

Estudio de contactos ante casos de VIH y otras ITS en Andalucía

Documento de apoyo a la red de Vigilancia en Salud Pública



Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
Servicio de Vigilancia y Salud Laboral.

Actualizado a 9 de septiembre de 2022

[Sevilla]: Consejería de Salud y Consumo [2022]

Colección Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía: Monografías

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía

<https://www.repositoriosalud.es>

Autoría:

Isabel Román Romera^a.

Marta Alguacil Gainza^b.

Nicola Lorusso^c.

Grupo de Trabajo en Vigilancia de las Infecciones de Transmisión Sexual*

*Diego Almagro Nievas^d, Pilar Barroso García^e, Eduardo Briones Pérez de la Blanca^f, Juan Antonio Córdoba Doña^g, María Dolores García García^d, Nuria López Ruiz^h, María Isabel Martín Rubio^a, David Moscoso Sánchezⁱ, Rocío Ortega Fernández^j, Silvia Vallejo Godoy^k y María Victoria Llamas Martínez^b, Inmaculada Arillo Marín^l, Jose Luis Pérez Reyes^l, Mercedes Sierra Fernández^l, Raquel Zurita Ortigón^l, Patricia Bancalero Herrera^m, Inmaculada Mesa Gallardoⁿ, Javier de la Torre Lima.^ñ

^a Distrito Sanitario Jerez- Costa Noroeste. Unidad de Epidemiología.

^b Servicio de Vigilancia y Salud Laboral.

^c Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.

^d Granada-Metropolitano. Unidad de Epidemiología.

^e Distrito Sanitario Almería. Unidad de Epidemiología.

^f Distrito Sanitario Sevilla. Unidad de Epidemiología.

^g Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera.

^h Unidad de Salud Pública, Epidemiología y Vigilancia de la Salud. Área de gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Oeste y Este.

ⁱ Delegación territorial de Salud y Familias de Málaga.

^j Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

^k Distrito Sanitario Poniente de Almería. Unidad de Epidemiología.

^l Enfermería de Salud Pública. Distrito Sanitario Jerez-Costa Noroeste. Unidad de Epidemiología.

^m Enfermería de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera.

ⁿ Subdirección de gestión sanitaria.

^ñ Plan Andaluz frente al VIH/SIDA y otras ITS (PASIDA)



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional .

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Título: Estudio de contactos ante casos de VIH y otras ITS en Andalucía.

Edita: Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. 2022

Maquetación: Guillermo Conejo Carrasco. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral..

Consejería de Salud y Consumo: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es

