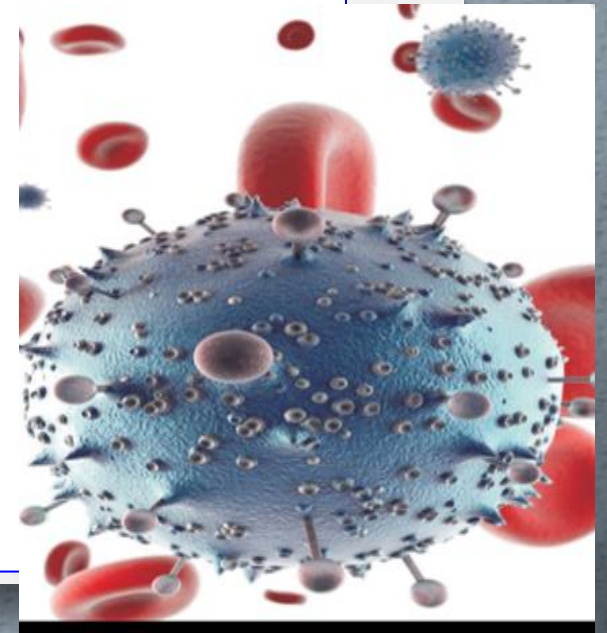
AGRADECIMIENTOS

- o **COLEGIO DE MEDICOS** y a la Fundación Científica
- o **COMPAÑEROS** de Enfermedades Infecciosas y todo el Servicio de Medicina Interna: trabajo en equipo
- o Compañeros de otras especialidades: Microbiología, Análisis Clínicos, Farmacia, Cirugía General, Ginecología...
- o Compañeros de otros hospitales por compartir inquietudes.
- o Médicos **RESIDENTES**.
- o **PACIENTES** para los cuales va todo nuestro trabajo.



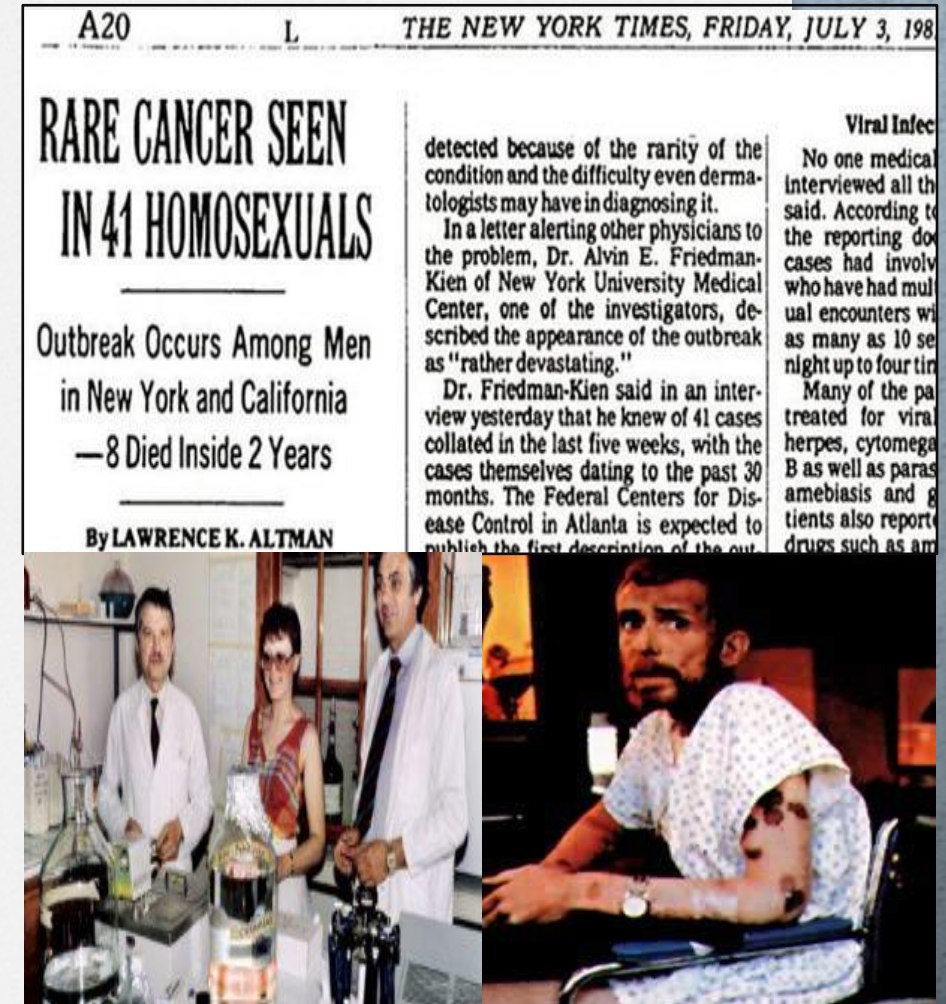
Guión de la charla...

- ✓ *Un poco de historia*
- ✓ *Enfermedad*
- ✓ *Objetivos 2030...*



UN POCO DE HISTORIA...

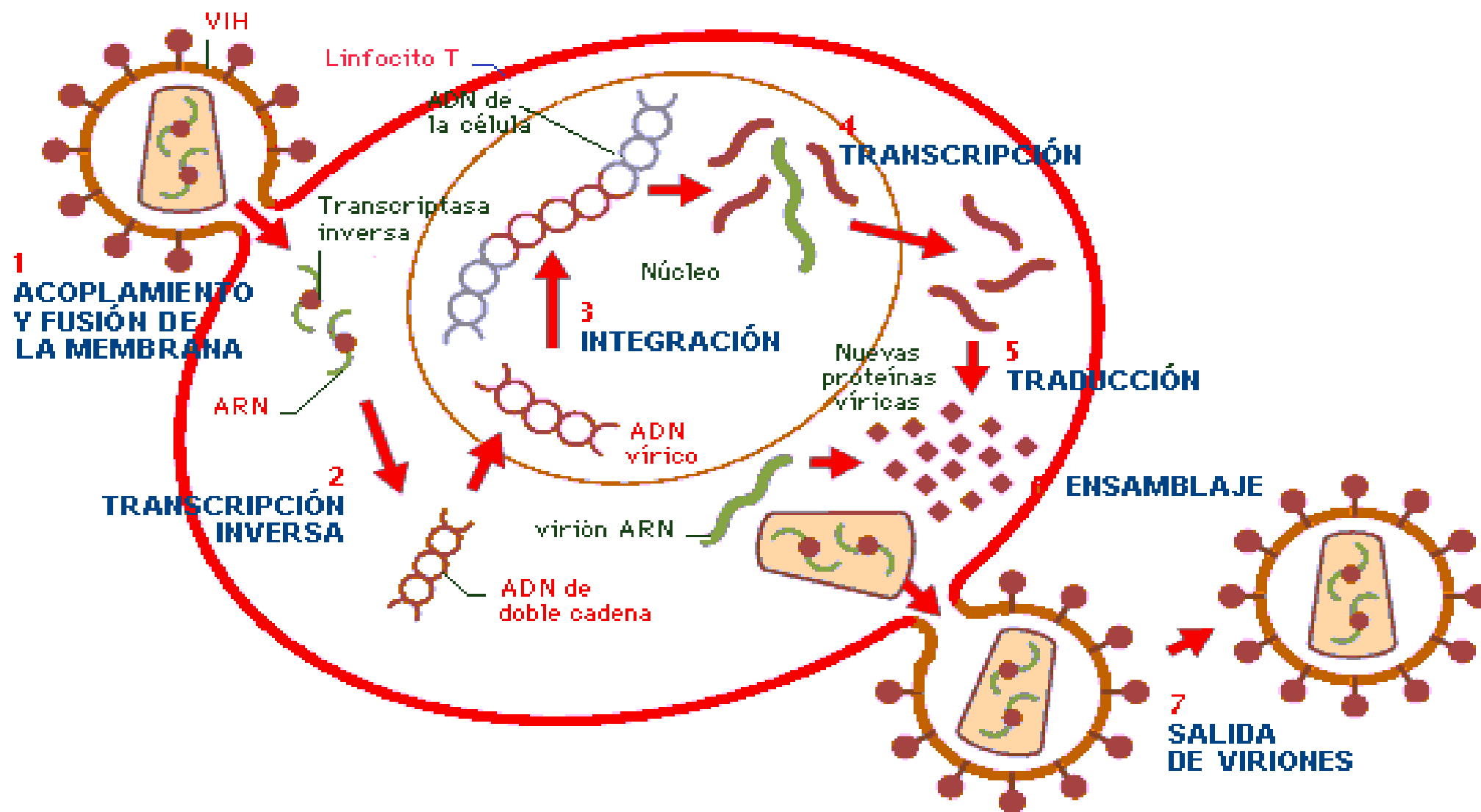
- Junio de 1981: CDC: neumonía por *P carinii*
- 1982: se nombra la nueva enfermedad : AIDS
- 1983: se aísla el virus del SIDA
- 1985: Detección de anticuerpos
- 1987: Aparece 1º fármaco contra el VIH: AZT
- 1996: Se introducen los IP y las terapias HAART



Origen del VIRUS

- Aislado por primera vez en 1983
- Origen zoonótico: Virus de la Inmunodeficiencia del Simio (VIS)
- SALTO INTERESPECIES: Se cree que el paso a la especie humana tuvo lugar en África occidental durante la década de 1930 a 1940. Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- El VIH-2 precede de otro VIS que habita en Senegal y Costa de Marfil.

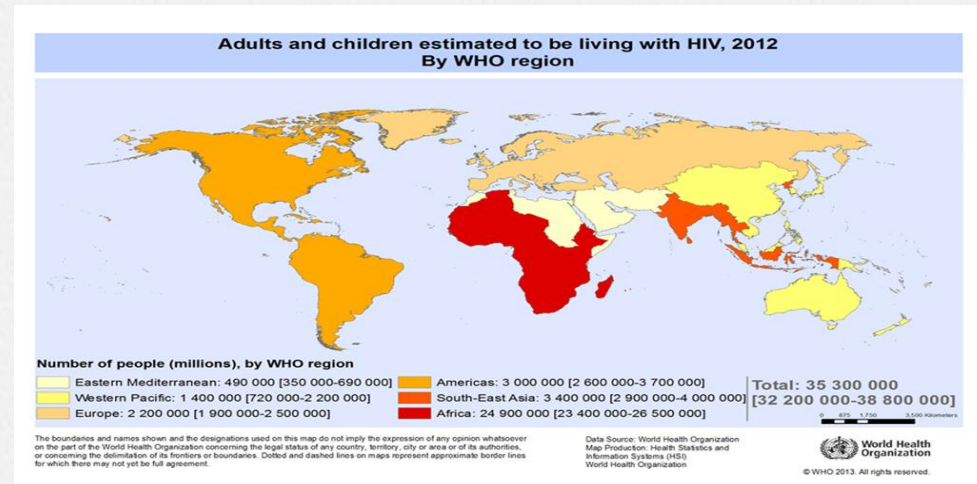




Epidemiología y Situación actual

Pandemia con más de 44 millones de muertes desde inicio en 1981
Más de 91 millones de infectados (97% en países en vías de desarrollo)

1981 - 2024



Actualmente 40 millones de personas en el mundo viven con VIH
1,3 millones de nuevas infecciones en 2024
630.000 personas murieron por enfermedades relacionadas con el SIDA.

NUEVAS INFECCIONES VIH EN ESPAÑA 2023



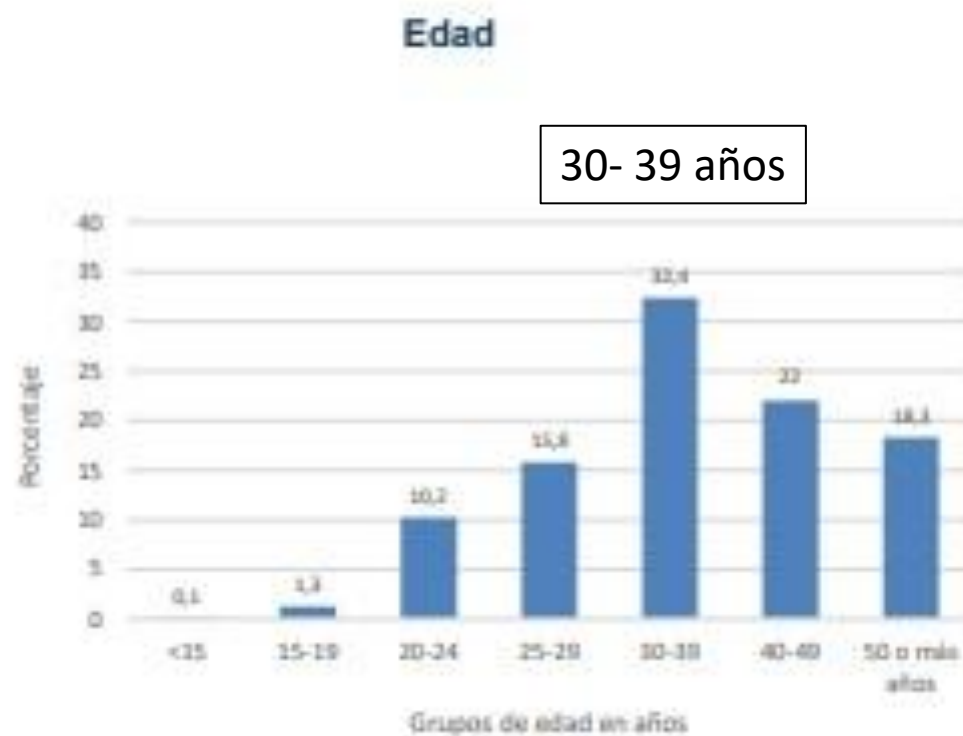
83% 
Transmisión sexual

17% 
Otras formas de transmisión

3196



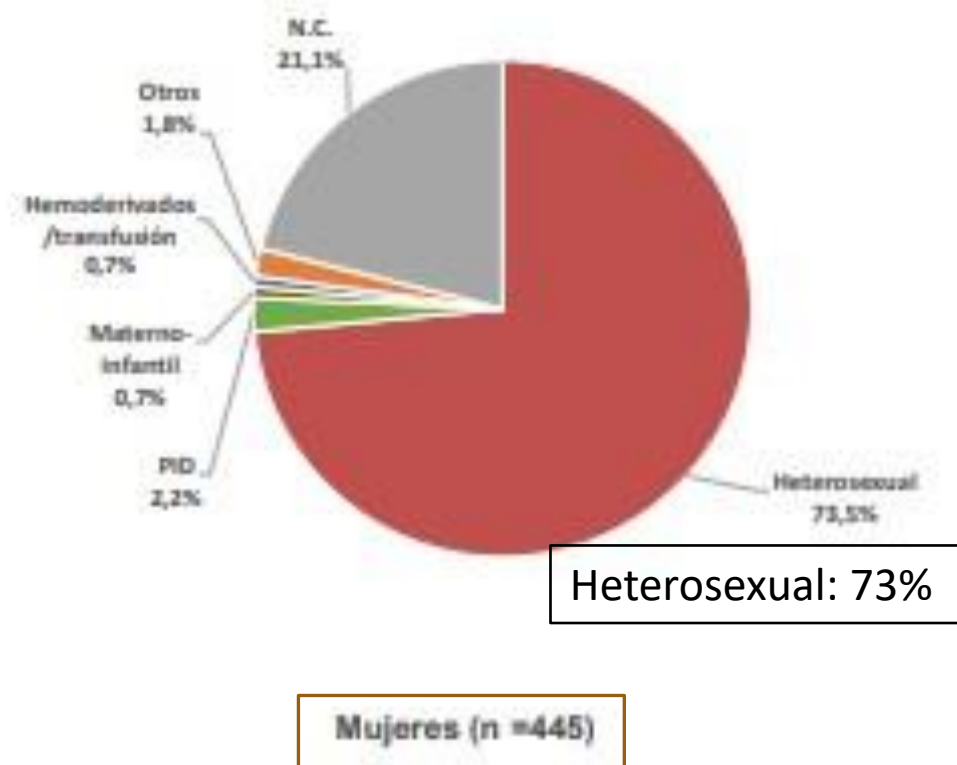
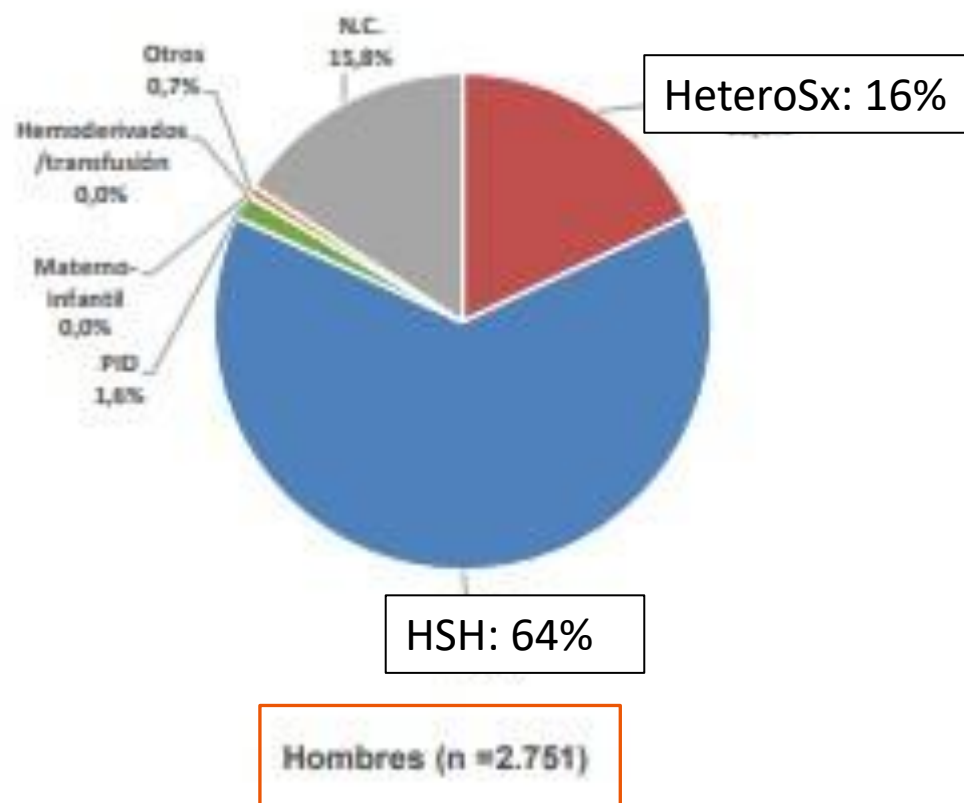
Figura 1
Nuevos diagnósticos de VIH. Edad y sexo.
España, año 2023. Datos no corregidos por retraso de notificación.



