



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLÓGIA

ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



DOCUMENTO DE CONSENSO

Documento de expertos de la Academia Española de Dermatología y Venereología sobre la organización de una unidad multidisciplinar de atención a pacientes con o en riesgo de infecciones venéreas



J. Riera-Monroig^a, R.A. Feltes-Ochoa^b, I. Quiles-Melero^c y A. Martin-Gorgojo^{d,*}

^a Programa de Salud Sexual, Servicio de Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^b Consulta monográfica de Detección precoz del cáncer anal, Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^c Servicio de Microbiología Clínica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^d Servicio de ITS/Dermatología, Sección de Especialidades Médicas, Ayuntamiento de Madrid, Madrid, España

Recibido el 29 de diciembre de 2023; aceptado el 6 de febrero de 2024

Disponible en Internet el 17 de febrero de 2024

PALABRAS CLAVE

Venereología;
Infecciones de
transmisión sexual;
Organización y
administración;
Consenso;
Cuidados centrados
en el paciente

Resumen El incremento de infecciones venéreas o de transmisión sexual (ITS) es un fenómeno global que requiere especial atención. Ante esta situación, y al reconocer la necesidad de establecer consultas monográficas, desde el Grupo Español de Investigación en ITS y en virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) se desarrollan en este documento los requisitos necesarios en términos de infraestructura, personal, tecnología, materiales específicos para la recolección de muestras y las necesidades terapéuticas actuales. Se destaca la importancia de la protección de la privacidad de los pacientes, y se delinea el circuito asistencial recomendado. Además, se incluye una sección dedicada a la trazabilidad y notificación de contactos, elementos clave para la prevención y control efectivos de estas infecciones. Estas directrices buscan establecer un marco de actuación clínico, ajustado a los desafíos actuales que presentan las ITS y el VIH en el ámbito dermatovenereológico y multidisciplinar.

© 2024 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejandromartingorgojo@aedv.es (A. Martin-Gorgojo).

KEYWORDS

Venereology;
Sexually transmitted diseases;
Organization and administration;
Consensus;
Patient-centered care

AEDV Expert Consensus Document on the Organization of a Multidisciplinary Unit for Patients With or at Risk of Venereal Infections

Abstract Over the past few years, venereal or sexually transmitted infections (STIs) have been on the rise worldwide requiring additional specialized monographic consultations to specifically treat STIs. Therefore, the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (AEDV) Research Working Group on STIs and HIV has drafted this document with the necessary requirements in terms of infrastructure, personnel, technology, specific materials for sample collection, and needs for current therapeutic options. Strict emphasis is placed on the protection of patient privacy. A health care circuit model is outlined too. Additionally, a section has been included on contact tracking and reporting, key elements for the effective prevention and control of STIs. These clinical practice guidelines seek to establish a clinical action framework adapted to the current challenges posed by STIs and HIV in the dermatology, venereology, and multidisciplinary settings.

© 2024 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción. Fundamentos y justificación de unidades multidisciplinarias para la atención a pacientes con o riesgo de infecciones venéreas

Las infecciones venéreas o de transmisión sexual (ITS) han experimentado un aumento muy significativo en la última década, lo que hace más necesario que nunca la reorganización de los circuitos asistenciales para poder dar respuesta a la alta demanda¹. Para ello, consideramos necesaria la formación de grupos multidisciplinarios, organizados idealmente en unidades, secciones o centros monográficos, para dar una mejor atención a los pacientes. Los beneficios de la integración de diferentes especialidades revierten tanto en el centro sanitario donde se lleve a cabo la actividad, como en los profesionales mismos y en los pacientes. En primer lugar, para el centro sanitario implica una atención más resolutive (con menor número de segundas visitas), más coordinada y con una disminución de pruebas complementarias innecesarias. En segundo lugar, para los profesionales implicados conlleva un conocimiento más integral, con aprendizaje continuo, mayor sentimiento de pertenencia y la posibilidad de desarrollar líneas de investigación propias. En tercer lugar, implica una mayor seguridad para pacientes y profesionales, en cuanto a que las decisiones se toman de manera consensuada, especialmente en situaciones complejas. Por último, para el paciente supone una atención integrada, holística y efectiva a sus necesidades de salud, con la posibilidad de ser derivado al especialista adecuado.

Con la intervención de distintos profesionales se pueden abordar la educación sanitaria, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el manejo de complicaciones derivadas de la existencia o el riesgo de infecciones venéreas.

Marco legal y consideraciones éticas generales

En la guía correspondiente se han abordado las consideraciones éticas y el marco legal. Sirvan estas líneas para

indicar que la organización de la consulta monográfica ha de dirigirse a facilitar una atención excelente y ajustada a los estándares legales y éticos de los pacientes que acuden a ella.

Recursos humanos mínimos

Para la atención básica de los pacientes con o en riesgo de padecer ITS debe contarse con los siguientes recursos:

- Administrativo/a: concienciado con la privacidad en la atención a este grupo de patologías.
- Enfermero/a formados: tienen un papel relevante en el cribado de los/las pacientes, la educación sanitaria en la prevención de ITS, así como la administración de tratamientos y toma de muestras.
- Técnico/a de laboratorio: dentro del Servicio de análisis clínicos/microbiología.
- Microbiólogo/a: coordinación para la emisión de resultados, discusión con el clínico de resultados no concluyentes, etc.
- Médicos especialistas en dermatología médico-quirúrgica y venereología, en ginecología, urología, medicina familiar y comunitaria, medicina interna, etc.