ISSN: 2695-5989

Agradecimientos: Este informe se ha podido realizar gracias al trabajo y la colaboración de toda la Red de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. GLOSARIO	6
3. FLUJO DE ACCIONES EN EL ESTUDIO DE CONTACTOS	8
4. IDENTIFICACIÓN DEL CASO ÍNDICE.....	9
4.1. Criterios/Clasificación de caso índice.....	9
4.2. Declaración de casos.....	10
4.3. Gestión de citas	11
4.4. Entrevista y Encuesta Epidemiológica	13
5. ESTUDIO DE CONTACTOS.....	14
5.1. Período de búsqueda	14
5.2. Registro de contactos.....	15
5.3. Notificación de contactos	15
5.4. Control y seguimiento. Gestión de citas.....	16
5.5. Cuestiones ético-legales	17
6. MEDIDAS PREVENTIVAS EN CASOS Y CONTACTOS.....	20
6.1. Vacunación	20
6.2. Profilaxis PrEP.....	20
6.3. Programa de cribado de cáncer de cérvix.....	21
7. MONITORIZACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO.....	21
8. BIBLIOGRAFÍA	22
9. ANEXOS.....	25
ANEXO 1. LISTADO DE ITS QUE SON EDO CON CÓDIGOS CIE-9	25
ANEXO 2. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	26
ANEXO 3: ENTREVISTA.....	27
ANEXO 3.1. Valoración del riesgo.....	29
ANEXO 4: CONSEJO PREVENTIVO.....	30
ANEXOS 5. ENCUESTAS EPIDEMIOLÓGICAS.....	32
ANEXO 5.1. Encuesta epidemiológica de Infección gonocócica, Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> , Linfogranuloma venéreo, Sífilis y Herpes Genital.	32
ANEXO 5.2. Encuesta epidemiológica de Sífilis congénita.	37
ANEXO 5.3. Encuesta epidemiológica de Infección por VIH/SIDA.	39
ANEXO 6. PERÍODOS DE BÚSQUEDA DE CONTACTOS SEGÚN ITS.....	43
ANEXO 7. REGISTRO DE ESTUDIO DE CONTACTOS.....	46
ANEXO 8. TIPO DE NOTIFICACIONES A LOS CONTACTOS	47
ANEXO 9. PERÍODO DE INCUBACIÓN SEGÚN ITS	49
ANEXO 10. PERÍODOS VENTANA PRUEBAS SEGÚN ITS.....	50
ANEXO 11. INDICACIONES DE VACUNACIÓN FRENTE A VHA EN GRUPOS DE RIESGO..	51
ANEXO 12. INDICACIONES DE VACUNACIÓN FRENTE A VPH EN GRUPOS DE RIESGO .	52
ANEXO 13. REQUISITOS Y CRITERIOS PARA PRESCRIPCIÓN DE PROFILAXIS PRE- EXPOSICIÓN FRENTE A LA INFECCIÓN POR VIH (PREP)	53
ANEXO 14. INDICADORES DE SEGUIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE INFORME BIMESTRAL SOBRE EECC EN ITS.....	54

1. INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son las enfermedades transmisibles más frecuentes en todas las sociedades a nivel mundial. Son un problema de Salud Pública global, tanto por su incremento en los últimos años como por las complicaciones y secuelas que producen, más frecuentes en las mujeres y en sus recién nacidos (esterilidad, embarazos ectópicos, enfermedad pélvica inflamatoria, cáncer de cérvix infecciones congénitas y adquiridas en el parto y muertes fetales o neonatales)¹. Hasta un 50% pueden ser asintomáticas y hasta el 40% se presentan en coinfección con otras ITS. Existe una sinergia epidémica entre las ITS y la infección por VIH/SIDA, donde la frecuencia de ITS es mayor en personas VIH positivas, el riesgo de estar infectado por el VIH es de 2 a 5 veces mayor en personas diagnosticadas de otras ITS y padecer ITS de tipo ulcerativo, como la sífilis o el herpes genital, aumentan el riesgo de contagio del VIH hasta casi cuatro veces².

En España, el aumento de las tasas de incidencia de algunas de ellas ha sido exponencial, llegando a ser 10 veces mayor en el caso de la sífilis y la gonococia en los últimos 10 años o casi triplicando los casos de infección por *Chlamydia trachomatis* en los últimos 3 años^{3,4}. En Andalucía también hay una tendencia creciente durante el período 2015-2019, con incremento de las tasas del conjunto de las ITS del 51,54%⁵.

El estudio de contactos (ECC) es el proceso por el cual las parejas sexuales de un paciente diagnosticado de una ITS son identificadas e informadas de su exposición, ofreciéndoles atención, diagnóstico y tratamiento, si procede, por parte de profesionales sanitarios. El ECC ha demostrado ser un elemento fundamental para la prevención y control de las ITS, que permite interrumpir las cadenas de transmisión de estas infecciones, principalmente en aquellos casos asintomáticos⁶.