30- 39 años



Figura 3
Nuevos diagnósticos de VIH. Modo de transmisión y sexo.
España, año 2023. Datos no corregidos por retraso en la notificación.



PID: Personas que se inyectan drogas; HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; NC: No consta

Figura 14.
Número de nuevos diagnósticos de VIH anuales totales y según sexo. España, 2013-2023.
Datos no corregidos por retraso en la notificación

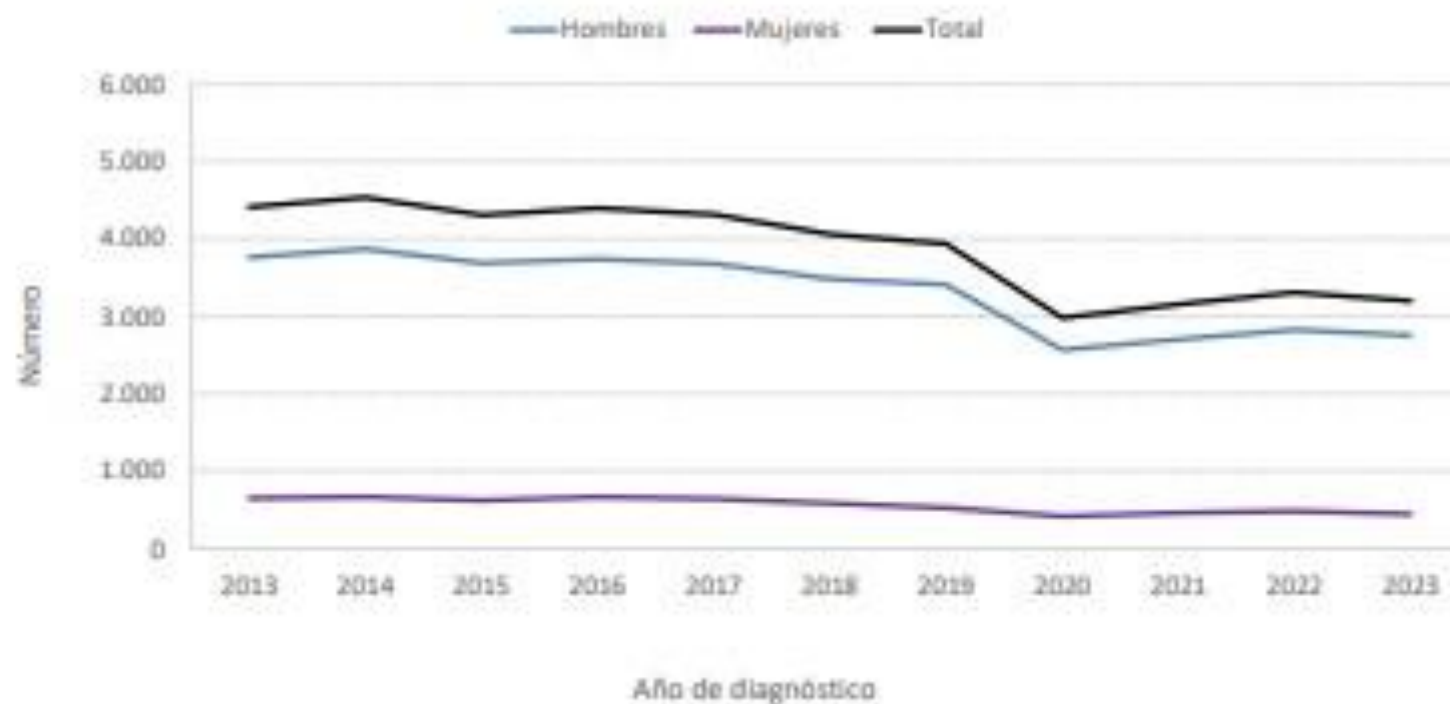
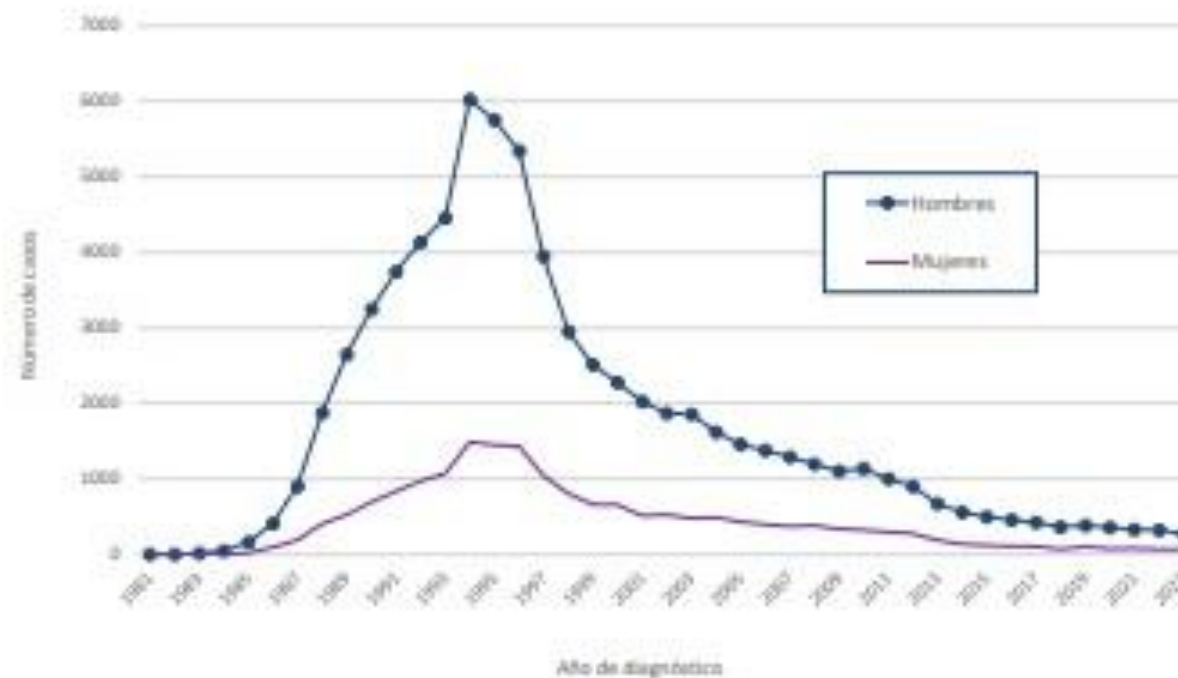


Figura 27
Casos de sida en España* por sexo, 1981-2023.
Registro Nacional de Sida. Datos no corregidos por retraso en la notificación.



* La metodología utilizada en la Comunidad Valenciana en la vigilancia del VIH-SIDA no permite incorporar los datos al Registro Nacional de casos de SIDA a partir de 2014

Actualidad en Segovia

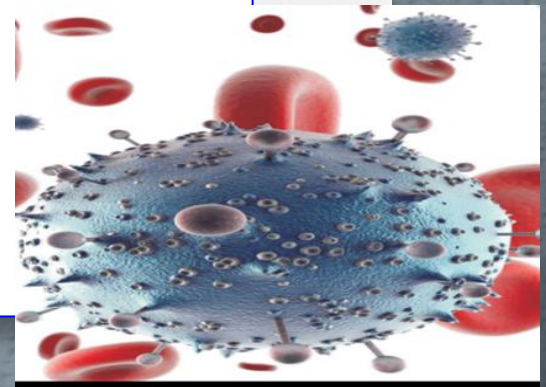


Guión de la charla...

✓ *Un poco de historia*

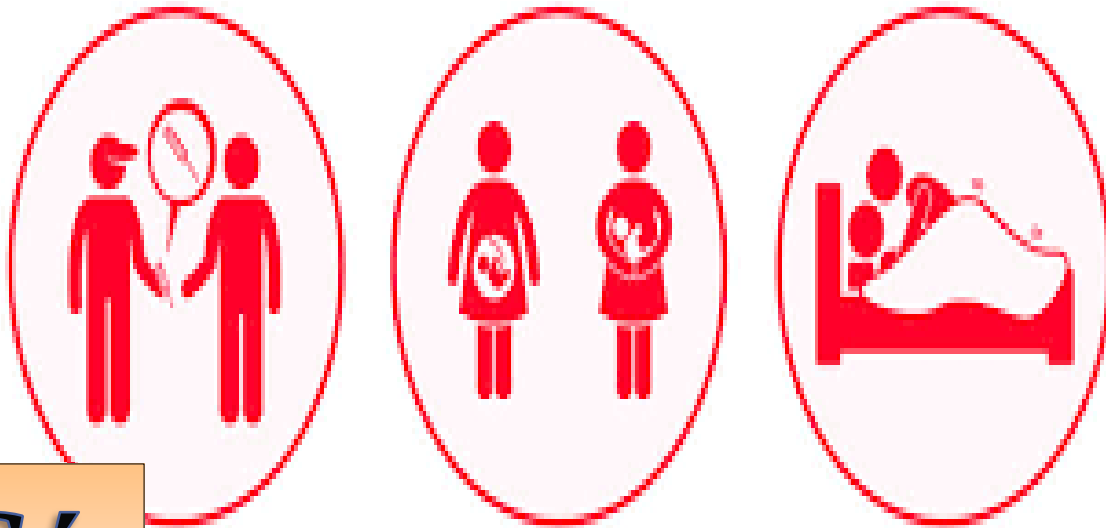
✓ ***Enfermedad***

✓ *Objetivos 2030...*



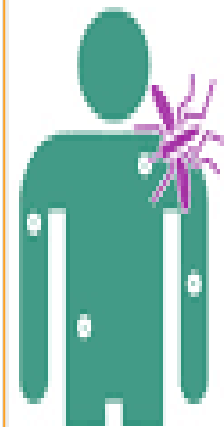
Vía Transmisión

Sí

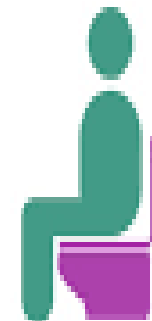


No

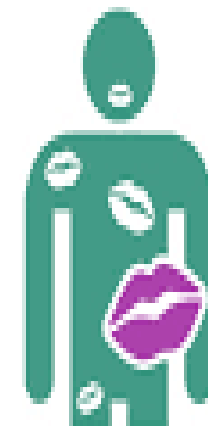
El VIH **NO** se transmite por



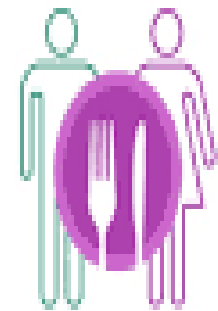
Procedura de Inyección



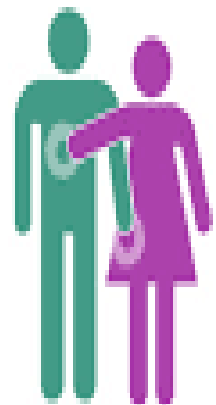
Compartir el baño



Besos

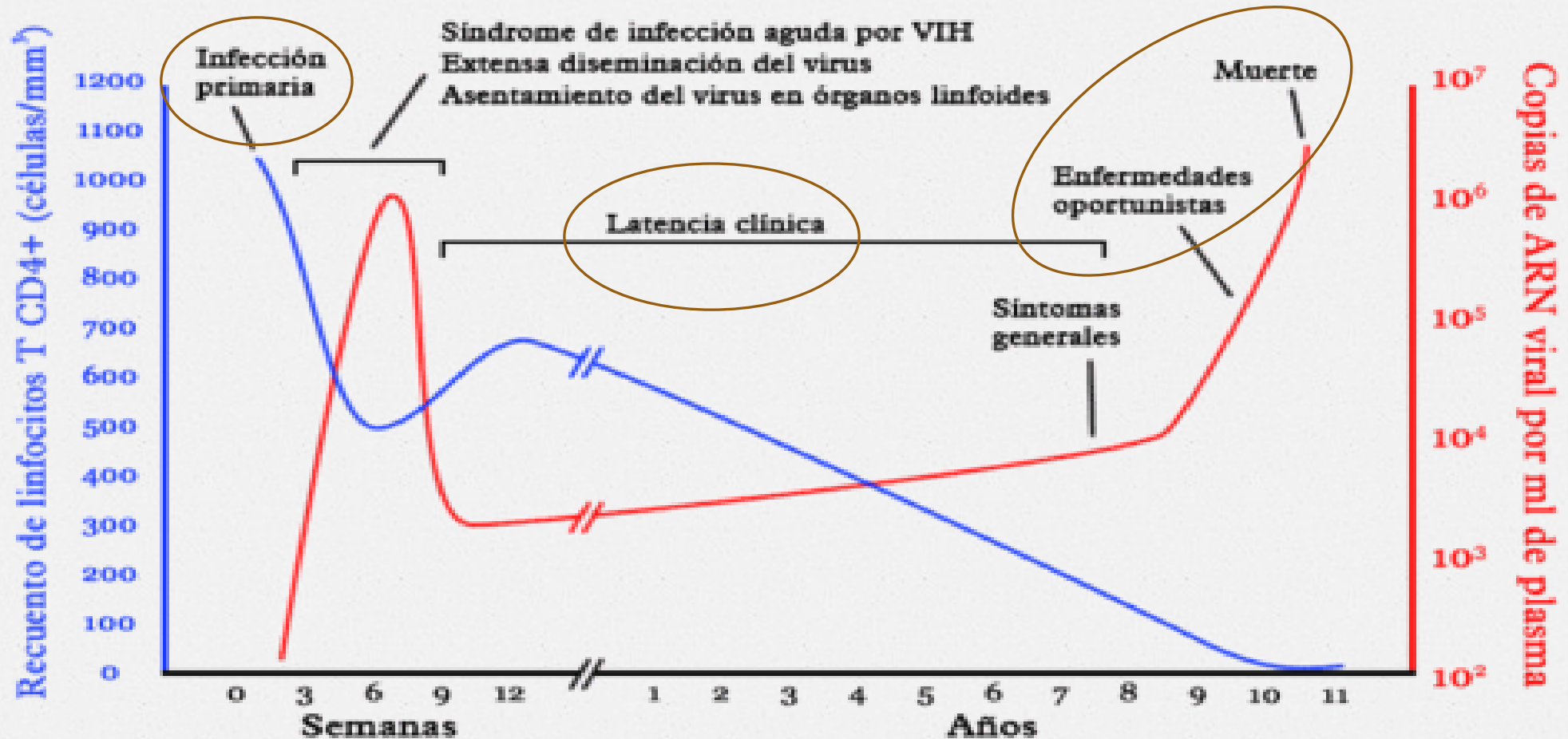


Usar utensilios



Tocar

HISTORIA NATURAL



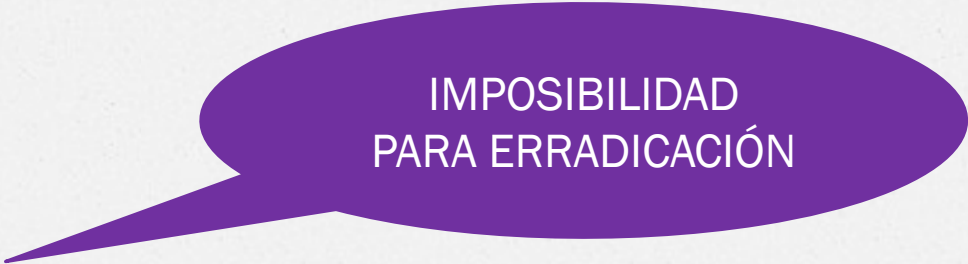
Primoinfección

- > 50% presentan síntomas
- Aparece entre 1- 4 semanas tras adquirir la infección
- Cuadro inespecífico y limitado a 15 – 20 días
- Síndrome mononucleósico +/- rash (fiebre, adenopatías, mialgias..)
- Analítica: Leucopenia, trombopenia, hipertransaminasemia

PENSAR EN VIH para DIAGNOSTICAR VIH

Fase Latencia

- **Paciente asintomático**
- **Replicación constante de VIH deteriorando el sistema inmune,**
- **Caída paulatina de CD4 (50-60 cél / año)**
- **La respuesta inmune reduce la replicación pero no controla la infección**
- **Duración variable: (7-10 años).**



IMPOSIBILIDAD
PARA ERRADICACIÓN

Fase Final

- **CD4 muy bajos**
- **Carga Viral en aumento**
- **Complicaciones clínicas definitorias de SIDA:**
 - **Infecciones oportunistas**
 - **Tumores**



VELOCIDAD DE PROGRESIÓN

- **Progresores típicos (80-90%)**
 - Mediana de progresión : 10 años
- **Progresores rápidos (5- 10%)**
 - Progresión a SIDA entre 1 y 5 años
 - Carga viral alta que no desciende tras infección aguda
- **Progresores lentos (3-15%)**
 - Pacientes asintomáticos con > 10 años de seguimiento sin inmunosupresión sin Tratamiento antiretroviral
 - ❖ **Controladores de élite: (0,3-1%): viremia < 50 copias de carga viral**
 - ❖ **Controladores de la viremia: (3%): viremia 50-2000 copias**

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Clasificación CDC. 1993

Recuento CD4	Categorías Clínicas		
	A	B	C sida
1: $\geq 500/\text{mm}^3$	A ₁	B ₁	C ₁
2: 200-499/ mm^3	A ₂	B ₂	C ₂
3: $< 200/\text{mm}^3$	A ₃	B ₃	C ₃

Categorías clínicas de la infección VIH

Categoría A: pacientes con infección primaria, adenopatías persistentes o asintomáticos.

Categoría B: pacientes que presentan o hayan presentado síntomas que no pertenecen a la categoría C, pero que están relacionados con la infección VIH.

Categoría C: pacientes que presentan o hayan presentado algunas complicaciones incluidas en la definición de Sida de 1987 de la OMS.