Recursos inmobiliarios básicos

A la hora de iniciar la actividad en un centro sanitario en el que se vayan a abordar las ITS, se debe considerar la especial necesidad de intimidad y privacidad de los pacientes. No es necesaria una sala de espera exclusiva o especial, pero sí deben tenerse en cuenta particularidades como no anunciar explícitamente el nombre de la patología que se atiende de forma predominante (las infecciones venéreas) en el acceso exterior del consultorio. Idealmente, de acuerdo con las recomendaciones de privacidad, debería disponerse de un sistema de llamada a la consulta con un código anónimo que no incluya datos identificativos del paciente, y no una lla-

mada de voz por el nombre y apellidos. Más allá de este aspecto de circuito, si nos centramos en el consultorio o despacho de visita en sí debe incluir las siguientes características:

- Puerta con sistema que minimice la posibilidad de interrupciones en la visita clínica desde el exterior.
- Posibilidad de acceso directo o cercano a un aseo para la autotoma de muestras en caso de que sea necesario.
- Mobiliario:
 - o Mesa de soporte para los recursos informáticos.
 - o Sillas y taburetes para los profesionales sanitarios.
 - o Asientos con espacio para acompañante.
 - o Camilla reclinable.
 - o Lámpara de pie o techo para la exploración.
 - o Carro o armarios con el material de laboratorio necesario para la toma de muestras, así como los diferentes tratamientos a administrar. Es de vital importancia que la camilla se encuentre en un espacio apartado, o que pueda aislarse mediante una cortina o un biombo de modo que la exploración física se produzca en un clima de intimidad y confianza en los profesionales sanitarios. Se debe evitar que la puerta de entrada al consultorio tenga visibilidad directa sobre el área de exploración. Es decir, se debe proteger la privacidad visual y también acústica del consultorio.
 - o Perchero u otro mobiliario para colocar la ropa del paciente cuando sea necesario.
 - o Espacio de almacenaje destinado al material para la exploración física: guantes, mascarilla en caso de ser necesaria, dermatoscopio, etc.
 - o Material opcional: microscopio en el mismo consultorio, técnicas para realizar pruebas de *point of care* (aquellas que se realizan en la misma ubicación de atención del paciente y permiten resultados en un tiempo breve, de minutos o pocas horas).

Recursos informáticos y de telefonía

Las necesidades básicas incluyen:

- Un ordenador portátil o de sobremesa para realizar el registro de pacientes, completar la historia clínica, prescribir tratamientos a administrar en el centro, firmar recetas, etc. Este también debería permitir llamadas anónimas a través de sistemas como el aviso por código en pantalla que indique a dónde tiene que acudir el paciente (después de registrarse y recibir el código correspondiente).
- Un teléfono o recurso análogo para poder realizar visitas y seguimientos no presenciales, así como para poder contactar con otros profesionales del centro.
- En condiciones ideales, se debería disponer de ordenadores de mano (*tablets*) y teléfonos inteligentes (con líneas exclusivas de consultorio) para:
 - o Agilizar la notificación de resultados a los pacientes.
 - o Ayudar a los sistemas de rastreo y notificación de contactos.
 - o Facilitar la recogida de datos sociodemográficos, de prácticas sexuales, etc.

El desarrollo de la consulta. Materiales: toma de muestras, laboratorio, etcétera

Para la toma de muestras y administración de tratamientos en la consulta, se debe contar con lo reflejado en la [tabla 1](#).

Pruebas diagnósticas básicas que ha de tener un laboratorio asociado

Para el diagnóstico de las ITS en un laboratorio asociado a la consulta monográfica, se debe disponer de diferentes métodos diagnósticos, desarrollados en los siguientes párrafos y resumidos en la [tabla 2](#).

La **microscopía y los cultivos** son determinaciones rutinarias en pacientes sintomáticos. Los exámenes en fresco para la visualización y el diagnóstico de *Trichomonas vaginalis* son fáciles de realizar, de bajo coste y alta especificidad, aunque poseen una baja sensibilidad. Una técnica rápida y sensible que también requiere el uso del microscopio y está indicada en casos de uretritis sintomática es la tinción de Gram. No está recomendada en muestras rectales ni faríngeas. Esta técnica en muestras uretrales de varones sintomáticos ofrece una alta sensibilidad (90-95%), la cual disminuye en varones asintomáticos (50-75%). En el caso de infecciones por clamidia, la especificidad es baja. El cultivo de exudados, previo a un tratamiento, es importante en el caso del gonococo para la realización del estudio de sensibilidad del antibiograma y estudio de sensibilidad antibiótica para conocer las resistencias y el tratamiento adecuado³.