La finalidad de un ECC es identificar a las parejas sexuales expuestas para realizar un diagnóstico y tratamiento precoces, así como un seguimiento adecuado, y promover la utilización de medidas preventivas que eviten la propagación de estas infecciones en la comunidad, con la consecuente aparición de nuevos casos y/o alertas por brote o *clusters*. Hay numerosos estudios que han demostrado su efectividad en el control de las ITS^{7,8,9}, por lo que la búsqueda de contactos es una medida prioritaria a adoptar por los países, tal y como sugiere la OMS en su estrategia mundial contra las infecciones de transmisión sexual¹.

Este documento es un protocolo dirigido a los profesionales de la Red de Vigilancia de Andalucía para la sistematización del ECC de las principales ITS en Andalucía: Infección por VIH/SIDA, Infección gonocócica, Infección por *Chlamydia trachomatis*, Linfogramuloma venéreo, Sífilis y Herpes Genital. Será conveniente valorar en un futuro, según la evolución de otras ITS emergentes, si se incluyen nuevas enfermedades en la vigilancia, y por tanto, en la realización de los EECC, como pueden ser Infecciones causadas por *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalum*, *Shigella sonnei*

extremadamente resistente u otros microorganismos relevantes en la transmisión sexual.

Los **objetivos principales**, en cuanto a la vigilancia de estas enfermedades, son:

- Realizar la Encuesta Epidemiológica en ≥ 70 % de los casos confirmados y probables de estas ITS*.
- Realizar el ECC en ≥ 70 % de los casos confirmados y probables de estas ITS*.
- Realizar el ECC a los casos confirmados y probables ≤ 7 días desde la fecha de declaración del caso*.

* Excepción: la mayor parte de los casos de Herpes Genital declarados al SVEA son sospechosos, y muchos de ellos no terminan confirmándose mediante pruebas de laboratorio. Por lo tanto, con respecto al Herpes Genital se debe de conseguir estos objetivos incluyendo también todos los casos sospechosos.

La documentación de ayuda estará disponible en las fichas de Red Alerta de cada ITS, pudiéndose consultar y descargar:

Red Alerta
Consejería de Salud

= Documentos de ayuda : 

Protocolos SVEA
Protocolo Estudio de Contactos ITS
Encuesta epidemiológica
Registro de estudio de contactos

2. GLOSARIO

Caso confirmado: caso confirmado por laboratorio.

Caso probable: caso con criterio clínico y con vínculo epidemiológico.

Caso índice: Caso sospechoso (sólo Herpes Genital), probable o confirmado de una ITS que representa el punto de partida del estudio de contactos.

Caso secundario: Caso sospechoso (sólo Herpes Genital), probable o confirmado de una ITS que ha sido previamente identificado como contacto de un caso índice, con el que se estableció un vínculo epidemiológico.

Registro de estudio de contactos: Registro que facilita el monitoreo del estudio de contactos.

Pareja sexual habitual: persona con quien el caso índice tiene relaciones sexuales de forma regular.

Pareja sexual ocasional: persona con quien el caso índice tiene relaciones sexuales de forma no regular y no exclusiva, pudiendo ocurrir en una o varias ocasiones.

Pareja sexual de riesgo: persona que ha tenido una o más relaciones sexuales de riesgo (genital, oral o anal) sin las protecciones adecuadas.

Contacto sexual de riesgo identificado: pareja sexual de riesgo, identificada por el caso índice y con la cual ha mantenido relaciones sexuales, en el período de transmisibilidad de la enfermedad.

Contacto localizable: contacto sexual de riesgo identificado del que se dispone de datos para su localización.

Contacto localizado: contacto sexual de riesgo localizable, con el que se ha contactado de forma efectiva.