Categoría B: Enfermedades relacionadas, no definitorias de SIDA

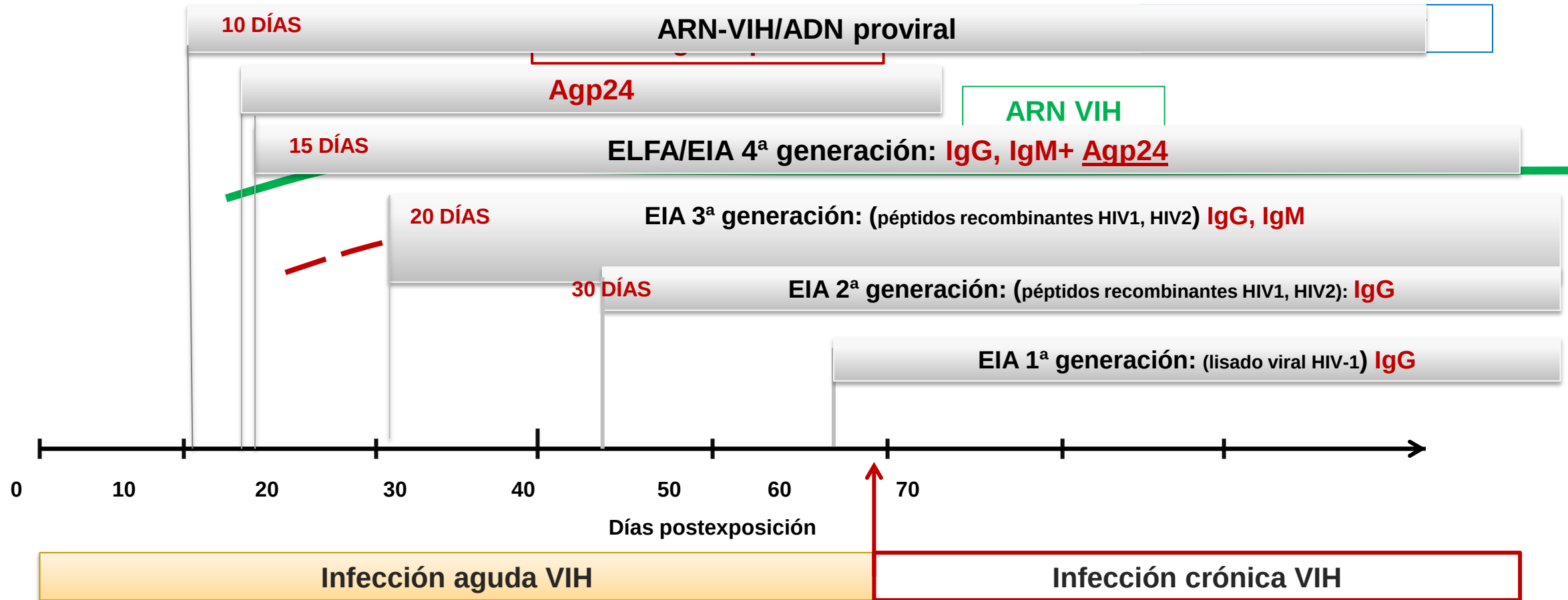
1. Angiomatosis bacilar
2. << Muguet >> (candidiasis oral)
3. Candidiasis vulvovaginal persistente, frecuente o que responde mal al tratamiento
4. Displasia cervical (moderada o grave) o carcinoma *in situ*
5. Fiebre ($> 38,5^{\circ}\text{C}$) o diarrea de más de 1 mes de duración
6. Leucoplasia oral vellosa
7. Herpes zoster (2 episodios o 1 episodio que afecte a más de un dermatoma)
8. Púrpura trombocitopénica idiopática
9. Listeriosis
10. Enfermedad inflamatoria pélvica, sobre todo si se complica con abscesos tuboováricos
11. Neuropatía periférica
12. Otras complicaciones menores asociadas a la infección por el VIH-1

1. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar
2. Candidiasis esofágica
3. Carcinoma invasivo de cervix
4. Coccidiomicosis diseminada
5. Criptococosis extrapulmonar
6. Criptosporidiasis con diarrea de mas de un mes.
7. Retinitis por citomegalovirus
8. Encefalopatía por VIH
9. Infección por virus herpes simple de más de un mes
10. Histoplasmosis diseminada
11. Isosporidiasis crónica de más de un mes de evolución
12. Sarcoma de kaposi
13. Linfoma de Burkitt
14. Linfoma inmunoblástico
15. Linfoma cerebral primario
16. Infección por M. avium intracelular o M. kansasii
17. Tuberculosis pulmonar
18. Tuberculosis extrapulmonar o diseminada
19. Infección diseminada por otras micobacterias
20. Neumonía por P. jirovecii
21. Neumonía bacteriana recurrente
22. Leucoencefalopatía multifocal progresiva
23. Sepsis recurrente por Salmonella no tiphy
24. Toxoplasmosis cerebral
25. Wasting síndrome
26. *** Leishmaniosis visceral (en España, si es atípica o recidivante)

Categoría C.

**SITUACIONES
CLÍNICAS
DIAGNÓSTICAS DE
SIDA**

DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO



TRATAMIENTO: Objetivos

◌ Clínico

- ◌ Disminuir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida

◌ Viroológico

- ◌ Supresión de la replicación viral

◌ Inmunológico

- ◌ Reconstitución inmunológica cuantitativa y cualitativa

◌ Epidemiológico

- ◌ Disminuir la transmisión

Triple Terapia

**2 INHIBIDORES DE LA
TRANSCRIPTASA INVERSA**

+

INHIBIDOR DE INTEGRASA

Doble Terapia

LAMIVUDINA (3TC)

+

DOLUTEGRAVIR



INYECTABLES bimensuales

1 ITIAN

RILPIVIRINA



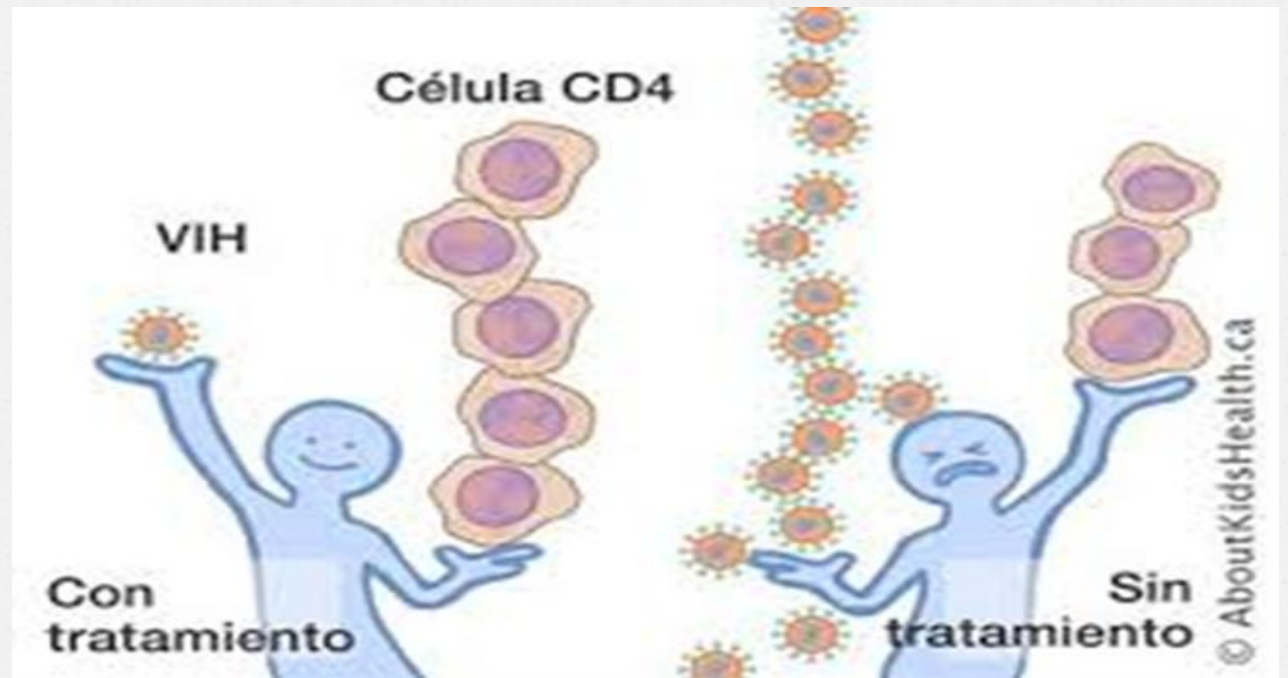
1 INHIBIDOR DE LA
INTEGRASA

CABOTEGRAVIR

- Asegura cumplimiento
- Evita interferencias con otras medicaciones por vía oral
- Bien aceptado por los pacientes al prescindir de tratamiento diario.

Tratamiento Antirretroviral

¿Cuándo empezar y a quién?



Tratamiento Antirretroviral

TODOS

Y

PRECOZ



U=U

UNDETECTABLE
=
UNTRANSMITTABLE

- Mejor tras TAR y buena respuesta virológica
- Vacunas con Ag o virus inactivados
- Vacunas con virus atenuados contraindicadas en VIH con < 200 CD4

RECOMENDADAS:

- Influenza y COVID (anual)
- Neumococo 20
- Meningococo (2 dosis)
- Virus hepatitis A (2 dosis)
- Virus hepatitis B (3 o 4 dosis)
- Virus Herpes Zóster (2 dosis)
- Virus del papiloma humano (menores 45 años, 3 dosis)
- Otras según grupos de riesgo: Mpox-viruela

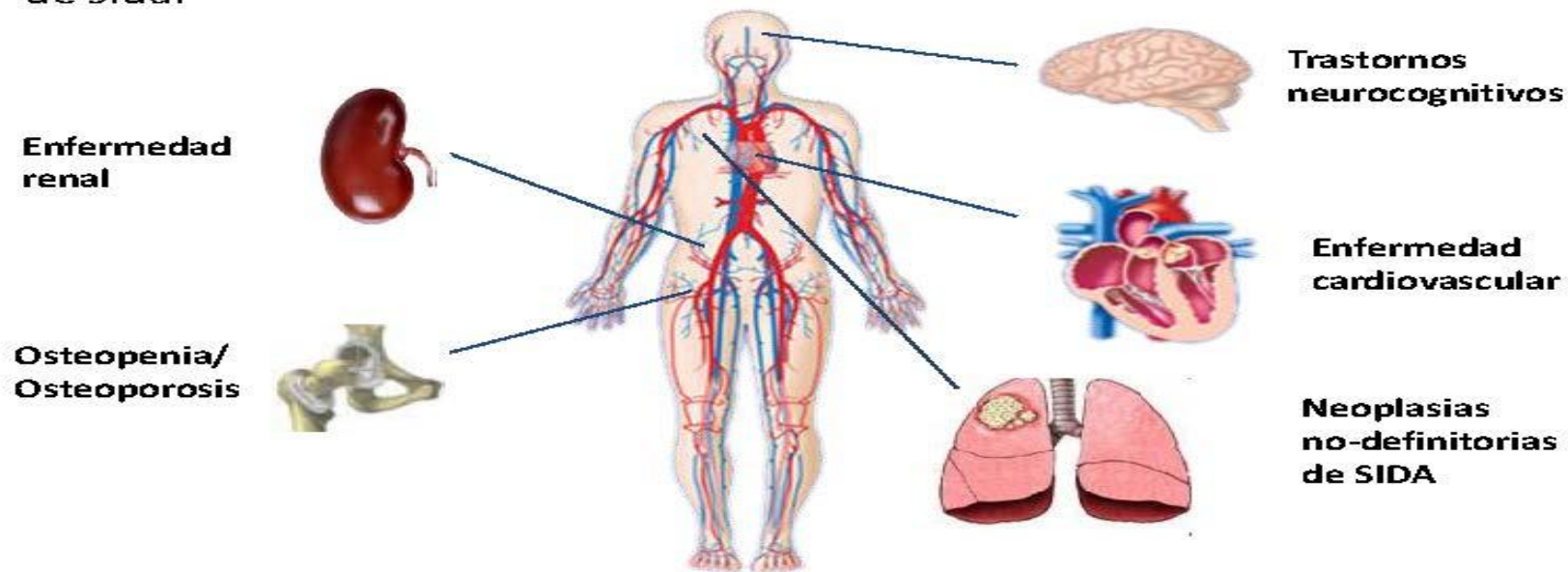
Vacunación



Envejecimiento

Comorbilidades en pacientes con infección por el VIH

La infección por el VIH no es solo una enfermedad infecciosa sino también **INFLAMATORIA**, con afectación multiorgánica y neoplasias no definitorias de sida.



Goulet JL et al. *Clin Infect Dis*. 2007;45:1593-601.
Deeks SG, et al. *BMJ* 2009; 338:a3172.

ANTIRRETROVIRALES

Suplementos dietéticos
Vigorizantes
Productos Herbolario
Medicinas alternativas

Anticoagulantes

Hipolipemiantes

Antidiabéticos

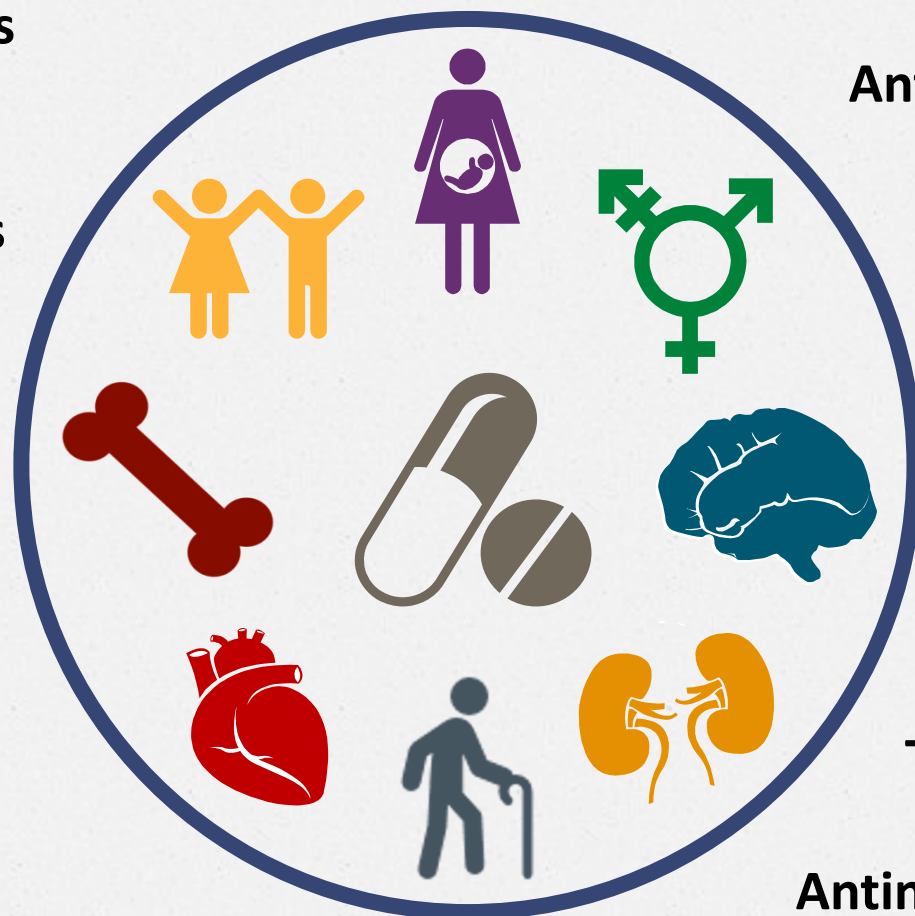
Corticoides

Ttos psiquiátricos

Antineoplásicos

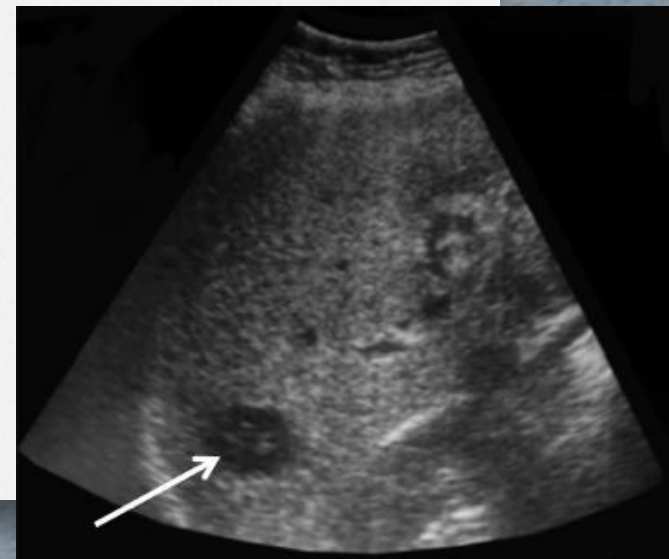
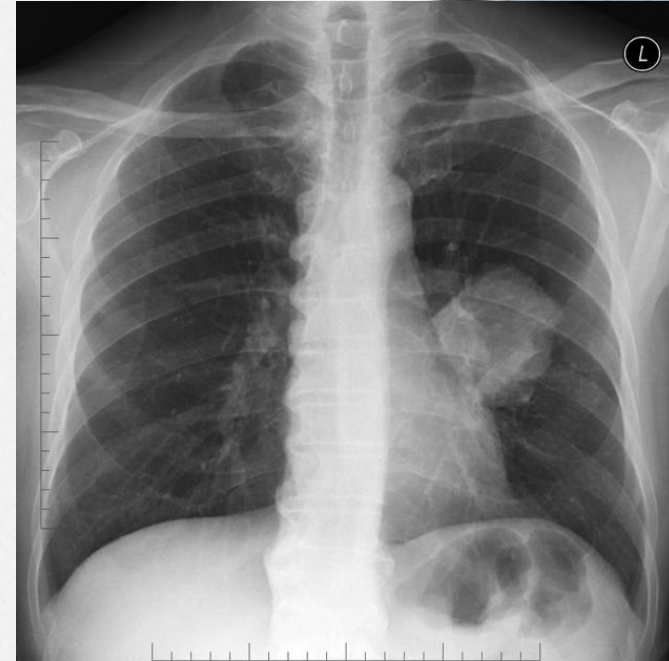
Drogas de recreo
Alcohol

Anticonceptivos



Neoplasias no asociadas a SIDA

- Frecuencia 2-3 veces superior a la población general
- Una de las causas más frecuentes de muerte en VIH
- Los más frecuentes:
 - Linfoma de Hodgkin
 - Ca de pulmón (fumadores),
 - Hepatocarcinoma (si cirrosis, ecografía semestral),
 - Cáncer de canal anal (citologías y exploración)
- Realizar el cribado recomendado en general (próstata, colon, mama, ginecológicos...)



EMBARAZO



Prueba de detección en 1º y 3º Trimestre
Tratamiento lo más precoz posible, con seguridad para el feto.