Los **métodos basados en técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (TAAN)** son más sensibles para el diagnóstico de *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* y *T. vaginalis*, y han demostrado tener una sensibilidad mayor que el cultivo para el diagnóstico de *Neisseria gonorrhoeae*. Se pueden diagnosticar en muestras de hisopos vaginales, endocervicales, uretrales, rectales y faríngeos y orinas de primera micción. Estas técnicas existen en plataformas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) multiplex a tiempo real, tanto en sistemas *point of care* como automatizados para un gran número de muestras^{4,5}. Esta misma metodología, TAAN, se usa para la detección de agentes etiológicos causantes de úlceras genitales debido a la baja sensibilidad de la microscopía y al mayor tiempo empleado para el diagnóstico con cultivos celulares. Hay comercializados diferentes sistemas con formatos múltiples que identifican en una muestra diferentes microorganismos como *Haemophilus ducreyi*, *Treponema pallidum*, *C. trachomatis* de serotipos linfogranuloma venéreo (LGV), virus del herpes simple tipos 1 y 2. Las lesiones cuya etiología es sospechosa de virus del papiloma humano (VPH) no siempre necesitan estudio microbiológico. Sin embargo, en aquellas lesiones de significado incierto en la citología o en la clínica se puede realizar una PCR para diagnóstico de VPH y su genotipo⁶⁻⁹. En el caso del diagnóstico de sífilis, la PCR es una técnica con ventajas en pacientes con lesiones sospechosas, pero serológicamente no reactivos (sífilis primaria) y sobre lesiones orales, rectales y exudativas. No obstante, los métodos indirectos serológicos basados en la detección de anticuerpos han demostrado excelentes resultados para

Tabla 1 Material necesario para la toma de muestras y administración de tratamientos en la consulta**A) Material de autoprotección**

- Guantes (preferiblemente de nitrilo)
- Bata antisalpicaduras desechable (impermeable)
- Mascarillas (al menos quirúrgicas)
- Protección ocular (si resulta factible)

B) Material de toma de muestras

- Agujas de extracción con mariposa y tambor
- Palomilla de seguridad
- Compresor
- Clorhexidina 2% acuosa
- Apósitos de celulosa
- Tubos para recolección de muestras de sangre/extracción de sangre con distintos aditivos:
 - Con gel o sin ningún tipo de aditivo para analizar parámetros medidos en suero (serologías, bioquímica, hormonas, etc)
 - Con heparina de litio o de sodio (para algunas determinaciones de bioquímica y serologías)
 - Con anticoagulante basado en ácido etilendiaminotetracético (EDTA) (para determinaciones de hematología y en plasma)
 - Con citrato de sodio (potencialmente para pruebas de coagulación)
- Tubos para la toma de exudados y muestras para reacción en cadena de la polimerasa (PCR):
 - Con medio de cultivo:
 - Para gérmenes aerobios: tubo con tapón provisto de varilla con hisopo, con medio de transporte semisólido
 - Para virus, *Chlamydia* y *Mycoplasma/Ureaplasma*: tubos con medios como el *Universal Transport Medium* (UTM® [Becton Dickinson, Inc., Estados Unidos, pero también disponible de otros fabricantes] o alternativa de características similares), que permiten mantener la viabilidad de los virus más de 72 horas
 - Sin medio de cultivo: son habitualmente tubos con tapón provisto de una torunda con varilla
- Placas de Petri con los siguientes medios de cultivo para el crecimiento y desarrollo de diferentes microorganismos:
 - Thayer-Martin modificado (equivalente al vancomicina, colistina, anfotericina y trimetoprim [VCAT]): medio selectivo para aislamiento y crecimiento de bacterias del género *Neisseria*
 - Agar-chocolate PolyViteX™ (Biomérieux, Inc., Francia; o alternativa de características similares): para microorganismos con requerimientos especiales, adecuado para crecimiento de bacterias del género *Neisseria* y *Haemophilus*
 - Agar sangre: de crecimiento convencional para diferentes microorganismos
 - Agar *Candida*: de crecimiento selectivo de levaduras del género *Candida*
 - Agar *Gardnerella*: selectivo de aislamiento de *Gardnerella vaginalis*
 - Roiron: Para el crecimiento selectivo de especies patógenas de *Trichomonas* y *Candida*²
- Portaobjetos y cubreobjetos para el examen microscópico de muestras en fresco
- Azul de metileno para el examen directo de muestras uretrales
- Suero y potasa para el examen directo de muestras vaginales

C) Material para la administración de tratamientos

- Jeringas de 5 y 10 mL
- Agujas para cargar la medicación (calibre 21 G)
- Agujas intramusculares (21 G x 40 mm)
- Ampollas de suero salino fisiológico
- Ampollas de lidocaína al 1%
- Ampollas de medicación: ceftriaxona 500 mg / 1.000 mg con su disolvente, penicilina G-benzatina de 2,4 millones de unidades internacionales, etc.