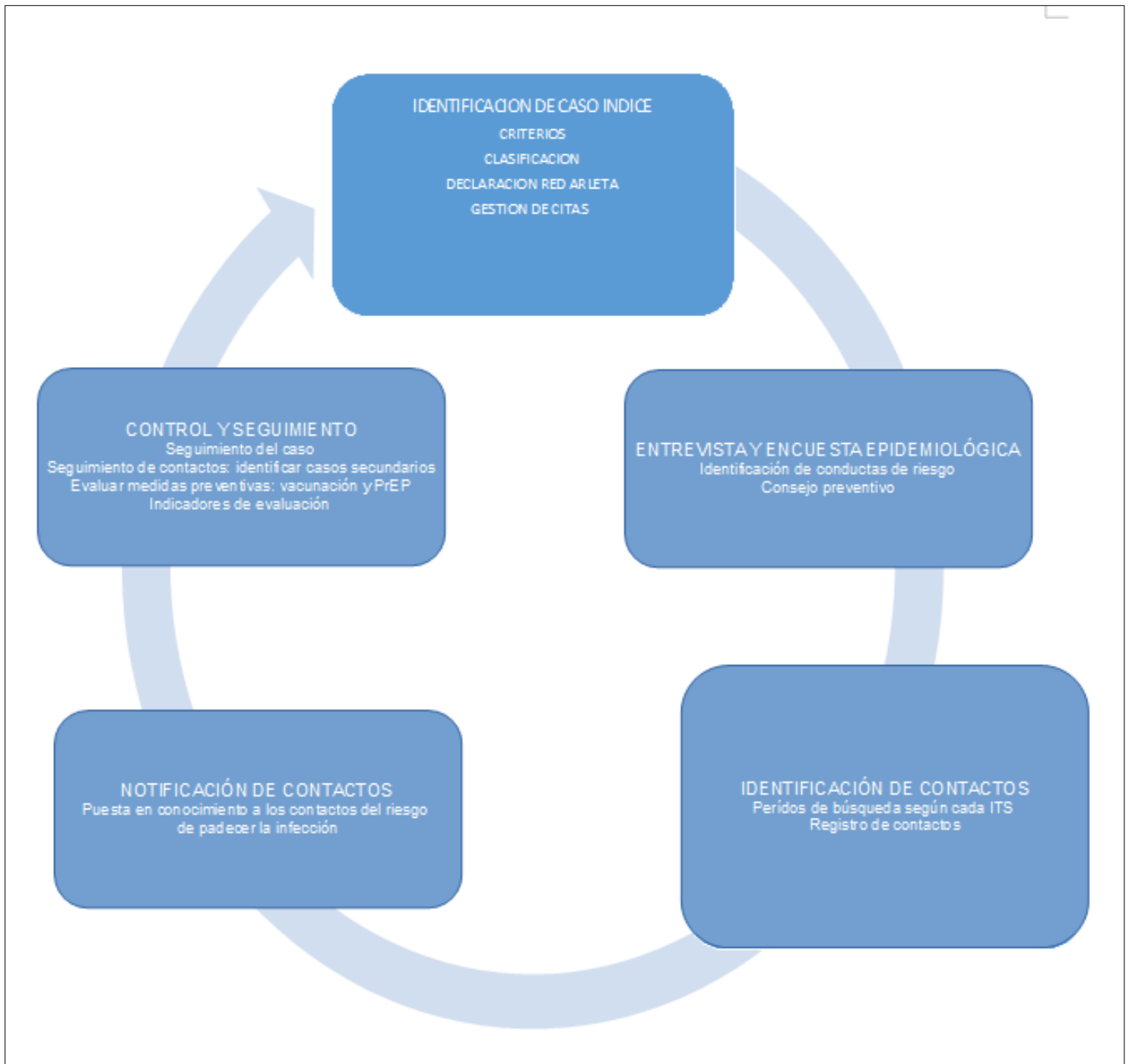
Contacto localizado colaborador: contacto sexual de riesgo localizado y que colabora dando más información, principalmente acerca del tipo de prácticas sexuales que ha mantenido con el caso índice, y que accede a realizarse las pruebas diagnósticas necesarias para confirmar o descartar ITS.

Período de búsqueda de contactos: es el período de tiempo que se basa en la historia natural de la infección, identificando los períodos de transmisibilidad de la misma.