CV indetectable al menos 3ºTr y parto

PARTO: AZT i.v. intraparto

Si buen control: Parto vaginal

Si CV detectable o desconocida:

Cesárea electiva en semana 38

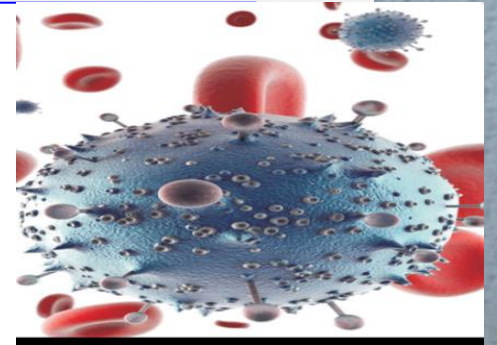
LACTANCIA: NO ¿individualizar?

Guión de la charla

✓ *Un poco de historia*

✓ *Enfermedad*

✓ **Objetivos 2030...**



OBJETIVO DE LA OMS para 2030

95%

Diagnosticados

95%

En tratamiento

95%

Bien controlados

95%

Buena calidad de vida

CASCADA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN ESPAÑA



Elaborado por el Plan Nacional sobre el Sida a partir de las estimaciones realizadas por el Centro Nacional de Epidemiología para el año 2013 y datos procedentes de la Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH, 2016.

Diagnóstico tardío

DIAGNÓSTICO TARDÍO:

Cifra de CD4 < 350 células/ μ l
Enfermedad definitoria de SIDA

ENFERMEDAD AVANZADA:

Cifra de CD4 inferior a 200 células/ μ l.

- Mayor mortalidad
- Mayo deterioro clínico
- Mayor coste

Diagnóstico precoz

Primoinfección

CD4 > 500

- Mejor control
- Corta la transmisión

Cribado del VIH



**Guía de
Recomendaciones
para el diagnóstico
Precoz del VIH en
el ámbito sanitario**

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2014
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

✓ **OFERTA OBLIGATORIA:**

✓ **OFERTA RUTINARIA:**

Nosotros

✓ **OFERTA DIRIGIDA:**

Nosotros

OFERTA OBLIGATORIA

**Donación de sangre o
hemoderivados**

**Trasplante, injerto o
implantación de órganos**

**Uso de técnicas de
reproducción asistida**

OFERTA RUTINARIA

Mujeres embarazadas

**Internos de instituciones
penitenciarias.**

**Personas de la población
general sexualmente activos
y con edad entre 20 y 59 años
de edad (al menos una vez en la
vida)**

OFERTA DIRIGIDA

2a. Enfermedades asociadas a una prevalencia de VIH no diagnosticado superior al 0,1%**

Prueba recomendada encarecidamente

- Infecciones de transmisión sexual
- Linfoma maligno
- Cáncer/displasia anal
- Displasia cervical
- Herpes zóster
- Hepatitis B o C (aguda o crónica)
- Síndrome mononucleósico
- Leucocitopenia/trombocitopenia idiopática que dure >4 semanas
- Dermatitis seborreica/exantema
- Enfermedad neumocócica invasiva
- Fiebre sin causa aparente
- Candidemia
- Leishmaniosis visceral
- Gestación (implicaciones para el feto)

OFERTA DIRIGIDA

2b. Otras enfermedades de las que se considera que es probable que tengan una prevalencia de VIH no diagnosticado >0,1%

Ofrecer la prueba

- Cáncer de pulmón primario
- Meningitis linfocítica
- Leucoplasia vellosa oral
- Psoriasis grave o atípica
- Síndrome de Guillain–Barré
- Mononeuritis
- Demencia subcortical
- Enfermedad del tipo esclerosis múltiple
- Neuropatía periférica
- Pérdida de peso injustificada
- Linfadenopatía idiopática
- Candidiasis bucal idiopática
- Diarrea crónica idiopática
- Insuficiencia renal crónica idiopática
- Hepatitis A
- Neumonía adquirida en la comunidad
- Candidiasis

NEGATIVO

- ¡OJO! PERIODO VENTANA

SI HAY EXPOSICIÓN DE RIESGO
REPETIR A LOS 3 meses

- CONSEJOS PREVENTIVOS

POSITIVO

-INFORMAR AL PACIENTE
-BUSQUEDA CONTACTOS

-DERIVAR AL PACIENTE
-ITC Medicina Interna/
Enf. INFECCIOSAS

OBJETIVO DE LA OMS para 2030

95%

Diagnosticados

95%

En tratamiento

95%

Bien controlados

95%

Buena calidad de vida

CALIDAD DE VIDA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la manera en que una persona se ve a sí misma en su vida, en relación con sus metas, expectativas y preocupaciones.

- **Factores objetivos:** servicios básicos, salud, empleo
- **Factores subjetivos:** percepción personal, estado psicológico
- **Factores ambientales y sociales:** entorno, estabilidad social



ESTIGMA

Cuando la
diferencia se
convierte en
discriminación



Consecuencias

- Dificulta las relaciones personales
- Dificulta relaciones laborales
- Dificulta relaciones afectivas y sexuales
- Dificulta contacto con profesionales sanitarios
-
- Impacto emocional.
- Deterioro de la salud mental.
- Deterioro autoestima.
- Deterioro de la CALIDAD DE VIDA





GRACIAS



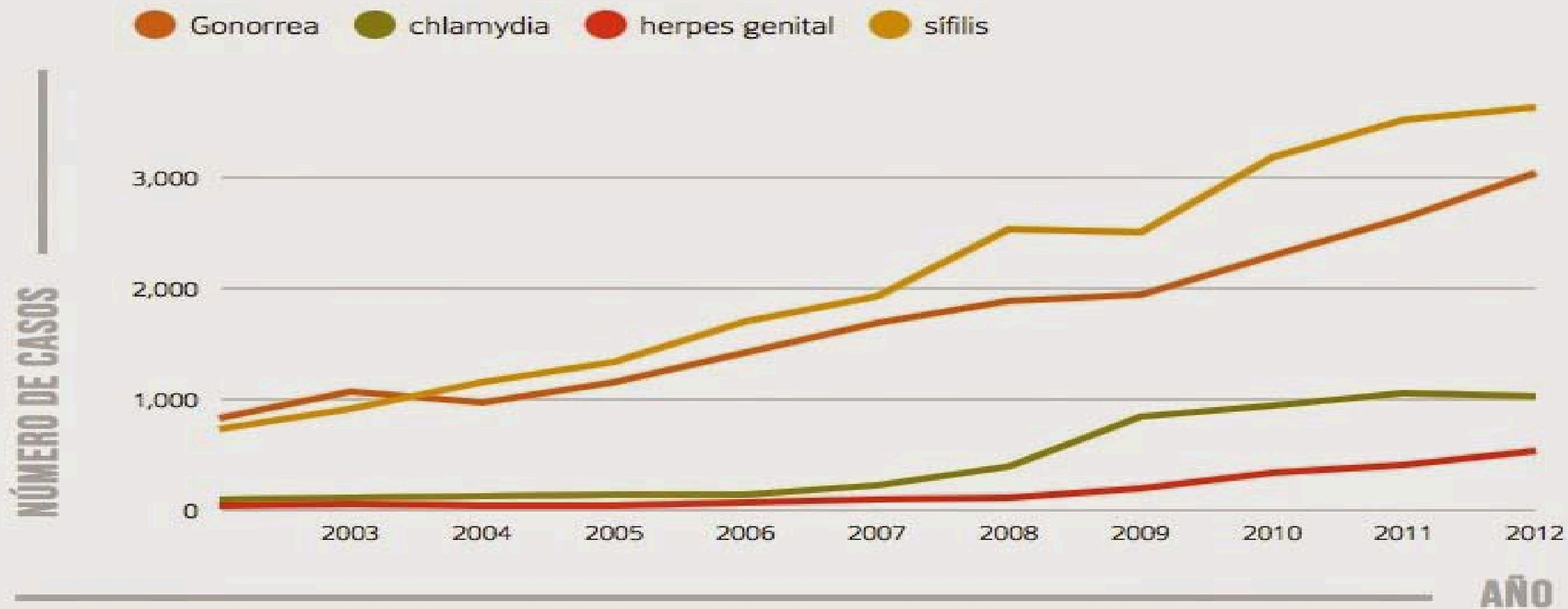
INFECCIONES TRANSMISIÓN SEXUAL

EVA FERREIRA PASOS
Sº Medicina Interna
Complejo Asistencial Universitario de Segovia.
Tlf 921.419240
29 Octubre 2025



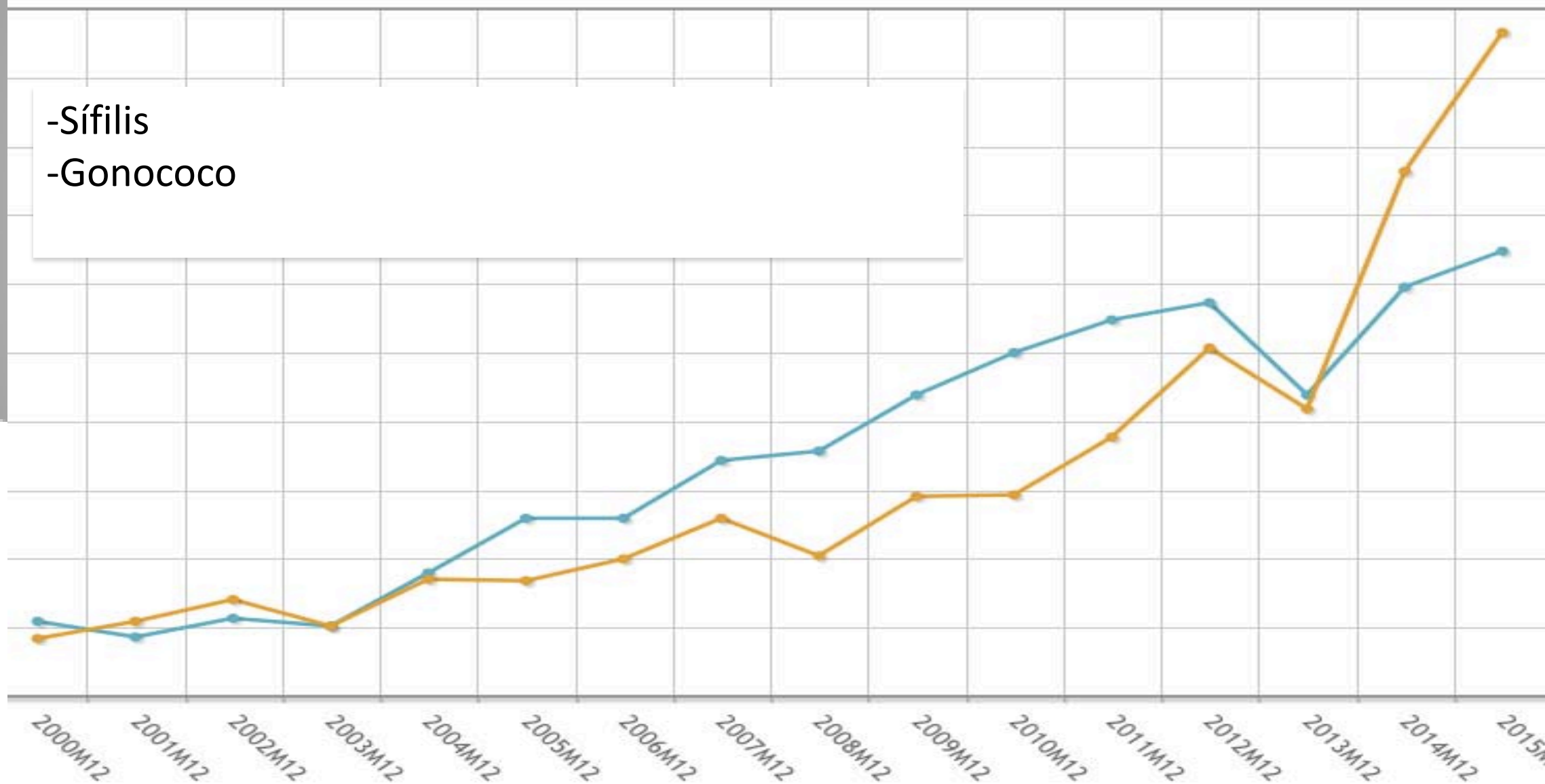
GUION CHARLA

- Problema Salud Pública
- Imágenes
- Toma de muestras
- Conclusiones.



357 millones de personas en el mundo anualmente padecen una ITS

-Sífilis
-Gonococo

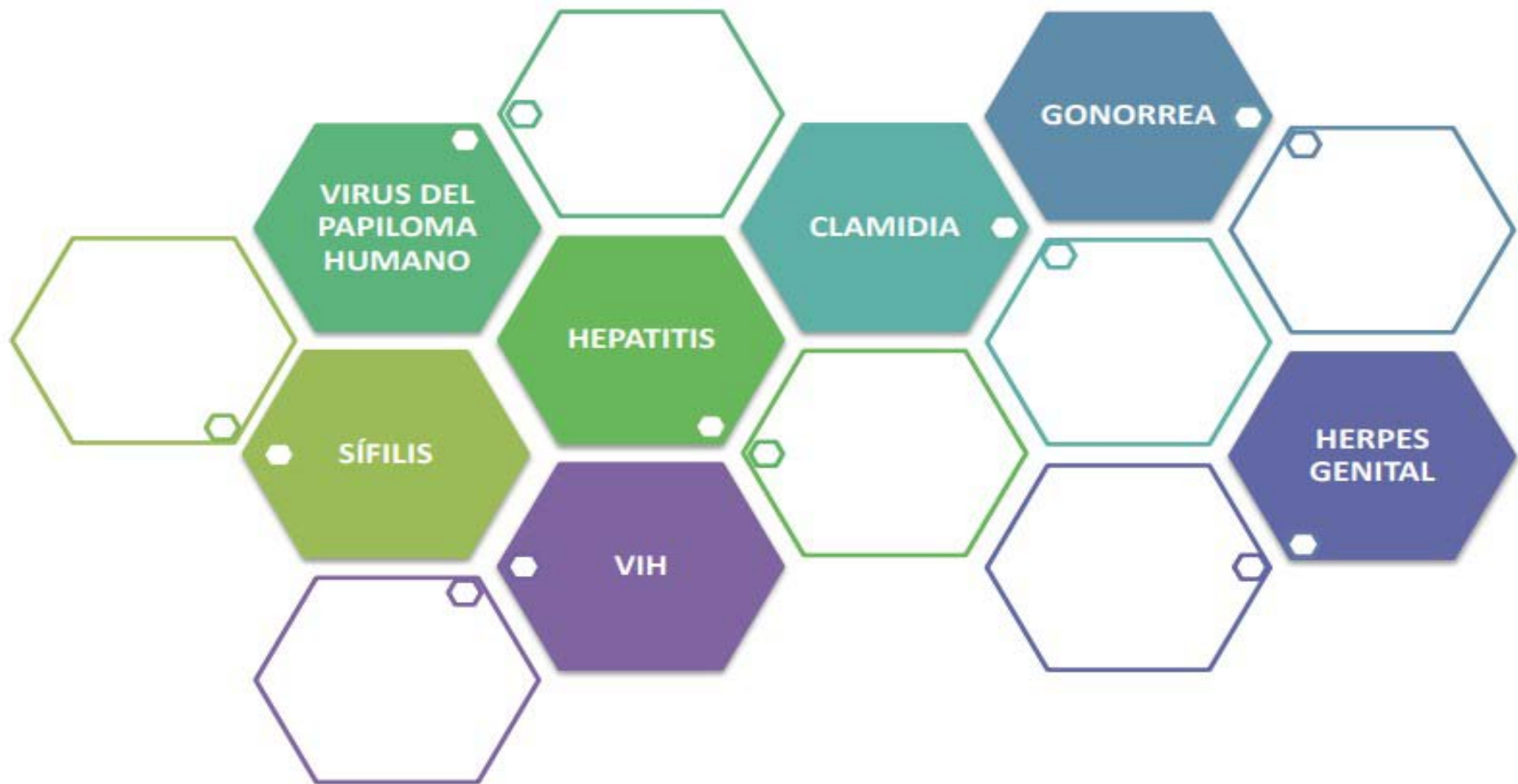


DIMENSIÓN DEL PROBLEMA:

- Problema de Salud Pública:
 - Asintomáticos pero infectivos
 - Resistencia a antibióticos (gonorrea)
- **Sífilis y HSV-2 triplican el riesgo de adquisición VIH**
- Patologías re-emergentes (Hepatitis). Otras (VPH)
- **Identificar y tratar. Estudio de contactos**

Cribado de ITS en poblaciones en riesgo

- **Embarazadas** (riesgo infección intrauterina)
- **Jóvenes menores de 25 años** (activos sexualmente)
- **Hombres y mujeres heterosexuales** (sin protección)
- **Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH)**
- **Personas infectadas por el VIH**
- **Personas que ejercen la prostitución**
- **Transexuales**
- **Personas que ingresan en centros penitenciarios**



EN LAS MUJERES

- Flujo anormal en la vagina con o sin olor desagradable.
- Úlceras, ronchas, verrugas o ampollas cerca de los genitales, ano o boca.
- Inflamación de uno o más ganglios cercanos a la úlcera.
- Dolor en la zona de la pelvis.
- escozor o picor alrededor de los genitales.
- Ardor al orinar o defecar.
- Sangrado por la vagina sin tratarse de la menstruación o tras la relación sexual.
- Sangrado por la vagina sin tratarse de la menstruación o tras la relación sexual con penetración.
- Dolor en la vagina durante las relaciones sexuales, de aparición repentina.

EN LOS HOMBRES

- Secreción por la uretra.
- Úlceras, ronchas, verrugas o ampollas cerca de los genitales, ano o boca.
- Inflamación de uno o más ganglios cercanos a la úlcera.
- escozor o picor alrededor de los genitales.
- Dolor o inflamación en los testículos.
- Ardor y dolor al orinar o defecar.

PACIENTE SINTOMÁTICO: ÚLCERAS





SIFILIS PRIMARIA



CHANCRO



Sífilis secundaria: cutánea



Herpes simplex virus infection



Primary herpes simplex virus infection with gingivostomatitis in a child. Erosions with overlying crust on the lips and overlying slough on the tongue.

Reproduced with permission from: www.visualdx.com. Copyright VisualDx. All rights reserved.

UpToDate®

Herpes Simple

Herpes simplex virus infection



A cluster of tiny vesicles and faint background erythema on the penile shaft.

Reproduced with permission from: www.visualdx.com. Copyright VisualDx. All rights reserved.