D) Material para la realización de pruebas rápidas de VIH

- Pruebas rápidas de VIH en sangre capilar
- Capilares con EDTA
- Lancetas de bioseguridad estériles desechables 23 G

Chase buffer (solución tampón)

E) Material para la realización de biopsias

- Ampollas de lidocaína al 1% o mepivacaína al 2%
- Bisturís con hoja del núm. 15/*punches* (bisturís circulares) para la toma de biopsias
- Material quirúrgico para la sutura de biopsias
- Portaobjetos y cubreobjetos para la realización de prueba de Tzanck o examen mediante una técnica similar
- Botes con formol para el transporte y procesamiento de muestras en anatomía patológica

EDTA: ácido etilendiaminotetracético; PCR: reacción en cadena de la polimerasa; VCAT: vancomicina, colistina, anfotericina y trimetoprim; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Tabla 2 Resumen de las técnicas que debe disponer un laboratorio asociado a la consulta de infecciones de transmisión sexual

Técnica	Sospecha diagnóstica	Comentarios
Exámenes en fresco	Uretrales: uretritis gonocócicas o no-gonocócicas Vaginales: tricomoniasis, candidiasis, vaginosis	Fácil de realizar, bajo coste y alta especificidad
Cultivo	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Necesario para ver sensibilidad/resistencias
Técnicas moleculares	<i>Chlamydia trachomatis</i> (serovar L1,2,3)	Alta sensibilidad
Técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (TAAN)	<i>Mycoplasma genitalium</i> <i>Trichomonas vaginalis</i> <i>Haemophilus ducreyi</i> <i>Treponema pallidum</i> <i>Virus herpes simplex I y II</i> <i>ARN viral hepatitis B y C</i> <i>Virus del papiloma humano</i> <i>Mpox</i>	Disponibile para muestras de úlcera genital, orina de primera micción, uretral, rectal, vaginal, endocervical y faríngea
Serologías	Virus de la inmunodeficiencia humana Virus de la hepatitis A, B y C Sífilis	
Anatomía patológica	Conexión con/acceso a laboratorio de anatomía patológica en el que realizar las técnicas histológicas e inmunohistoquímicas oportunas para el diagnóstico de lesiones por VPH y la confirmación diagnóstica/diagnóstico diferencial de diferentes lesiones cutáneas (como el carcinoma epidermoide, así como otros procesos neoplásicos e inflamatorios)	

TAAN: técnicas de amplificación de ácidos nucleicos; VPH: virus del papiloma humano.

el diagnóstico de sífilis. Estos incluyen las pruebas no treponémicas como reagina plasmática rápida (RPR) y laboratorio de investigación de enfermedades venéreas (VDRL) y las treponémicas como el enzimoimmunoensayo (EIA), la prueba de hemaglutinación para *Treponema Pallidum* (TPHA), prueba de partículas aglutinantes para *T. Pallidum* (TPPA) o el inmunoensayo de quimioluminiscencia (CLIA). Estas últimas están automatizadas y son empleadas al comienzo del algoritmo diagnóstico de sífilis al ser más específicas que las no treponémicas¹⁰.

Los métodos serológicos se utilizan para el diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de hepatitis víricas A (VHA), B (VHB) y C (VHC). La determinación de VIH se basa en técnicas de inmunoensayo (enzimoimmunoanálisis de adsorción [ELISA], EIA, quimioinmunoensayo [QIA], CLIA) automatizadas, las cuales son coste-efectivas en laboratorios de gran volumen. Las técnicas más recientes (de cuarta generación) detectan simultáneamente anticuerpos y antígenos proteína 24 (p24), lo que aumenta su sensibilidad y reduce la posibilidad de falsos negativos. Existen técnicas rápidas (menos de 30 min) y sin necesidad de aparatado basado en inmunocromatografía para un diagnóstico preliminar de VIH. Estas pruebas no son tan sensibles como los inmunoensayos de cuarta generación para el diagnóstico de infección aguda. En los algoritmos diagnósticos de primera determinación de VIH se incluyen las pruebas de diagnóstico confirmatorio basados en inmunoensayos como *western-blot* (WB) o en inmunocromatografías que contiene péptidos recombinantes o sintéticos específicos para el VIH-1 (glicoproteína 160 [gp160], 41 [gp41], proteína 31

[p31], p24) y para el VIH-2 (glicoproteína 140 [gp140], 36 [gp36]); su lectura e interpretación están automatizadas. Otra técnica incluida en este algoritmo diagnóstico implica la detección de ARN viral por TAAN en casos de serología indeterminada o discordante¹¹. El diagnóstico microbiológico de VHC se basa en la demostración de anticuerpos anti-VHC o antígenos por enzimoimmunoanálisis y detección del ARN viral por TAAN que permiten diferenciar etapas de la enfermedad. En el caso de la detección de VHB, los análisis se basan en pruebas serológicas encaminadas a la detección de marcadores serológicos clásicos como el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) y anticuerpos específicos, así como en métodos TAAN para detección y cuantificación de ADN viral. Los inmunoensayos se utilizan también para el diagnóstico de anticuerpos inmunoglobulinas M (IgM)-VHA como marcador serológico de infección aguda^{5,12}.