Período de incubación: es el período de tiempo que va desde la exposición sexual de riesgo hasta que el caso desarrolla síntomas o signos de inicio de la enfermedad.

Período ventana de la prueba: es el período de tiempo que va desde la exposición sexual de riesgo hasta que se pueda diagnosticar el microorganismo mediante pruebas de laboratorio. Si la muestra se ha recogido después del periodo ventana recomendado, el resultado de la prueba será considerado válido. Si la muestra se ha recogido antes, el resultado de laboratorio puede ser un falso negativo y habrá que repetir la toma de la muestra en el intervalo de tiempo adecuado. Si se realiza un cribado de ITS, estos períodos no son aplicables.

3. FLUJO DE ACCIONES EN EL ESTUDIO DE CONTACTOS



Fuente: Elaboración propia. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Consejería de Salud y Familias.

Nota: En cada Distrito/Área debe definirse los perfiles profesionales que deben realizar cada una de estas acciones, según los recursos, características y organización propios.

4. IDENTIFICACIÓN DEL CASO ÍNDICE

4.1. Criterios/Clasificación de caso índice

La identificación del caso índice se realiza mediante criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, según los protocolos de vigilancia. En base a ello, los casos se clasifican en sospechosos, probables o confirmados.

Criterios:

Criterio clínico

Persona que cumple los criterios clínicos definidos de infección por VIH/SIDA, Infección gonocócica, Infección por *Chlamydia trachomatis*, Linfogramuloma venéreo, Sífilis y Herpes Genital (protocolos específicos SVEA de cada una de estas enfermedades).

Criterio epidemiológico

Antecedentes de contacto sexual de riesgo con un caso sospechoso (sólo Herpes Genital), probable o confirmado de una ITS durante el período de transmisión de la enfermedad.

Criterios de laboratorio

Quedan detallados en protocolos específicos SVEA de cada enfermedad.

Clasificación:

Casos sospechosos: Persona que satisface sólo los criterios clínicos. Sólo se realizará la encuesta epidemiológica y ECC a los casos sospechosos de Herpes Genital. Para el resto de ITS es necesario que los casos sean clasificados como probables o confirmados.

Casos probables: Persona que satisface los criterios clínicos y epidemiológicos.

Casos confirmados: Persona que satisface los criterios analíticos de la infección.

4.2. Declaración de casos.

Estas infecciones son Enfermedades de Declaración Obligatoria ordinaria¹⁰.

El circuito de declaración de casos será el siguiente:



Fuente: Elaboración propia. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Consejería de Salud y Familias.

La incorporación a la aplicación RedAlerta de nuevos casos sospechosos, probables y confirmados que procedan de Atención Primaria o Urgencias se realizará de forma automatizada desde la Historia Única DIRAYA, identificando los códigos CIE-9 correspondientes a estas enfermedades (**ANEXO 1**). En estos casos se precisa de la validación de un profesional de salud pública.

Los casos confirmados procedentes de Laboratorio de Microbiología serán declarados en RedAlerta por Medicina Preventiva o la Unidad de Epidemiología de Distrito, dependiendo del lugar donde se le han solicitado las pruebas al caso (Hospital o Atención Primaria, respectivamente).

Los casos sospechosos, probables o confirmados procedentes de centros privados serán comunicados a la Delegación Territorial, a quien corresponderá su declaración y registro en RedAlerta.

La coordinación general de los EECC recaerá en la Unidad de Epidemiología del Distrito correspondiente. Los EECC serán realizados por parte de profesionales sanitarios específicamente formados para ello, preferiblemente con perfil de Enfermería (Enfermería de Salud Pública, de aquí en adelante). Dependiendo de los recursos humanos, las características y organización de cada Distrito/Área, esta tarea la asumirá únicamente la Unidad de Epidemiología, o se podrán compartir casos con otros servicios (Centros Monográficos de ITS, Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital de referencia o Atención Primaria). Independientemente de quien realice esta tarea, a todos los casos se les debe realizar la Encuesta Epidemiológica y el ECC en el mismo formato, y se debe remitir esta información a la Unidad de Epidemiología de Distrito, que será la encargada de centralizar la información y de adjuntarla a la ficha individual de cada caso en RedAlerta.