Primary herpes simplex virus infection

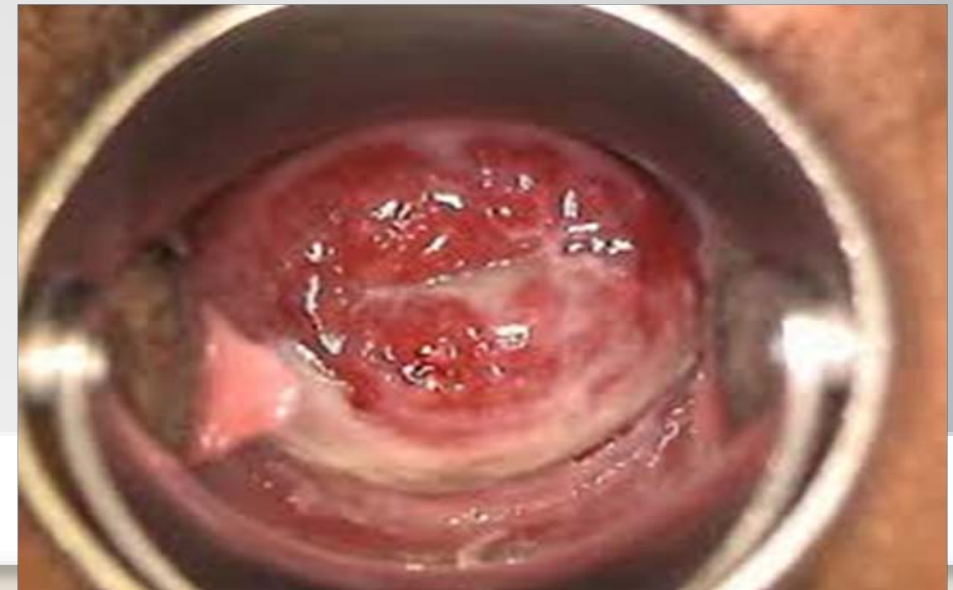
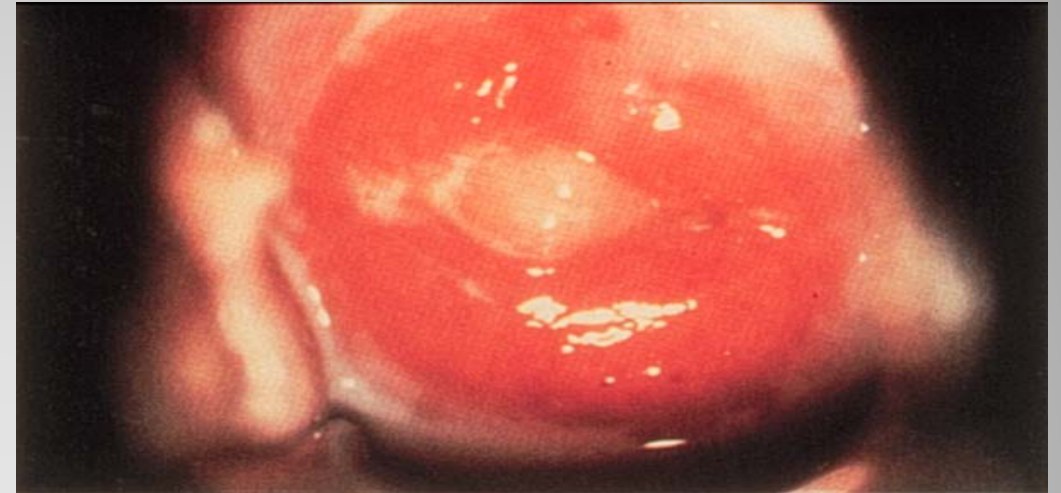


Many small hemorrhagic erosions with overlying purulent slough and surrounding erythema on the perineum and posterior vulva.

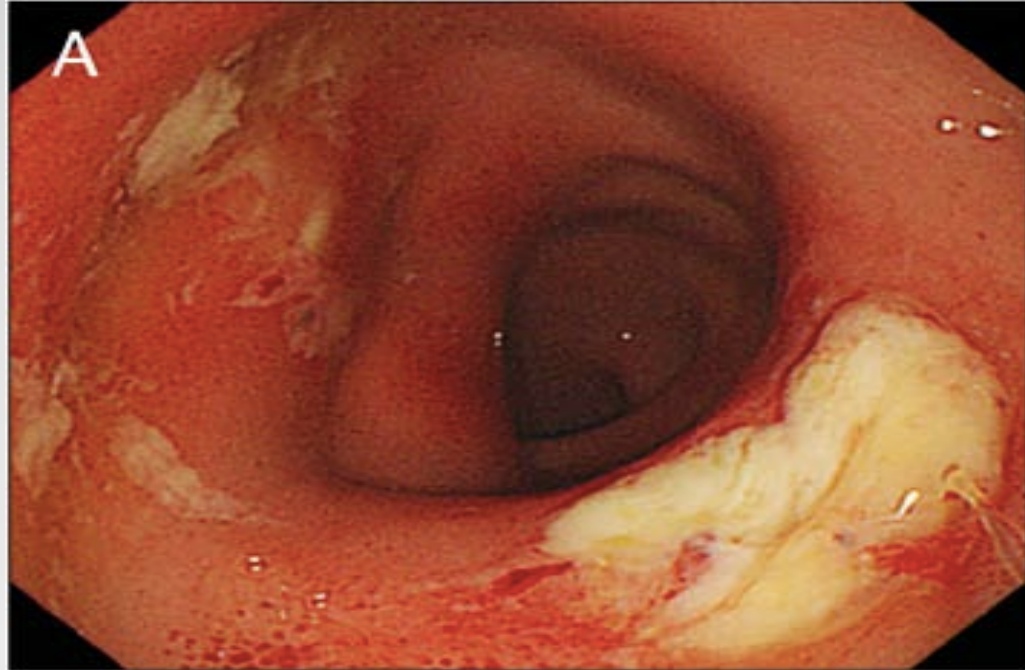
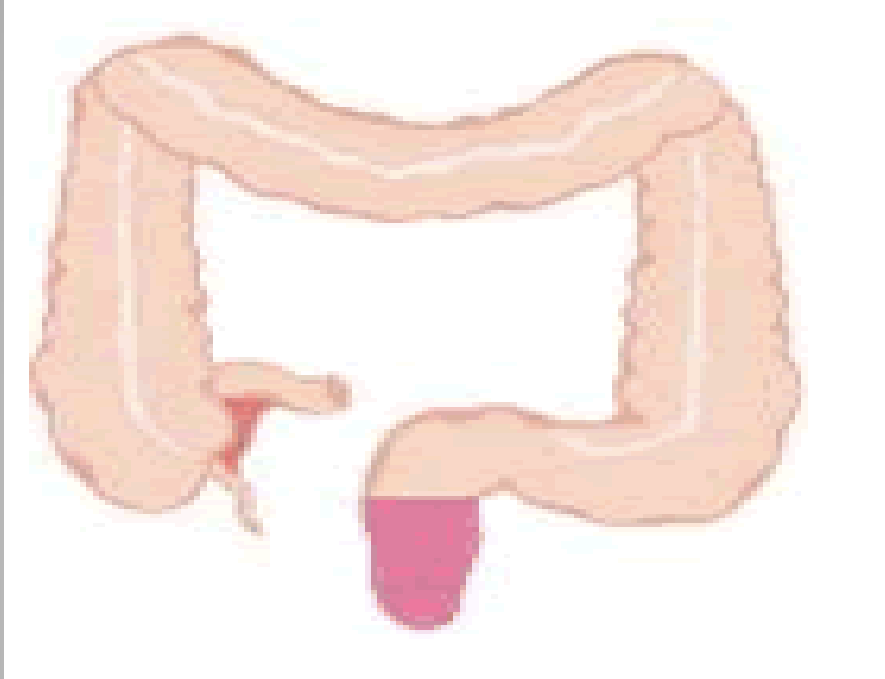
Reproduced with permission from: www.visualdx.com. Copyright VisualDx. All rights reserved.

UpToDate®

SECRECIÓN: URETRITIS / CERVICITIS



SECRECIÓN: PROCTITIS





Condilomas. VPH

Información

- <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/hojaInformativa>
- <https://www.saludcastillayleon.es/es/saludjoven/sexualidad/infecciones-transmision-sexual>
- Intranet → Comisiones → Infecciones → Protocolos:
 - . Tratamiento ITS
 - . Profilaxis PostExposición

Sífilis

Hoja informativa

¿Qué es la sífilis?

Es una infección de transmisión sexual causada por una bacteria llamada *Treponema pallidum*.

¿Cómo se puede contraer sífilis?

Se puede contraer cuando se mantienen relaciones sexuales **sin preservativo** con una persona que tiene la infección, a través de sexo anal, vaginal o por el sexo oral.

Las mujeres embarazadas pueden transmitir la enfermedad a su hijo/a.

La infección es más común en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) y personas con múltiples parejas sexuales que no utilizan las medidas adecuadas de prevención.

Aunque usted haya tenido una infección por sífilis en el pasado y se haya tratado correctamente: puede volver a contraerla, ya que no genera protección para toda la vida.



Bacteria *Treponema pallidum*

¿Cuáles son los síntomas de sífilis?

Los signos y síntomas son los mismos en hombres y mujeres.

Existen 4 etapas de la infección.

1. Sífilis primaria: Aparición de una úlcera (denominada chancro) no dolorosa en aquella parte del cuerpo que ha estado en contacto con la bacteria, generalmente de 2-3 semanas después de tener relaciones sexuales con una persona infectada.

Suele localizarse con más frecuencia en pene, vulva, vagina o ano. Ocasionalmente pueden aparecer úlceras en la boca o labios que pueden ser dolorosas.

Es posible que la úlcera pase desapercibida dependiendo de su localización. Puede tardar en curarse hasta 6 semanas y ser una importante vía de contagio para las parejas sexuales.

2. Sífilis secundaria: Si no se realiza tratamiento, la enfermedad progresa a esta fase debido a la proliferación de bacterias en la sangre. Suele producirse de 3-6 semanas después de la aparición de la úlcera de la sífilis primaria.

Sus síntomas incluyen erupción cutánea, que a menudo afecta a las palmas de las manos y plantas de los pies, inflamación localizada en la zona genital, manchas blancas en la boca y glándulas inflamadas. Menos frecuentemente existe pérdida irregular de cabello (alopecia), sordera, problemas oculares, afectación hepática, renal o neurológica.

La sífilis secundaria es altamente transmisible para las parejas sexuales durante las relaciones sexuales no protegidas.

Sin tratamiento, la erupción y otros síntomas de la sífilis secundaria suelen desaparecer después de varias semanas, aunque la enfermedad no se ha curado y progresa a la fase siguiente.

3. Sífilis latente: Cuando los síntomas de la **sífilis secundaria** han desaparecido, es posible que no se produzcan síntomas durante varios años, pero la infección está presente y puede detectarse a través de una analítica de sangre.

4. Sífilis terciaria: Aproximadamente 1 de cada 10 personas con sífilis no tratada desarrollará graves problemas neurológicos, osteoarticulares o cardíacos, muchos años después de la infección.

PUNTOS CLAVE:

La sífilis es una infección de transmisión sexual.

Se transmite fácilmente de una persona a otra durante las relaciones sexuales no protegidas, incluyendo sexo oral.

Con frecuencia no causa síntomas.

Si no se trata correctamente produce graves problemas de salud a largo plazo.

Se puede proteger utilizando SIEMPRE PRESERVATIVO* durante las relaciones sexuales.



Plan Nacional sobre el Sida

*Barrera de látex: cuadrante de látex si practica sexo oral, preservativo de látex si practica sexo vaginal y/o anal.

Sífilis

Hoja informativa

¿Cómo se diagnostica?

Mediante un análisis de sangre para detectar los anticuerpos frente a esta infección. Si tiene una úlcera será necesario tomar una muestra de ella para hacer el diagnóstico.

En algunas personas puede no detectarse la infección de inmediato, en estos casos se debe repetir.

Si usted piensa que ha estado en contacto con esta infección o tiene síntomas que podrían deberse a sífilis, debe visitar a su médico.

Si tiene sífilis, también debe hacerse pruebas para detectar infección por otras ITS, ya que puede haber contraído más de una infección al mismo tiempo.

Es importante recibir el tratamiento específico tan pronto como sea posible, ya que la infección puede causar complicaciones y graves problemas de salud si no se trata.

¿Cómo se previene?

Utilizando **siempre** preservativo* durante las relaciones sexuales. Si se comparten juguetes sexuales para la penetración, es importante un preservativo para cada persona.

¿Se pueden mantener relaciones sexuales?

Se debe **evitar** mantener relaciones sexuales, aun utilizando preservativo*, hasta que, tanto la persona afectada como su pareja sexual hayan finalizado el tratamiento y los síntomas hayan desaparecido.

¿Cuáles son las posibles complicaciones de la sífilis?

Si se trata rápidamente, es poco probable que la sífilis cause problemas a largo plazo.

Sin embargo, sin tratamiento, la sífilis se puede transmitir a otras regiones de su organismo y causar serios problemas.

En 1 de cada 10 casos, si la sífilis no ha sido tratada, la infección puede transmitirse a otros órganos a través de la sangre, y causar después de muchos años, trastornos cardíacos, cerebrales u osteoarticulares.

Cuando ha sido diagnosticado y se ha recibido tratamiento para la sífilis, es importante informar de ello a su médico, ya que algunas analíticas en sangre siempre tendrán un resultado positivo.

Sífilis y embarazo

La sífilis puede transmitirse de madre a hijo/a durante el embarazo.

Si la madre no recibe tratamiento durante el embarazo se puede producir aborto involuntario, muerte fetal o enfermedad grave en el bebé (sífilis congénita). El tratamiento se puede administrar con seguridad durante el embarazo.

¿Debo decírselo a mi pareja sexual?

Si usted tiene sífilis, es esencial que su pareja sexual actual y las parejas anteriores consulten a su médico.

De esta forma usted evita contraer nuevamente la infección y además su pareja podrá tratarse en caso de necesitarlo y no desarrollará complicaciones.

Ayuda o información

Si usted sospecha que tiene sífilis u otra infección de transmisión sexual consulte a su médico.

¿Dónde puedo obtener más información?

<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/homeITS/htm>

www.facebook.com/informacionVIH

www.cruzroja.es/vih

informacionvih@cruzroja.es

Twitter: @infoVIHCruzRoja

App: VIH y SIDA Cruz Roja



SERVICIO
MULTICANAL
DE INFORMACIÓN
Y PREVENCIÓN DEL
VIH
900 111 000



Plan Nacional sobre el Sida

Fuente: Elaborado por el PNS a partir de: Patient information leaflet, INTERNATIONAL UNION AGAINST SEXUALLY TRANSMITTED INFECTION y el Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual en adultos, niños y adolescentes 2017, MSSSI.

Infección Gonocócica

Hoja informativa

¿Qué es la gonorrea o infección gonocócica?

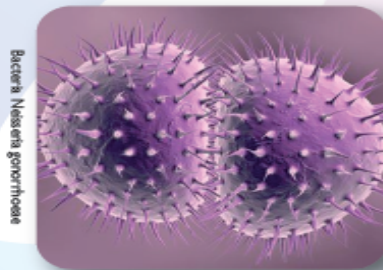
La gonorrea es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por una bacteria llamada *Neisseria Gonorrhoeae* (o gonococo).

¿Como se puede contraer Infección gonocócica?

Se puede contraer cuando se mantienen relaciones sexuales **sin preservativo** con una persona que tiene la infección, a través de sexo anal, vaginal o por el sexo oral.

La infección es más común en los jóvenes, los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), y las personas con múltiples parejas sexuales que no utilizan las medidas adecuadas de prevención.

Aunque usted haya tenido infección gonocócica en el pasado, y se haya tratado correctamente, es posible volver a contraer la infección, ya que no genera protección para toda la vida.



¿Cuáles son los síntomas de infección gonocócica?

Más del 50% de las mujeres y del 10% de los hombres que tienen gonorrea no presentan síntomas. La infección en el recto y la garganta usualmente no produce ningún síntoma.

Cuando los síntomas están presentes los más comunes son:

En las mujeres;

- Un cambio en el color u olor o cantidad del flujo vaginal.
- Sangrado entre reglas o reglas más cuantiosas.
- Sensación de ardor al orinar
- Puede haber dolor o malestar en la parte inferior del abdomen.



En los hombres;

- Sensación de ardor al orinar.
- Secreción del extremo del pene
- Puede haber dolor en los testículos.



PUNTOS CLAVE:

La gonorrea es una infección de transmisión sexual.

Se transmite fácilmente de una persona a otra durante las relaciones sexuales no protegidas, incluyendo el sexo oral.

Con frecuencia no causa síntomas.

Si la gonorrea no se trata correctamente, puede originar problemas de salud a largo plazo.

Se puede prevenir usando SIEMPRE PRESERVATIVO al mantener relaciones sexuales.*

¿Cómo se diagnostica?

Se necesita una muestra de la zona genital, faríngea o anal para hacer el diagnóstico, dependiendo de las prácticas sexuales.

En ocasiones puede solicitarse además, una muestra orina.

Si cree posible haber estado en contacto con alguien con infección gonocócica, o si tiene síntomas que pudieran ser de infección gonocócica, debe acudir a su médico.



Plan Nacional sobre el Sida

*Barrera de látex: cuádrante de látex si practica sexo oral, preservativo de látex si practica sexo vaginal y/o anal.

Infección por Clamidia

Hoja Informativa

¿Qué es la infección por clamidia?

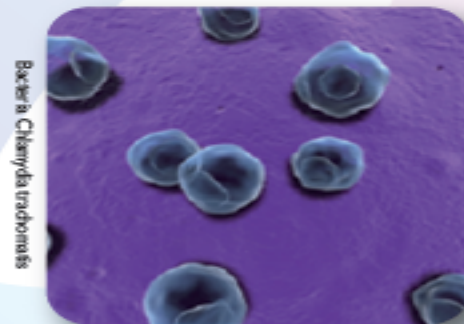
La infección por clamidia es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Sin el tratamiento adecuado puede tener consecuencias graves para la salud.

¿Cómo se puede contraer una infección por clamidia?

Se puede contraer cuando se mantienen relaciones sexuales **sin preservativo** con una persona que tiene la infección, a través de sexo anal, vaginal o por el sexo oral.

La infección es más frecuente en personas jóvenes y en personas con múltiples parejas sexuales que no toman las medidas adecuadas de prevención.

Aunque haya tenido una infección por clamidia en el pasado y se haya tratado correctamente; puede volver a contraerla, ya que no genera protección para toda la vida.