Organización y flujo de pacientes

Los pacientes idealmente deberían tener posibilidad de citarse directamente en las consultas de ITS de forma directa. Esto es más fácil en el caso de unidades o centros monográficos de ITS, aunque también puede ser razonable que accedan derivados desde otros departamentos o servicios (p. ej., en un hospital, desde los servicios de urgencias, atención primaria, ginecología, medicina interna, etc.). Si no están integrados en el mismo centro, servicio, sección o unidad, el/la dermatovenereólogo/a debe poder, a su vez,

derivar a las demás especialidades en los casos que así lo requieran (p. ej., un paciente con reciente diagnóstico de VIH que requiera inicio de tratamiento antirretroviral).

Pueden formar parte de un centro multidisciplinar médicos con especialidades diferentes a la dermatología médico-quirúrgica y venereología (tales como ginecología y obstetricia, urología, medicina interna, medicina familiar y comunitaria), así como otros profesionales sanitarios (psicólogos, trabajadores sociales, educadores sociales, etc.)¹³. No obstante, en el modelo que presentamos, el dermatovenereólogo se encuentra en el centro de la organización, debido a que en España es la única especialidad que incluye la venereología en su denominación, con formación *ad hoc* en este campo.

Los profesionales de enfermería merecen especial consideración. Aparte de contribuir a la toma de muestras, también lo hacen en parcelas como la educación sanitaria. Además, en algunos centros, el manejo y solicitud de pruebas de los usuarios asintomáticos que acuden para cribado se realiza por enfermería de práctica avanzada.

La protección de datos y la confidencialidad¹³ son fundamentales en una consulta de ITS y deben tenerse en cuenta desde el primer contacto con el paciente. La recepción inicial (fig. 1) lo hará el administrativo y el cribado en algunos casos enfermería. El uso de códigos anonimizados para registrar a los pacientes ayuda a manejar las historias clínicas y a conservar dicha confidencialidad. Debe respetarse la privacidad del paciente, ofreciendo un sitio apartado para vestirse y desvestirse, así como la presencia de un acompañante. Crear un ambiente propicio que facilite una anamnesis completa y detallada, explicando la justificación de las preguntas hechas con naturalidad, para poder valorar mejor el riesgo de los pacientes y dirigir adecuadamente las pruebas¹⁰.

En los centros con profesionales en formación, es recomendable informar al paciente sobre su presencia y obtener su consentimiento verbal para la exploración, de modo que no se encuentre incómodo.

Existen diferentes sistemas de notificación de resultados y pasos a seguir después de la primera visita, y va a depender de las posibilidades del centro:

- Visitas presenciales.
- Visitas telefónicas.
- Envío de mensajes a teléfono móvil (previa autorización) de contenido limitado pero útil, sin datos confidenciales.
- Notificaciones a través de aplicaciones que requieran usuario y contraseña, como aquellos de los que disponen algunos centros o comunidades autónomas en las que poder consultar resultados.

Tratamiento: medicaciones imprescindibles en este momento

Dado que en muchas de las ITS se dispone de medicaciones monodosis y el tratamiento se prefiere administrar en la consulta para favorecer la adherencia y la curación, se recomienda disponer de los siguientes fármacos^{4,14}:

- Bencilpenicilina G benzatina 2.400.000 UI intramuscular (IM), como tratamiento de primera elección de la sífi-

lis (primaria, secundaria y latente precoz con una dosis; latente tardía o de duración indeterminada con tres dosis separadas por una semana para alcanzar 7,2 millones de UI)^{14,15}.

- Azitromicina 1 g vía oral (VO), como primera opción en chancroide y donovanosis y como tratamiento en casos de clamidiasis en los que no se pueda recomendar doxiciclina.
- Ceftriaxona 500/1.000 mg ampollas para aplicación IM, en caso de infección por gonococo (1 g en pacientes de más de 150 kg de peso) y chancroide.
- Gentamicina 240 mg IM, asociado a azitromicina 2 g VO, en aquellos casos de gonorrea en pacientes alérgicos a las cefalosporinas.
- En casos indicados en los que se necesita de profilaxis posexposición (PEP) al VIH¹⁴ (p. ej., tenofovir disoproxil fumarato, emtricitabina, asociados a raltegravir o dolutegravir). En términos generales, la duración recomendada es de 28 días y debe iniciarse dentro de las 72 horas de exposición¹⁶.
- La profilaxis preexposición (PrEP) al VIH (que actualmente se hace fundamentalmente con emtricitabina/tenofovir) se ofrecerá y se podrá iniciar tras la consulta, en caso de nuevos diagnósticos de sífilis, con serología VIH negativa, y personas en riesgo de adquirir el VIH¹⁷.
- Además, se debería disponer de técnicas ablativas para tratamiento en consulta en caso de verrugas genitales o moluscos contagiosos, como son la crioterapia, el ácido tri o bicloroacético al 80-90% o un electrocoagulador.