Se creará una Comisión Interniveles de ITS en cada Distrito o Área, donde estén representantes de las unidades implicadas: Atención Primaria, Epidemiología, Enfermedades Infecciosas, Medicina Preventiva, Microbiología y Farmacia, así como otros servicios que cada Distrito/Área considere necesarios. En ella se abordarán las debilidades identificadas en el proceso y se propondrán mejoras tanto en el abordaje de las ITS como en los circuitos de comunicación entre niveles. Esta comisión se reunirá al menos 2 veces al año.

4.3. Gestión de citas

- **Atención Primaria:**

Enfermería de Salud Pública gestionará una cita lo antes posible con Medicina de Familia de referencia de cada caso para que:

- En los casos sospechosos y probables: se les realicen las pruebas de laboratorio necesarias para confirmar/descartar el caso. Se solicitarán pruebas cribado de todas las ITS (además de la que se sospecha), con toma de muestra de las localizaciones necesarias, según las el tipo de prácticas sexuales (orina, genital, anal y/o faríngeo) y serología completa para ITS. Se informará a los casos de las medidas preventivas que debe llevar a cabo hasta obtener el resultado de éstas.
- En los casos confirmados: reciban tratamiento de forma precoz. Se informará a los casos de las medidas preventivas que debe llevar a cabo hasta haber finalizado completamente el tratamiento.

- **Atención Hospitalaria:**

Cada especialidad hospitalaria que detecte casos se coordinará con Medicina Preventiva para la notificación de casos, y ésta a su vez informará a la Unidad de Epidemiología, para la realización de los EECC.

Los casos sospechosos, probables, confirmados con mayor complejidad, serán derivados a Atención Hospitalaria desde Atención Primaria, y siguiendo los criterios que aparecen en **ANEXO 2.**

4.4. Entrevista y Encuesta Epidemiológica

La **entrevista** se realizará a todos los casos índices (**ANEXO 3**). Puede ser realizada por cualquier profesional sanitario formado específicamente para ello, preferiblemente aquella persona que también vaya a realizar la Encuesta Epidemiológica (Enfermería de Salud Pública o profesionales sanitarios de Atención Primaria u Hospitalaria, principalmente de los Servicios de Enfermedades Infecciosas). Es preferible que a partir del conocimiento que tiene la persona de su enfermedad, se iniciarán una serie de preguntas progresivas que vayan ahondando en explorar conductas de riesgo. Las preguntas se adaptarán a la persona, asegurándonos de que comprenden lo que se le solicita en cada cuestión planteada.

La entrevista permite:

- Identificar factores de riesgo: valoración del riesgo (**ANEXO 3.1**)
- Impulsar cambios de conductas de riesgo.
- Determinar dificultades para el cambio.
- Proponer y discutir alternativas de sexo más seguro.
- Concienciar la necesidad de colaborar en la búsqueda de sus contactos.
- Recibir información suficiente para la identificación de contactos dentro de los períodos de búsqueda.

Durante la entrevista, y en función de las respuestas de la persona, se irán sugiriendo consejos, reorientando la baja percepción de riesgo de prácticas que si lo tengan y reforzando las medidas positivas que los casos propongan (**ANEXO 4**).

Concomitantemente se cumplimentará la **Encuesta Epidemiológica** de cada caso (**ANEXOS 5**). Los centros privados que diagnostiquen a casos sospechosos, probables o confirmados deberán realizarles la Encuesta Epidemiológica y remitirla, con la declaración de caso, a las Delegaciones Territoriales.

La Encuesta Epidemiológica se incorporará como adjunto a la ficha de RedAlerta del caso índice.