Bacteria *Chlamydia trachomatis*

¿Cuáles son los síntomas de infección por clamidia?

Más del 70% de las mujeres y del 50% de los hombres con infección por clamidia no presentan síntomas.

Cuando aparecen son los siguientes:

En las mujeres:

- Cambios en el color, olor o cantidad de secreciones vaginales.

En los hombres:

- Sensación de ardor al orinar.
- Secreción en el extremo del pene.
- Dolor o molestias en los testículos.



Tanto en hombres como en mujeres, cuando la infección se localiza en el recto, a menudo no produce síntomas; pero si existen, pueden causar dolor, secreción o sangrado rectal.

PUNTOS CLAVE:

La infección por Clamidia es una infección de transmisión sexual.

Se transmite fácilmente de una persona a otra durante las relaciones sexuales no protegidas, incluyendo sexo oral.

Con frecuencia no causa síntomas.

Si no se trata de forma correcta puede causar graves problemas de salud a largo plazo.

Se puede prevenir utilizando SIEMPRE PRESERVATIVO durante las relaciones sexuales.*

¿Cómo se diagnostica?

Se necesita una muestra de la zona genital, para realizar el diagnóstico. En ocasiones puede solicitarse además un análisis de orina.

Linfogranuloma venéreo

informativa

¿Qué es el Linfogranuloma venéreo (LGV)?

Es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis* variedad L1-L3.

La infección está presente en países tropicales y en los últimos años ha reaparecido en Europa.

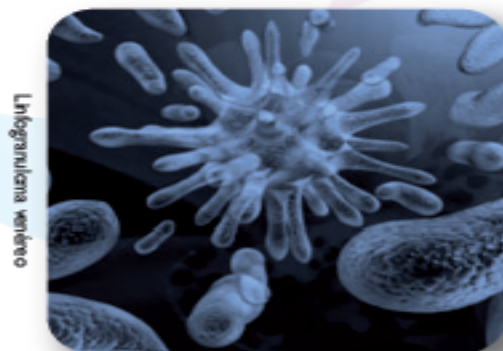
¿Cómo se puede contraer LGV?

Se puede contraer cuando se mantienen relaciones sexuales sin preservativo con una persona que tiene la infección, a través de sexo anal, vaginal o más raramente por el sexo oral. También se han descrito infecciones por compartir juguetes sexuales sin desinfectar o a través del "fisting".

La mayoría de casos de LGV en Europa se observan en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que no utilizan las medidas de prevención adecuadas.

Los hombres que tienen múltiples parejas sexuales, y mantienen relaciones sexuales sin protección son los que tienen mayor riesgo de infección.

Aunque usted haya tenido LGV en el pasado y se haya tratado correctamente; puede volver a contraerlo, ya que no genera protección para toda la vida.



Linfogranuloma venéreo

¿Cuáles son los síntomas de LGV?

Puede aparecer una pequeña pústula indolora en la zona rectal o vulvar que posteriormente se convierte en una úlcera. Esta puede desaparecer en unos días, sin tratamiento médico.

También puede existir secreción rectal o por el pene.

De 2 a 6 semanas después suele aparecer inflamación de los ganglios inguinales y formación de abscesos con secreción de pus. Puede existir dolor abdominal o lumbar.

Al mismo tiempo puede notar malestar general, escalofríos, fiebre, dolor muscular o en articulaciones.

PUNTOS CLAVE:

El Linfogranuloma venéreo (LGV) es una infección de transmisión sexual.

Se transmite de una persona a otra durante las relaciones sexuales no protegidas.

Con frecuencia no causa síntomas.

Si no se trata, puede causar graves problemas de salud a largo plazo.

En Europa la gran mayoría de casos se observan en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) que no utilizan las medidas de prevención adecuadas.

Se puede prevenir usando SIEMPRE PRESERVATIVO* durante las relaciones sexuales.

Tricomonas (Tricomoniasis)

informativa

¿Qué es la infección por tricomonas?

La infección por tricomonas es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por un parásito llamado *Trichomonas vaginalis*.

¿Cómo se puede contraer una infección por tricomonas?

Se puede contraer al mantener relaciones sexuales sin preservativo con una persona que tiene la infección.

En las mujeres, las áreas del cuerpo afectadas con más frecuencia son la vulva, la vagina o la uretra; y en los hombres la uretra. A pesar de que tanto hombres como mujeres pueden transmitir la infección por contacto genital estrecho, no es frecuente que el parásito infecte otras partes del cuerpo, como las manos, la boca o el ano.

La infección es más frecuente en jóvenes y en personas con múltiples parejas sexuales que no utilizan métodos de barrera.

Parásito *Trichomonas vaginalis*



Las mujeres con tricomoniasis pueden notar picazón, ardor, enrojecimiento o dolor en los genitales, molestia al orinar, o una secreción que puede ser transparente, blanca, amarillenta o verdosa y con un olor inusual.



Los hombres con tricomoniasis pueden sentir picazón o irritación en el pene, ardor después de orinar o eyacular, o pueden tener alguna secreción.



Puede provocar molestias al mantener relaciones sexuales. Si no se trata, la infección puede durar meses, e incluso años.

PUNTOS CLAVE:

La infección por *Trichomonas* es una infección de transmisión sexual.

Se transmite de una persona a otra durante las relaciones sexuales no protegidas.

Con frecuencia no causa síntomas.

Se puede prevenir utilizando SIEMPRE PRESERVATIVO*

Infección genital por Virus herpes (Herpes genital)

hoja informativa

¿Qué es la infección genital por herpes?

La infección genital por Virus herpes es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por el Virus herpes simple tipo 2.

Existen dos tipos de Virus herpes simple; el tipo 1 (VHS-1) y el tipo 2 (VHS-2).

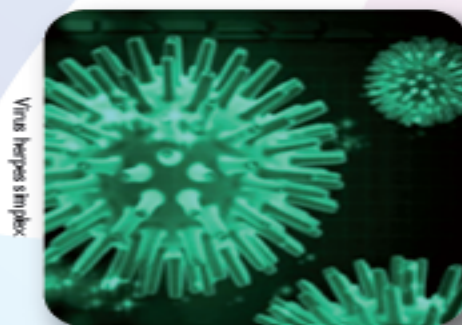
El VHS-1 afecta habitualmente labios, nariz y zonas próximas (Herpes labial). En determinadas ocasiones puede afectar la zona genital y anogenital.

El VHS-2 causa infección principalmente en la zona genital y anogenital (Herpes genital) y es muy raro que cause Herpes labial.

¿Cómo se contrae la infección genital por herpes?

Se puede contraer infección genital por herpes al mantener relaciones sexuales no protegidas por vía vaginal, anal, oral o por contacto genital estrecho, con una persona que tiene la infección.

El VHS-2 puede transmitirse a partir de lesiones cutáneo-mucosas, pero también a través de secreciones en las que está presente el virus, aunque no haya lesiones ni otras manifestaciones clínicas aparentes.



Virus herpes simplex

¿Cuáles son los síntomas de infección genital por herpes?

Muchas personas con infección genital por herpes no presentan síntomas, o si los presentan son muy leves, lo que justifica que puedan desconocer que están infectadas por VHS-2.

Cuando se presentan síntomas, es posible que la infección haya ocurrido mucho tiempo antes, semanas, meses, o incluso años. La aparición de vesículas en vulva o vagina, pene, ano, recto, o muy raramente en la boca, es el signo más característico de la infección.

Otros síntomas que pueden presentarse son: fisuras o abrasiones en la mucosa genital, secreción con olor, ardor al orinar o en las mujeres, sangrado entre periodos menstruales. Si se ha notado alguno de estos síntomas se debe consultar con un médico.

Es frecuente que tiempo después de curar estas lesiones, reaparezcan nuevamente los síntomas; a esta situación se le denomina reactivación o brote.

La primera vez que ocurre un brote, pueden presentarse también otros síntomas como fiebre, malestar general e inflamación de ganglios.

Es común que los brotes se repitan, especialmente durante el primer año después de la infección y en más del 80% de los casos no producen síntomas; aunque el virus permanece en el organismo y se puede transmitir la infección.

El número de brotes disminuye con los años, aunque la infección puede permanecer en el organismo toda la vida.

¿Cómo se diagnostica?

En ocasiones se puede diagnosticar herpes observando las características de las lesiones, pero lo habitual es que se tomen muestras de las vesículas o úlceras para realizar pruebas de laboratorio.

PUNTOS CLAVE:

La Infección genital por Virus herpes tipo 2 (VHS-2) es una infección de transmisión sexual.

Se transmite de una persona a otra durante las relaciones sexuales no protegidas, incluyendo el sexo oral.

Es frecuente la aparición de vesículas en la región genital, aunque puede no causar síntomas.

Se puede disminuir el riesgo de contraer la infección, utilizando SIEMPRE PRESERVATIVO* durante las relaciones sexuales.

PREVENCIÓN Y CONTROL

- **Medidas generales de prevención y control**
 - Educación sanitaria.
- **Información sobre sexo seguro.**
 - Mecanismo de transmisión de las ITS.
 - Riesgo de las diferentes prácticas sexuales (oral, genital, rectal)
 - Preservativo
 - Los pacientes con una ITS deben ser informados sobre el agente causal de la misma y su transmisión, el tratamiento, periodo de abstinencia mientras dure el tratamiento....
- **Estudio de contactos**
 - Evitar la reinfección del caso índice.
 - Diagnosticar y tratar a personas infectadas que frecuentemente están asintomáticas y que de otro modo no solicitarían atención médica.
 - Romper la cadena de transmisión de la infección a nivel poblacional.

MUESTRAS A RECOGER

Uretritis en varón



PCR en orina (Inicial)

SEROLOGÍAS

Analítica de sangre

PCR genital/rectal/faríngeo (Hisopo seco)



CULTIVO genital/rectal/faríngeo (H.humedo)

CONCLUSIONES

- ITS. Muy frecuentes.
- Aumento progresivo de incidencia.
- Historia clínica delicada, pero debe ser completa.
- Toma de muestras apropiadas.
- Inicio de tratamiento antibiótico empírico.
- Tratamiento parejas si indicado.
- Estudio de contactos si posible.





Profilaxis Pre Exposición al

V I H

en Segovia



Eva M^a Ferreira Pasos
S^o Medicina Interna
Complejo Asistencial Universitario
de Segovia
29 de octubre de 2025



¿En qué consiste?

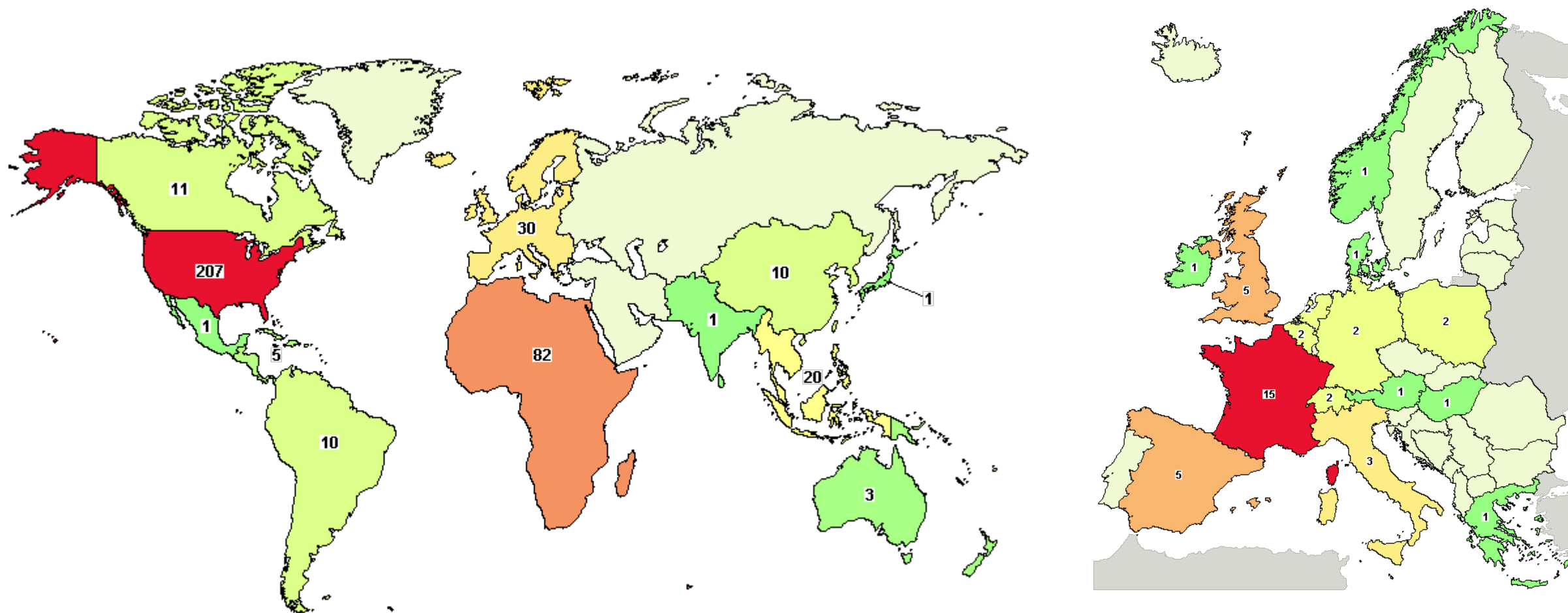
Profilaxis-preexposición (PrEP)



Una píldora diaria para reducir el riesgo de infección por el VIH.

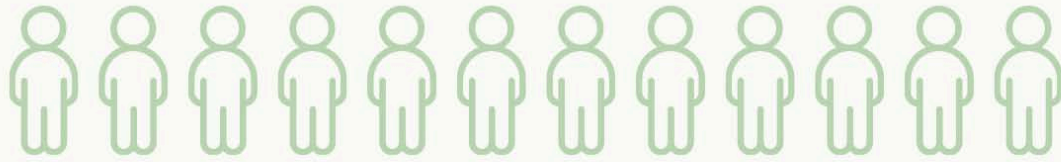
424 Studies found for: Pre-Exposure Prophylaxis AND
AREA[ConditionSearch] hiv. <https://www.clinicaltrials.gov/> (1feb2023)

¿Funciona?



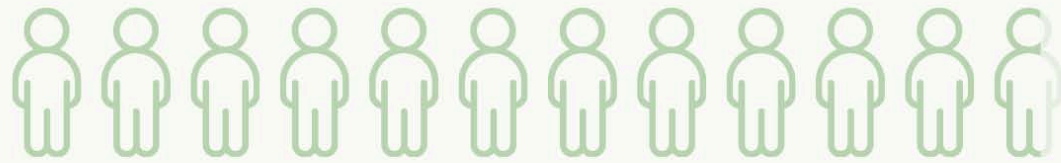
¿Funciona?

99%



7 comprimidos semanales*

96%



4 comprimidos semanales*

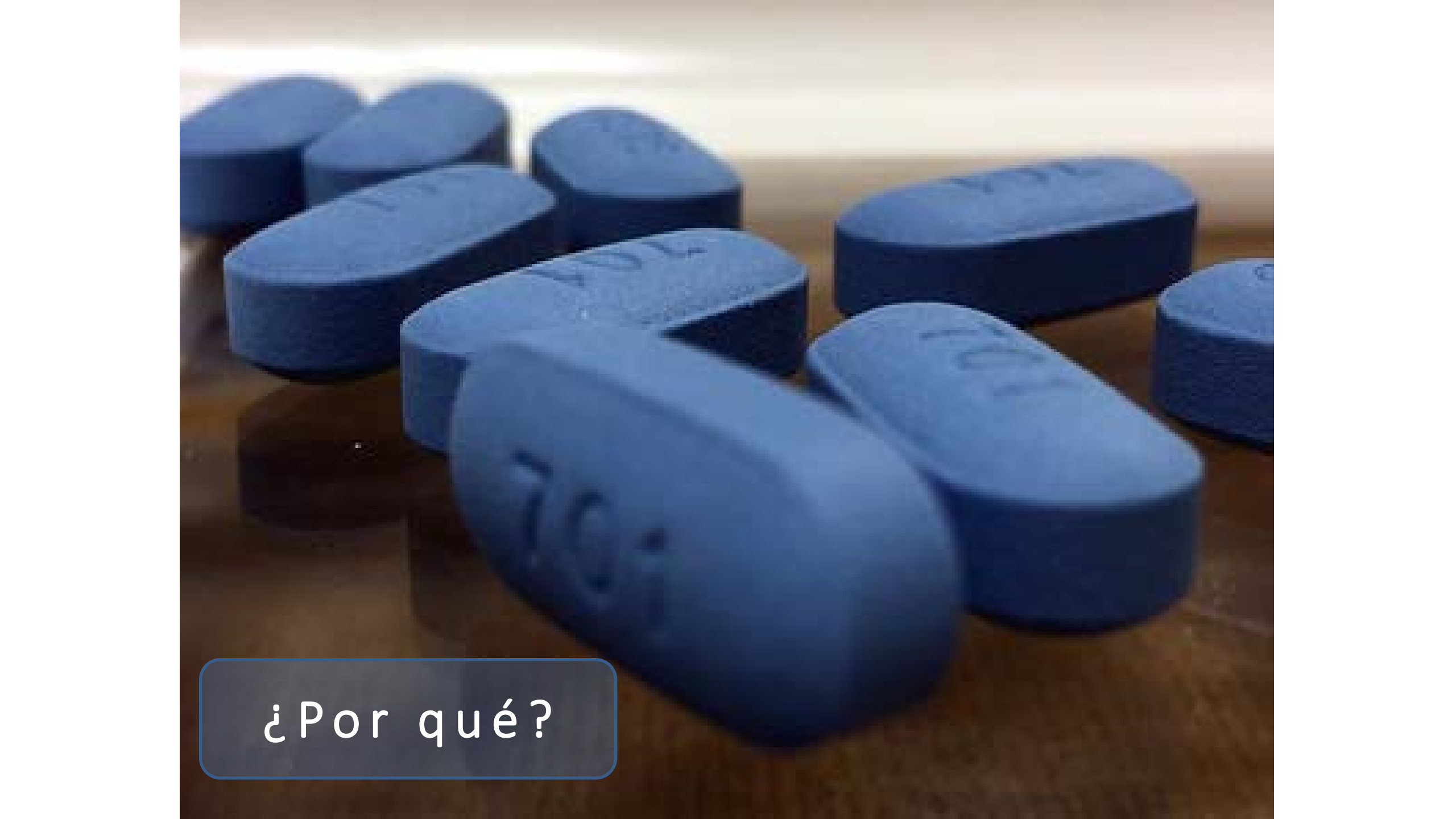
74%



Usuarios de drogas inyectadas**

*Estudio IPrEX

** CDC



¿Por qué?