Trazabilidad de contactos

En las siguientes líneas se resumen de forma somera los pasos para efectuar la trazabilidad de los contactos de una persona que ha recibido el diagnóstico de una infección venérea¹⁸:

- 1) Explicar las razones para la búsqueda de contactos:
 - Se debe informar a los pacientes de que:
 - Los contactos sexuales pueden ser asintomáticos y desconocer su infección.
 - Si las parejas no son informadas, examinadas y tratadas, pueden darse potenciales complicaciones graves.
 - Si la pareja sexual no recibe tratamiento, al tener contacto de nuevo con ella puede existir riesgo de reinfección.
- 2) Ayudar a identificar a quién hay que notificar:
 - Abordando el modo de transmisión y la duración probable de la infección.
 - Rastreando los contactos desde los periodos de tiempo pertinentes para el caso concreto (tabla 3).
 - Efectuando una buena anamnesis sexual:
 - Debe indagarse si es probable que los contactos sean localizables y cómo se siente el paciente al contactarse personalmente con ellos.
 - Han de ofrecerse recursos para la localización de contactos.
 - Se tiene que efectuar algunas consideraciones adicionales
 - El paciente índice puede haber tenido parejas ocasionales o anónimas y desconocer sus identidades o datos de contacto.

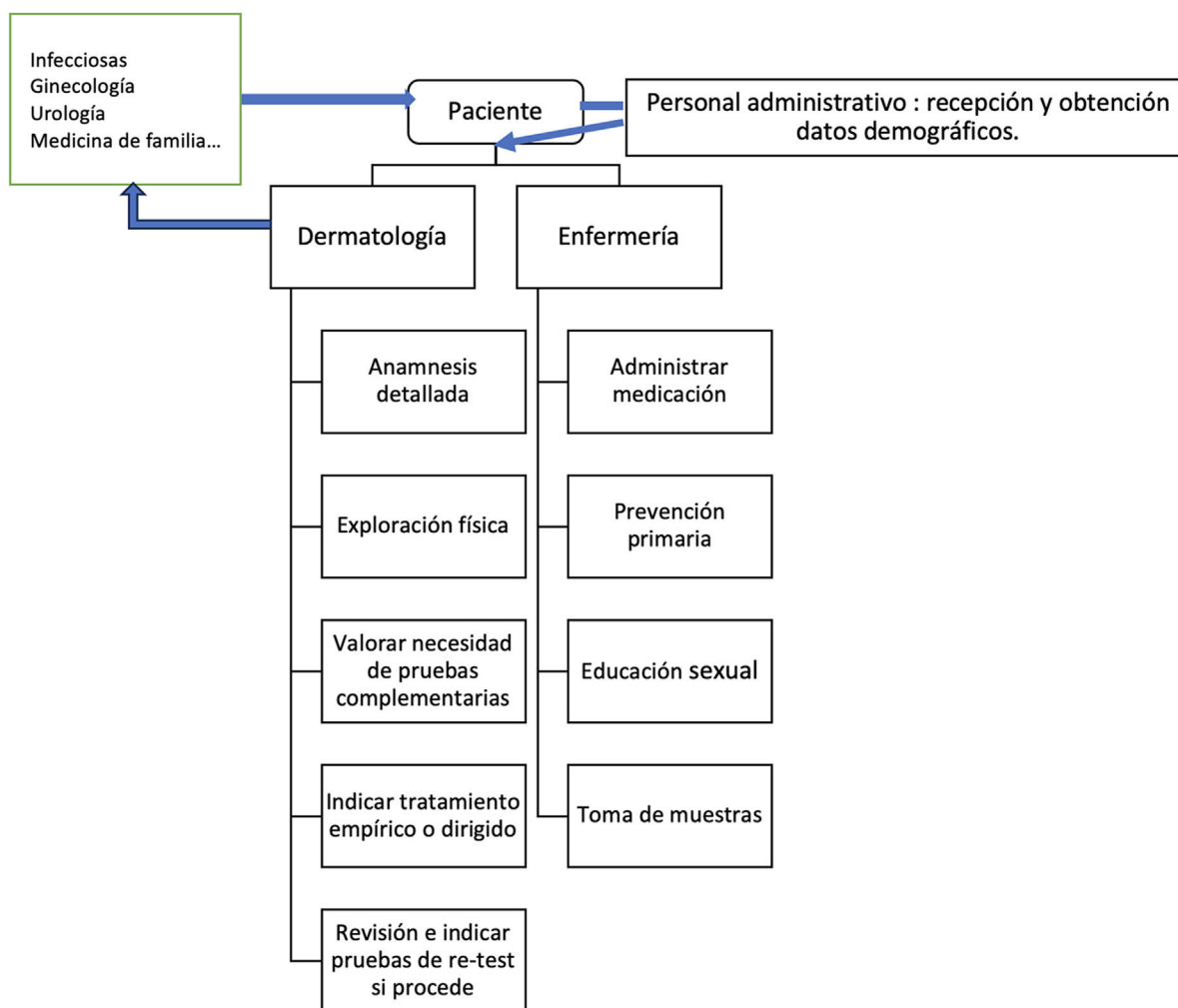


Figura 1 Diagrama de flujo de pacientes en el consultorio monográfico de ITS. Esquema con las funciones de cada perfil profesional implicados en la recepción y manejo del paciente. ITS: infecciones de transmisión sexual.

Tabla 3 Hasta cuándo hay que remontarse para el trazado de contactos desde el diagnóstico de cada infección venérea²⁰

Infección	Hasta cuándo rastrear
VIH	Comenzar con parejas sexuales recientes o que comparten agujas Continuar con el inicio de comportamiento de riesgo o última prueba negativa conocida de VIH
Gonorrea	2 meses
Clamidia	6 meses
LGV	1 mes o desde la llegada a zona endémica
Sífilis primaria	3 meses más la duración de los síntomas
Sífilis secundaria	6 meses más la duración de los síntomas
Sífilis latente precoz	12 meses
Hepatitis A	50 días desde la aparición de los síntomas
Hepatitis B	6 meses antes del inicio de los síntomas agudos
Hepatitis C	6 meses antes del inicio de los síntomas agudos (si es asintomática, según factores de riesgo)
Chancroide	2 semanas antes de la aparición de la úlcera o desde la llegada a la zona endémica
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Desconocido
Tricomonirosis	Desconocido

LGV: linfogranuloma venéreo; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

- Puede que no sea necesario preguntar exhaustivamente todos los detalles de cada pareja; sin embargo, en el caso de infecciones más graves, por ejemplo, el VIH, se justifica una historia de pareja más detallada.
 - Una indagación más detallada podría incluir información explícita sobre la relación con los contactos, las prácticas sexuales específicas, el uso del preservativo, la ubicación física, el sexo transaccional, etc.
 - En el caso de las infecciones transmitidas por la sangre, debe preguntarse sobre la donación de sangre, la recepción de productos sanguíneos y la exposición a objetos punzantes.
- 3) Explicar los métodos disponibles y proceder al rastreo de contactos:

Los contactos pueden notificarse por rastreo de contactos iniciado por el paciente (*patient-initiated*) o iniciado por el profesional sanitario (*provider-initiated*). Se debe trabajar conjuntamente con el paciente y no olvidar la legislación (en concreto, la Ley Orgánica de Protección de Datos¹⁹) y características propias de nuestro medio.

En cuanto al rastreo de contactos iniciado por el paciente, se trata de que el paciente índice notifique a sus contactos el diagnóstico. El profesional sanitario facilita la información que el paciente índice debe transmitir a las parejas. Como ventajas, tiene dos: (1) resulta casi siempre más aceptable que la iniciada por profesionales y (2) es más rápido y fácil para llegar a contactos anónimos establecidos a través de redes sociales o aplicaciones de citas. Tiene algunos inconvenientes, como (1) la potencial pérdida de confidencialidad del paciente, (2) el hecho de depender de la voluntad del paciente y (3) la posibilidad de que no se comunique la información completa o se haga de forma incorrecta.

El rastreo de contactos iniciado por el profesional sanitario implica que este, tras recibir autorización del paciente y guardando estricta confidencialidad, avisa directamente a los contactos o recurre a otro organismo para asegurarse de que son notificados. En algunos casos (como en los diagnósticos de primoinfección por VIH) puede necesitarse un seguimiento con el paciente índice para saber cómo ha ido el rastreo de contactos, contando también con su ayuda y apoyo si es necesario. Como ventajas: en principio mantiene la confidencialidad del caso índice y proporciona protección vs. reacciones violentas o estigmatizantes gracias al anonimato. Tiene los inconvenientes de requerir más tiempo y recursos, además de la posibilidad de que el paciente índice no revele todos sus contactos al profesional.

- 4) Informar a los contactos:

A través de las distintas vías: en persona, mediante llamada telefónica/mensaje de texto, por redes sociales, con herramientas web o *apps* de notificación (en nuestro país se ha intentado en varias ocasiones, siendo el máximo exponente (aunque no empleada con infecciones venéreas) la aplicación *Radar COVID* durante la pandemia por SARS-CoV-2, sin lograr herramientas efectivas que se puedan emplear), por correo electrónico, carta o a través de la remisión a un centro o especialista.

En general, la trazabilidad de contactos en España es un aspecto por mejorar de nuestra actividad y la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) está efectuando esfuerzos por encontrar soluciones adicionales más allá del voluntarismo de los pacientes que nos consultan (que es donde actualmente recae la mayor parte del rastreo de contactos).

Enlace con otros profesionales/servicios

Este apartado dependerá de las características organizativas de cada Servicio y Centro. Consideramos que, en condiciones ideales, debe contarse con enlace y comunicación fluidas con:

- Médicos de atención primaria y matronas: para la recepción de pacientes a través de circuito ágil de derivación.
- Otros médicos especialistas: microbiólogos, analistas clínicos, internistas, etc. para todas aquellas situaciones en las que pueda ser necesaria su participación o ayuda.
- Trabajadores sociales: para poder ayudar con aspectos sociales/sociosanitarios.
- Recursos sociosanitarios variados (organizaciones no gubernamentales y sus *checkpoints*, centros de ayuda a la drogodependencia, etc.), que permitirán efectuar un abordaje complementario de las necesidades de nuestros pacientes.