NUEVAS INFECCIONES VIH EN ESPAÑA 2023:

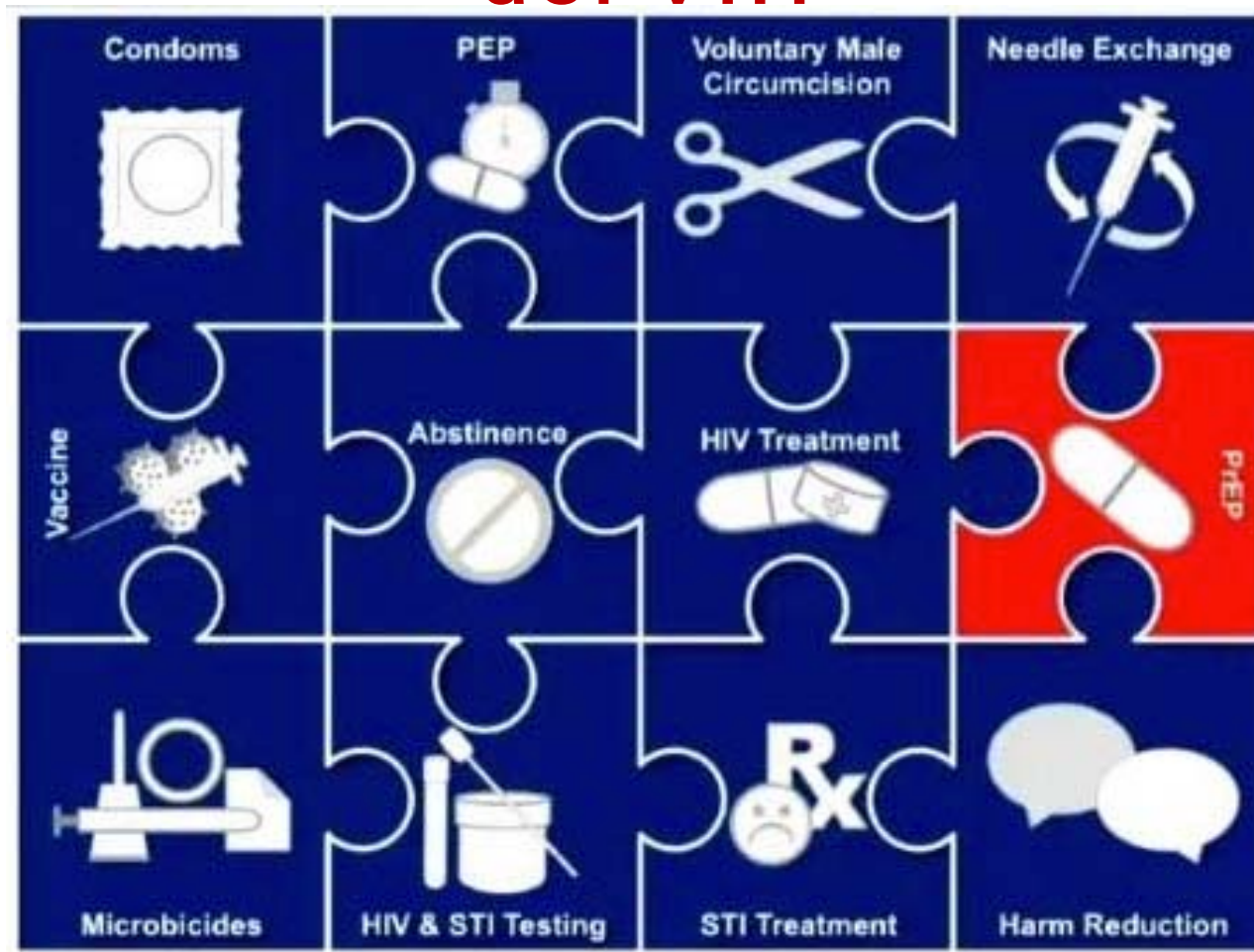
3196



83% 
Transmisión sexual

17% 
Otras formas de transmisión

Modalidades de prevención del VIH



Raphael Landoviz, UCLA, CROI 2015

Contraindicaciones

- Infección VIH no descartada o positiva.
- Deterioro de función renal: Filtrado glomerular < 60 ml/min o presencia de proteinuria

Indicaciones

Adultos VIH-negativo

Criterios de
financiación

Trabajadoras del sexo que
refieran un uso no habitual
de preservativo



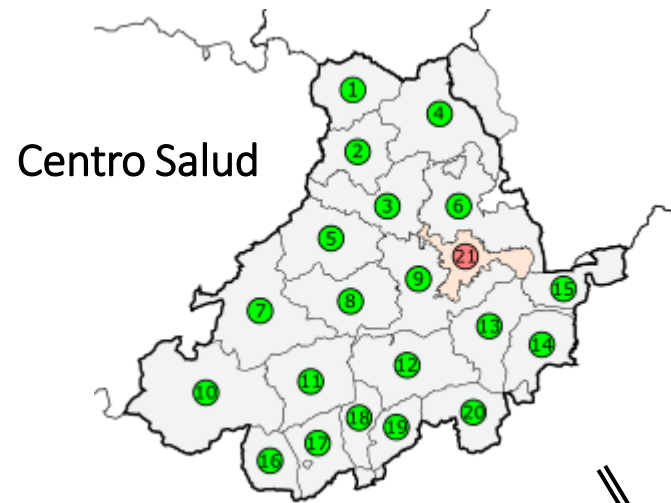
- ✓ Que presenten al menos **dos** de los siguientes criterios:
- Más de **10 parejas sexuales** diferentes en el último año.
 - Práctica de **sexo anal sin protección** en el último año.
 - Uso de **drogas** relacionado con el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección en el último año.
 - Administración de **profilaxis post-exposición** en varias ocasiones en el último año.
 - Al menos una **ITS** bacteriana en el último año.

A close-up photograph of a person's hand holding a blue, oval-shaped pill. The pill has the letters 'PrEP' embossed on it. A red ribbon, a symbol for HIV/AIDS awareness, is being held by the same hand, partially overlapping the pill. The background is a soft-focus image of the hand and the pill.

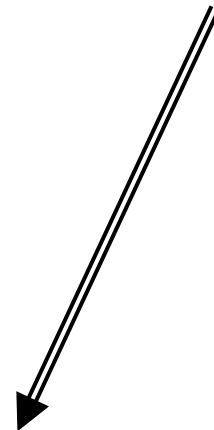
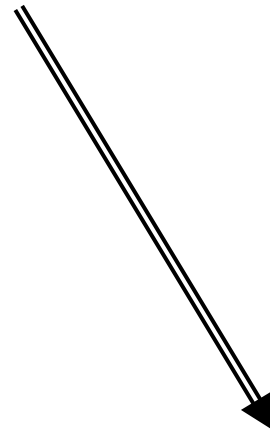
Farmacia hospitalaria

Condiciones de uso

PREP



Asociaciones



PrEP

Consulta Enfermedades infecciosas





PREP SEGOVIA

PrEP = Profilaxis Pre-Exposición



Hombres y mujeres que
tengan relaciones
sexuales de **riesgo** o
consuman drogas
inyectables

La **PrEP** son medicamentos
que toman las personas que
están en riesgo de infección
por el **VIH**



¿Para
quién?



Correo electrónico:
prepsegovia.hgse@saludcastillayleon.es

Teléfono: 921419240
(Horario de Atención: 9-14 h; lunes a viernes)

A través de:



- Tu Médico de
ATENCIÓN PRIMARIA
(podrá gestionar tu primera cita)

- ONGs, Asociaciones



...también



Equipo PrEP



COMPLEJO ASISTENCIAL DE
SEGOVIA

Cronograma de acciones

PrePrEP	
Evaluación clínica	✓
- Hábitos tóxicos - Conductas sexuales - ITS - Medicaciones - ¿Clínica compatible con infección aguda por VIH?	
Serologías	
- VIH (4ª generación)	✓
- VHB: AgHBs, AcHBs, AcHBc, IgM / IgG HBc	✓
- VHC	✓
- VHA: IgM / IgG	✓
- Lúes: VDRL/RPR, EIA / FTA-abs-ds +/- WB	✓
Hemograma	✓
Bioquímica sanguínea (Glu, Cr, P)	✓
Bioquímica Orina (Glucosa, proteínas, albúmina)	✓
Cribado ITS (9)	✓
Prueba embarazo	✓
Consejo asistido	✓
Compromiso terapéutico	✓
Finalización PrEP	



PCR ITS

TRIPLE TOMA

AUTOTOMA



PrEP Segovia

Octubre 2025



Participantes

Inicio 2021

Participantes

- * 72 totales
- * 47 actuales

Sexo

100% varones

Basal

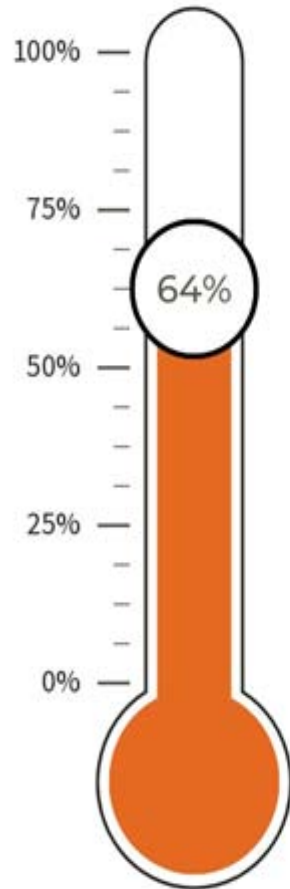


1 mes



3 meses

ITS diagnosticadas



- Sífilis
- Gonorrea
- Chlamydia trachomatis
- Micoplasma genitalum
- Trichomonas
- Ureaplasma

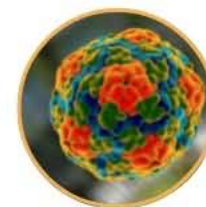
- Virus Herpes Simple
- Hepatitis aguda C

NINGUNA:

- VIH



Hepatitis B



Hepatitis A



VPH



mPox



Identificar

Solicitar análisis (sangre, orina y serologías) + PCR its

Derivación

Seguimiento



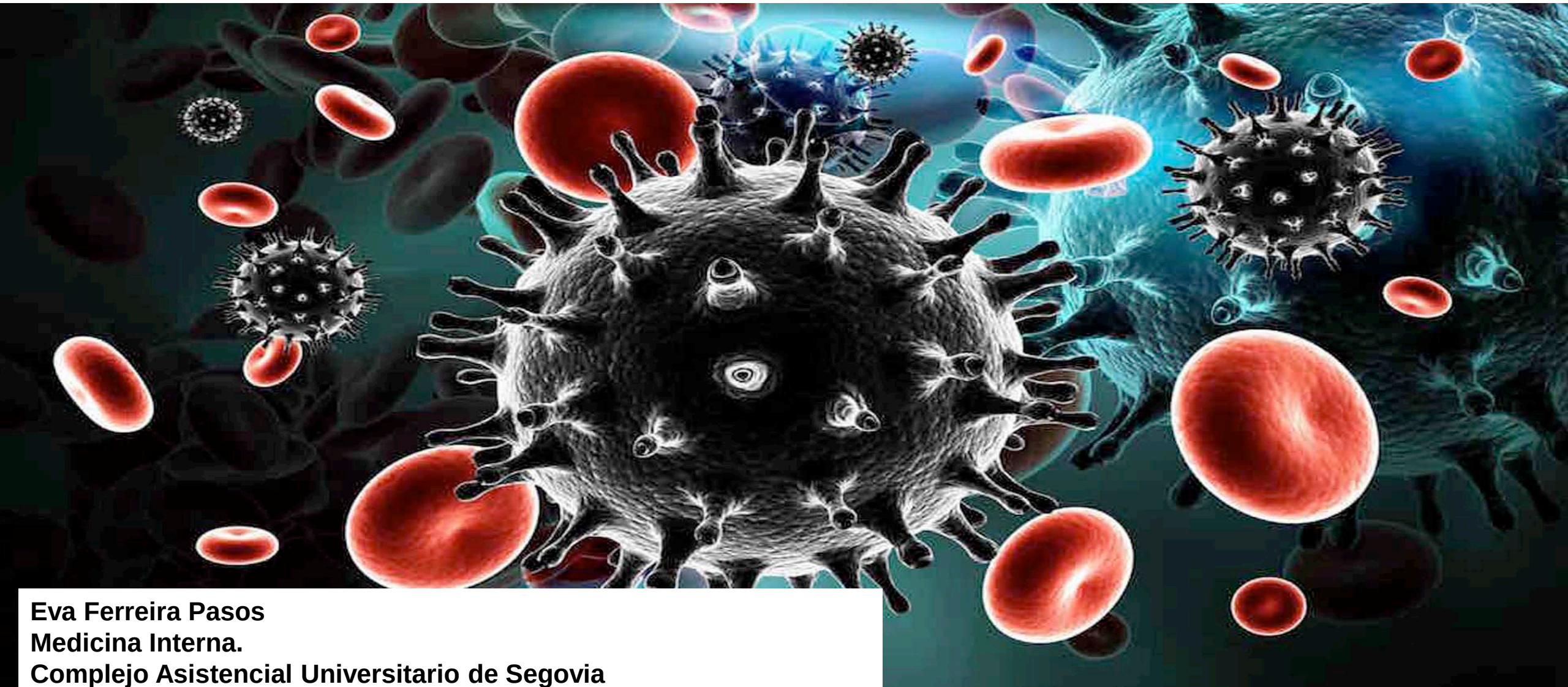
Correo electrónico:
prepsegovia.hgse@saludcastillayleon.es

Teléfono: 921419240
(Horario de Atención: 9-14 h; lunes a viernes)

Gracias

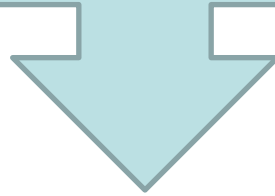


Profilaxis Post-Exposición. PEP o PPE



Eva Ferreira Pasos
Medicina Interna.
Complejo Asistencial Universitario de Segovia
29 Octubre 2025

Profilaxis Post Exposición



Tomar medicación diaria
durante 28 días para evitar infección por VIH,
tras una exposición con riesgo de contagio.



Exposición accidental:

Es el contacto no deseado ni esperado que se produce con un fluido potencialmente infectante por vía parenteral ya sea a través de una lesión percutánea, por piel no intacta o por membranas mucosas como las de boca, ojos, vagina o recto.

Exposición ocupacional:

Es aquella que ocurre con ocasión o a consecuencia de la realización de un trabajo y puede suponer un riesgo de infección para el trabajador. Se denomina también exposición laboral.

Exposición no ocupacional:

Es el contacto con sangre o fluidos potencialmente infecciosos fuera del ámbito laboral, como por ejemplo la exposición sexual sin protección o con fallo de la misma, la exposición parenteral en usuarios de drogas intravenosas con material contaminado, la exposición mucosa, pinchazos accidentales o mordeduras.

Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. (Marzo 2015).

Tabla 2

Probabilidad, estimada por acto, de adquirir la infección por VIH de una fuente infectada, según la ruta de exposición

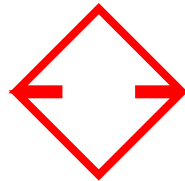
Tipo de exposición	Riesgo por 10.000 exposiciones a una fuente infectada (IC 95%)
<i>Parenteral</i>	
Transfusión sanguínea	9.250 (8.900-9.610)
Compartir agujas entre usuarios de drogas	63 (41-92)
Pinchazo percutáneo con una aguja	23 (0-46)
<i>Sexual</i>	
Receptivo anal	138 (102-186)
Insertivo anal	11 (4-28)
Coito receptivo pene-vagina	8 (6-11)
Coito insertivo pene-vagina	4 (1-14)
Oral receptivo	Bajo, pero no cero (0-4)
Oral insertivo	Bajo, pero no cero (0-4)
<i>Vertical</i>	
Madre a niño (sin TAR)	2.260 (1.700-2.900)

Exposición ocupacional.

1. Inoculación accidental superficial: erosión
2. Profundidad intermedia: aparición de sangre
3. Inoculación accidental profunda,

Cuanto mayor sea la profundidad mayor será el riesgo de transmisión *del tipo de material utilizado* :

1. Aguja hueca: mayor riesgo que con las agujas de sutura, ya que estas últimas sólo presenta una fina lámina de fluido en la superficie de la aguja).
2. Aguja maciza o bisturí.



***Características del Caso Fuente de Contagio
VIH + o VIH -***

Profilaxis No ocupacional

La exposición no ocupacional se definió como aquella situación en la que se produce contacto con sangre y/u otros fluidos líquidos biológicos por vía sexual o parenteral fuera del ámbito estrictamente sanitario^{16,17}.



Tabla 11: Riesgos de infección por VIH según estado de la infección por el VIH en la persona fuente.

Estado sobre infección VIH en la fuente de exposición	Riesgo de transmisión del VIH
No infección por VIH	No riesgo
Estado VIH desconocido o fuente no conocida	No cuantificado
Estado VIH desconocido, pero fuente conocida sin factores de riesgo para infección VIH	Riesgo bajo
Estado VIH desconocido, pero fuente conocida con factores de riesgo para infección VIH	Riesgo intermedio
Infección VIH conocida	Riesgo elevado

**Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/AEP/
CEEISCAT/SEMP sobre la profilaxis postexposición frente
al VIH, VHB y VHC en adultos y niños
(Enero 2008)**

U = U

UNDETECTABLE
= UNTRANSMITTABLE



La decisión adecuada en el menor tiempo posible.

Exposición ocupacional.



En heridas cutáneas (punciones, cortes), salpicaduras a piel no integra, se recomienda:

- a) lavado con agua y jabón;***
- b) dejar fluir la sangre;***
- c) desinfectar la herida con un antiséptico***
- d) cubrir con un apósito impermeable.***

En salpicaduras a mucosas (conjuntiva, etc...) se recomienda lavado con agua abundante o suero fisiológico.

En ningún caso se aplicarán agentes cáusticos.

No se recomienda "exprimir".