Conclusiones

Actualmente, la atención venereológica en España es efectuada predominantemente fuera de los servicios convencionales de dermatología²¹. Ello, unido al claro aumento de casos de ITS²² en los últimos años, hace imperativo replantear la organización de la atención a pacientes con o en riesgo de infecciones venéreas. En las páginas anteriores hemos sistematizado las características recomendadas de unidades o centros monográficos. Lo hemos hecho convencidos de que una adecuada organización y planificación de los servicios (que idealmente deberían ser monográficos, liderados por especialistas en venereología y multidisciplinares) permite maximizar el alcance, efectividad y eficiencia de los recursos asistenciales y preventivos, para finalmente contribuir a controlar la preocupante tendencia epidemiológica actual.

Financiación

No ha sido precisa financiación para la elaboración del presente artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS, de Vries HJC, Francis SC, Mabey D, et al. Sexually transmitted infections: challenges ahead. *Lancet Infect Dis*. 2017;17:e235-79.

2. Galán-Montemayor JC, Lepe-Jiménez JA, Otero-Guerra L, Serra-Pladevall J, Vázquez-Valdés F. 24a. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales. En: Cercenado-Mansilla E, Cantón-Moreno R, editores. *Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)*. España: Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC); 2018. p. 1–94.
3. Otero-Guerra L, Fernández-Blázquez A, Vazquez F. Diagnóstico rápido de las infecciones de transmisión sexual. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017;35:444–50.
4. Dalby J, Stoner BP. Sexually Transmitted Infections: Updates From the 2021 CDC Guidelines. *Am Fam Physician*. 2022;105:514–20.
5. Coleman H, Samuel I, Soni S, Murchie M, Clarke M, Williams A, et al [Internet]. British Association of Sexual Health and HIV. BASHH Summary Guidance on Testing for Sexually Transmitted Infections. 2023. [consultado 20 Dic 2023]. Disponible en: <https://www.bashhguidelines.org/media/1334/bashh-summary-guidance-on-testing-for-stis-2023.pdf>
6. Lautenschlager S, Kemp M, Christensen JJ, Mayans MV, Moi H. 2017 European guideline for the management of chancroid. *Int J STD AIDS*. 2017;28:324–9.
7. Gayet-Ageron A, Lautenschlager S, Ninet B, Perneger TV, Combescurre C. Sensitivity, specificity and likelihood ratios of PCR in the diagnosis of syphilis: A systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect*. 2013;89:251–6.
8. Bernal-Martínez S, García Sánchez E, Sivianes N, Padilla L, Martín-Mazuelos E. Evaluation of 2 Commercial Assays for the Detection of Lymphogranuloma Venereum in Rectal Samples. *Sex Transm Dis*. 2020;47:162–4.
9. Coutlée F, de Pokomandy A, Burchell AN, El-Zein M, Mayrand MH, Rodrigues-Coutlée S, et al. Human papillomavirus genotype concordance between Anyplex II HPV28 and linear array HPV genotyping test in anogenital samples. *J Med Virol*. 2022;94:2824–32.
10. Blanco JL, Ramón Blanco J, Camino X, Curran A, Merchante A, Díaz A, et al. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. España: Grupo de estudio del sida-SEIMC; 2017. p. 1–105.
11. Aguilera Guirao A, Álvarez Estévez M, Reina González G, Rodríguez Martín C. 6b. Diagnóstico microbiológico de la infección por el VIH. En: Cercenado-Mansilla E, Cantón-Moreno R, editores. *Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)*. España: Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC); 2014. p. 1–36.
12. Alonso R, Aguilera A, Córdoba J, Fuertes A. Diagnóstico microbiológico de las hepatitis virales. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015;33:e53–62.
13. Gamoudi D, Flew S, Cusini M, Benardon S, Poder A, Radcliffe K. 2018 European guideline on the organization of a consultation for sexually transmitted infections. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2019;33:1452–8.
14. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64:1–137.
15. Whiting C, Schwartzman G, Khachemoune A. Syphilis in Dermatology: Recognition and Management. *Am J Clin Dermatol*. 2023;24:287–97.
16. Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis after Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV — United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65:458.
17. British HIV Association. 2018-PrEP-Guidelines. BhivaOrg. 2018. [consultado 20 Dic 2023]. Disponible en: <https://www.bhiva.org/file/5b729cd592060/2018-PrEP-Guidelines.pdf>
18. Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine (ASHM). ASHM Contact Tracing Guidelines. [consultado 2 Oct 2023]. Disponible en: <https://contacttracing.ashm.org.au/introduction/>
19. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [consultado 2 Oct 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
20. Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine (ASHM). How far back to trace. [consultado 2 Oct 2023]. Disponible en: <https://contacttracing.ashm.org.au/how-far-back-to-trace/>
21. Martín-Gorgojo A, Comúnión-Artieda A, Descalzo-Gallego MA, Arias-Santiago S, Molina-Leyva A, Gilaberte Y, et al. What Proportion of the Spanish Dermatology Caseload Corresponds to Primarily Sexually Transmitted Infections and Other Anogenital Dermatoses? Results From the DIADERM National Random Survey. *Actas Dermosifiliogr*. 2022;113:22–9.
22. Unidad de vigilancia de VIH, ITS, hepatitis B y C. Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual en España, 2021. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología – Instituto de Salud Carlos III /División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis – Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2023. [consultado 22 Sept 2023]. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/archivos%20A-Z/SIFILIS/Infografia ITS_2021.pdf