Documento de Consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños

Tabla 7

Cronograma del seguimiento

	Basal	Según síntomas	Semanas			
			2	4-6	12	24 ^a
Serología VIH	✓	✓		✓	✓	✓
Analítica general	✓	✓	✓	✓		
CVP del VIH	✓					
Serología VHB	✓			✓	✓	✓
Serología VHC	✓			✓	✓	✓
VHC ARN		✓				
Cribado ITS	✓				✓ (sífilis)	
Embarazo	✓			✓		

^a Si se utiliza una prueba combinada de antígeno/anticuerpo para VIH de cuarta generación, el seguimiento podría reducirse a la determinación basal, a la semana 4-6 y a la semana 16 postexposición.

INICIAR PROFILAXIS

Antes de 72 horas

Tenofovir + Emtricitabina: 1 COMPRIMIDO AL DÍA

+

RALTEGRAVIR: 2 COMPRIMIDOS al día



¿Cuándo no debe hacerse la PPE_{NO}?

Profilaxis Post Exposición No Ocupacional

► *Nunca debe ser la “pastilla del día después” y nunca debe sustituir a las medidas de prevención primaria universales.*

► *En sujetos en los que la situación de riesgo no es ocasional sino una conducta habitual o al menos repetida.*

Parejas serodiscordantes.

► *En las situaciones en las que no hay garantías “a priori” de un adecuado cumplimiento y seguimiento.*

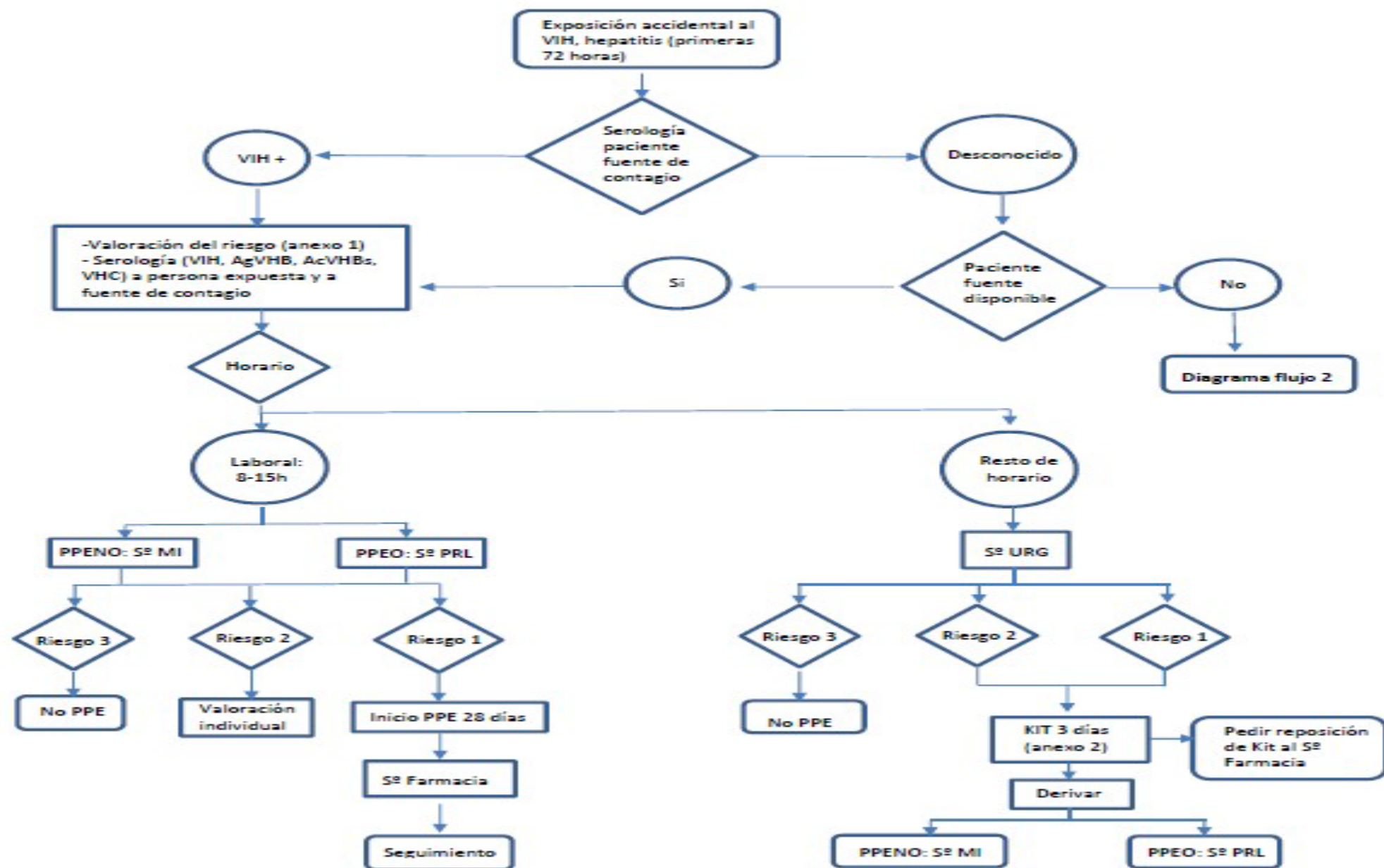
► *Cuando han transcurrido más de 72 horas desde la exposición de riesgo.*

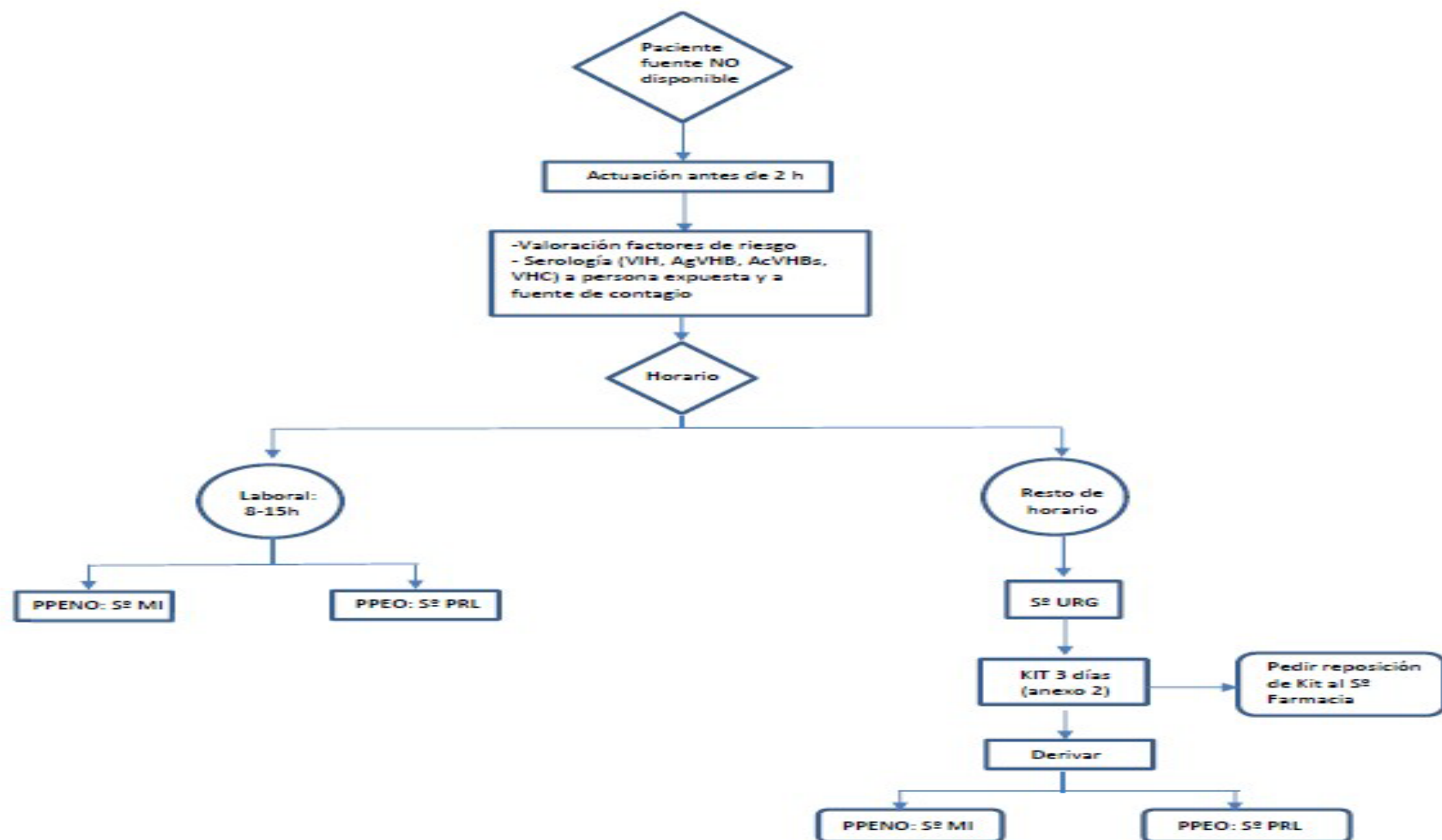


**GERENCIA DE ASISTENCIA
SANITARIA DE SEGOVIA**
(Febrero 2024) Edición 2



**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN
ANTE EXPOSICIONES ACCIDENTALES
A SANGRE U OTROS DERIVADOS CORPORALES
CON POTENCIAL RIESGO BIOLÓGICO:
VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA y HEPATITIS**





Px Post Exposición

```
graph TD; A[Px Post Exposición] --> B[OCUPACIONAL]; A --> C[NO OCUPACIONAL]; B --> D[Salud laboral]; C --> E[Urgencias]; E --> F[Consulta MI-Infecciosas];
```

OCUPACIONAL

Salud laboral

NO OCUPACIONAL

Urgencias

Consulta MI-Infecciosas



Caso clínico ITS



Alejandra García Altava

R1 medicina interna

Caso clínico



Álvaro, varón de 34 años que acude a la urgencia por una proctitis tras haber mantenido relaciones sexuales el pasado 24/06 sin uso de preservativo.

Antecedentes:

No alergias / intolerancias conocidas.

No HTA, no DM. No dislipemias

Hiperhidrosis

No vacunación completa para hepatitis B ni VPH.

No uso habitual de preservativo.

Negativa uso de drogas inyectables.

No antecedentes psiquiátricos.



Exploración física:

CONSTANTES:

TA: 120/80 mmHg

FC: 78 lpm

T: 36.7°C

SatO2: 99%

EXAMEN FÍSICO:

Sin lesiones visibles en región anal.

No adenopatías ni signos de infección.

Sin hallazgos relevantes.



Pruebas de laboratorio:

Analítica completa: No leucocitosis. FR >60. Función hepática sin alteraciones.

MICROBIOLOGÍA:

Herpes virus 1 IgG: positivo

Herpes virus 2 IgG: negativo

Treponema pallidum Ac totales: Negativo

VIH (1-2) Ag p.24 + Ac: negativo.

¿Muestras ITS?

¿Prueba de hepatitis B (HBsAg, anti-HBs)?



Evolución

Se inicia tratamiento empírico con: Ceftriaxona 500mg dosis única + doxiciclina 100mg /12h durante 7 días

Tras resultados, se valora con paciente profilaxis VIH: Raltegravir 600 mg 1 cada 12h + Emtricitabina 200mg / tenofovir disoproxil 300mg 1 vez al día.

No se objetivan efectos adversos.

No apreciación de ninguna otra sintomatología o lesiones cutáneas aparentes.

Primera vez que realiza este tratamiento



Profilaxis y vacunación :

- Hepatitis B: (vacunación incompleta)
 - 3 dosis (0-1-6 meses) + inmunoglobulina si se confirma exposición a HBsAg positivo.
- VPH: (<45 años, sin vacunación)
 - Esquema de 2 o 3 dosis



Recomendaciones:

- Continuar con PEP y consulta en medicina interna con control analítico y nueva serologías en un mes.
- Educación sobre transmisión del VIH e ITS. Notificar a parejas/relaciones sexuales de 3 meses anteriores.
- Importancia del uso consistente del preservativo.
- Adherencia al esquema a tratamiento.
- Evaluación para posible inicio de PrEP al finalizar PEP
- Vigilar si continúan signos y síntomas.
- Información sobre servicios de salud sexual

TODO SOBRE LAS RECOMENDACIONES





Caso clínico agresión sexual



Alejandra García Altava

R1 Medicina interna HGS

PRESENTACIÓN DEL CASO

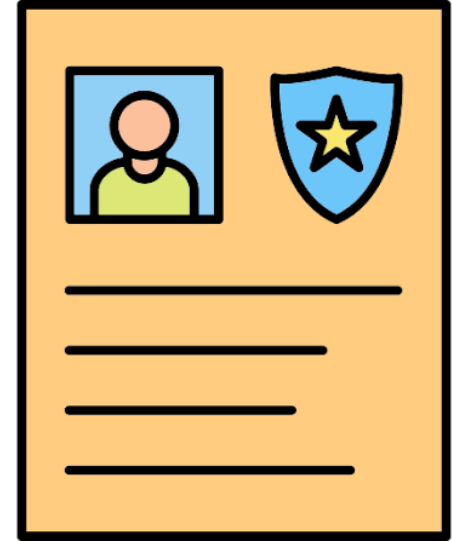


Carla, chica de 19 años que acude a la urgencia el pasado mes de junio (acompañada por la guardia civil, médico forense y sus padres) por haber sufrido una agresión sexual.

Antecedentes

NO alergias/ intolerancias conocidas.No
consumo de tóxicos/drogas

- No pareja estable. Mantiene relaciones de riesgo esporádicamente.
- Antecedente de agresión sexual hace un año.



Anamnesis dirigida



No recuerda con exactitud lo ocurrido. Aturdida.

No consumo del alcohol.

Recuerda llegar por la noche a casa de un varón (supuesto agresor al que sí que conocía).

El varón, insistente en mantener relaciones sexuales —> Acaban manteniendo relaciones sexuales **sin** uso de preservativo. No eyaculación dentro de la vagina. Se ducha y cambia de ropa después de mantener la relación.

Posterior a relación sexual—> dolor en zona baja de abdomen y zona de genitales.

Solo recuerda ser recogida la mañana siguiente por sus padres, quienes la encuentran bajo posibles efectos de tóxicos.

¿Qué hacemos ahora?



-Protocolo agresión sexual:

- **Denunciar y activar protocolo de agresión sexual** por ginecología.
- ¡Consentimiento informado!
- Intervención de médico forense.
- Exploración física: ambiente de confianza, confort.
- Toma de muestras (anal, rectal, bucal...). Antes de manipulación!!
- Pruebas de laboratorio: Prueba rápida de VIH. Serología para hepatitis B y C, sífilis. β -hCG en sangre (embarazo). Grupo sanguíneo y Rh. Frotis vaginal y cultivo si hay síntomas de infección.
- Niveles de sustancias psicoactivas (en caso de sospecha)

Exploración física

Equimosis en cuadrantes superiores de ambas mamas.

Genitales externos y vagina de aspecto normal.
Zona de genitales externos con contenido de tela adherida a zona de introito. No lesiones ni excoriaciones.

Carúnculas himeneales sin desgarros (himen no íntegro)

Zona perineal sin lesiones.

Especuloscopia: fondo de saco con contenido de semen. Cervix con ligera ectopia cervical



Tratamiento

- Profilaxis ITS: 2gr metronidazol (8 comprimidos) VO+ 500mg ceftriaxona IM+ Azitromicina 1grs VO. Dosis única.
- Profilaxis VIH: Emtricitabina 200 mg/ tenofovir disoproxil 300 mg 1 comprimido al día + raltegravir 600 mg dos comprimidos cada 24h 28 días.
- Anticoncepción de emergencia.
- Vacuna hepatitis B y VPH (si procede).
- Parte de lesiones.



Seguimiento

- Consulta en medicina interna (infecciosas) : **primer** día laborable tras inicio PEP y control serológico a las **6-8** semanas.
- Seguimiento psicológico y emocional (ofrecer ayuda).





Caso clínico PEP



Alejandra García Altava

R1 Medicina interna

Presentación del caso



María, residente de 2º año de cirugía general, atendiendo a una cirugía de urgencias, sufre una punción accidental con una aguja usada para canalizar vía periférica del paciente.

La exposición ocurrió apenas 45 minutos antes de consultar.

Antecedentes personales:

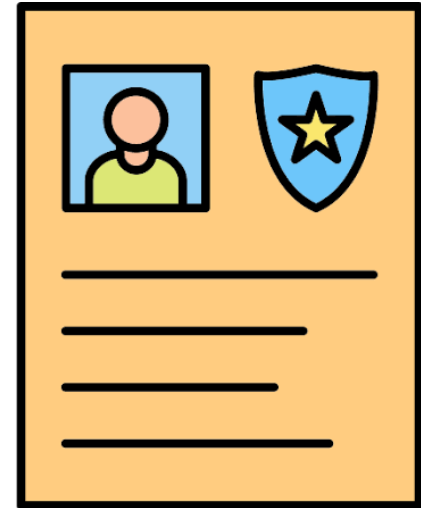
No alergias/ intolerancias

-Enfermedad de riesgo cardiovascular: no HTA, no DM, no dislipemia

-No consumo de tóxicos. No relaciones sexuales de riesgo.

-Apendicectomía en 2021

-Vacunación completa



Primer paso

Situación del paciente —> seropositivo para VIH en tratamiento con tenofovir + emtricitabina + dolutegravir. Carga viral indetectable (<50 copias/mL).
Riesgo bajo (no nulo)



Situación del cirujano —> sin historia de VIH conocido. Vacunada contra hepatitis B. No embarazo.



Evaluaciones



Inicial:

VIH test rápido, Ag/Ac.

Hepatitis B y C serologías.

Función renal y hepática.

Test de embarazo según situación.

Al mes:

VIH Ag/Ac

Control renal/hepático

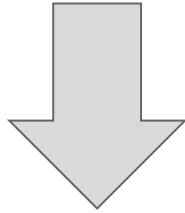
Adherencia o efectos adversos al
tratamiento

Tanto al paciente como al cirujano

¿Profilaxis postexposición?

Consultar y consensuar con el facultativo:

Dentro de las **6** primeras horas (idealmente) nunca más allá de las 72 horas.



Tenofovir disoproxil fumarato 300 mg + Emtricitabina 200 mg + Raltegravir 400 mg una vez al día durante **28 días**.

Recomendaciones:

- Evitar donar sangre y evitar mantener relaciones sexuales sin preservativo durante los 3 meses siguientes.
- Cumplimiento del tratamiento profiláctico.
- Nuevo control serológico en 6-8 semanas.
- Seguimiento posterior en salud laboral .



¿?

Muchas gracias

¿?