Con los datos proporcionados por el caso índice se cumplimentarán las variables existentes en la ficha de RedAlerta.

5. ESTUDIO DE CONTACTOS

Durante la realización del estudio de contactos al caso índice deben establecerse algunos aspectos clave:

- La notificación de contactos debe hacerse en un entorno seguro, eficaz y que garantice la confidencialidad de los datos.
- Se debe informar al paciente sobre el propósito del estudio de contactos, los beneficios para él y su/s pareja/s, así como las distintas opciones para realizar el estudio.
- En cuanto al propósito, aclarar que es una intervención de salud pública dirigida a evitar nuevos contagios y, como tal, el caso índice tiene la responsabilidad de facilitar la información que se le solicite.
- Debe informarse de los posibles riesgos que existen para su/s pareja/s y de las consecuencias de las diferentes ITS que puedan haberse transmitido. La legislación vigente recoge la obligación de colaborar con la autoridad sanitaria y de facilitar la información que se solicite.
- El profesional que realiza la encuesta debe garantizar la confidencialidad de la información que se le facilite y específicamente comprometerse a no revelar a los contactos la identidad del caso índice, excepto que él lo autorice expresamente.
- También debe garantizar al paciente y a sus contactos que el acceso a sus datos clínicos y epidemiológicos está sujeto al deber de secreto profesional, de acuerdo con la legislación vigente.

5.1. Período de búsqueda

El período de búsqueda de contactos (**ANEXO 6**) previos al diagnóstico se basa en la historia natural de cada ITS, siendo variable según el tipo de infección que tenga el caso índice.

Todos los contactos que proporcione el caso índice y entren dentro del período de búsqueda de la ITS, serán incluidos como contactos identificados. De ellos, los contactos localizables, son los que formarán parte del estudio de contactos.

5.2. Registro de contactos

El Registro de estudio de contactos (**ANEXO 7**) reporta los datos de los contactos localizables de un mismo caso índice. El período de tiempo máximo recomendado para realizarlo es de 7 días desde la declaración del caso.

Se verificará, previamente a la cumplimentación del Registro de estudio de contactos, que el caso índice ha sido grabado y que están cumplimentadas las variables de su ficha en RedAlerta.

Este registro se incorporará como adjunto a la ficha de RedAlerta del caso índice.

5.3. Notificación de contactos

Identificados los contactos localizables, el equipo de vigilancia en salud pública informará al caso índice de los métodos disponibles de notificación y realizarán, de manera consensuada, la selección del modelo de notificación más adecuado para cada uno de los contactos.

Tipos de notificación, según la persona que notifica (**ANEXO 8**):

- **Notificación por parte del paciente.** El caso índice se compromete a informar a sus parejas sexuales de la posible exposición y de la necesidad de que acudan a los servicios sanitarios para que sean evaluadas y, si es necesario, tratadas correctamente. Para ello se le puede facilitar una tarjeta de comunicación a sus contactos (**ANEXO 8.1**). Este tipo de notificación quedará únicamente reservado para aquellos contactos no localizables.
- **Notificación por parte del profesional sanitario.** El personal sanitario que realiza el ECC localiza las personas que han estado en contacto sexual con el caso índice, a partir de la información facilitada por el propio paciente, y les comunica la necesidad de que se les realice pruebas que descarten ITS y, si es necesario, de que reciban tratamiento.
- **Notificación condicional.** El caso índice y el profesional sanitario pactan un período de tiempo (máximo 48 horas) durante el cual el caso índice comunica a sus contactos la exposición a la ITS y, si no lo hace pasado este tiempo, es el profesional sanitario quien contacta las parejas sexuales del paciente.
- **Notificación dual:** se realiza conjuntamente entre el caso índice y el profesional sanitario, apoyándose el caso índice en el profesional para la notificación a aquellas parejas con las que el caso índice prevé que vaya a tener más dificultades. En esta situación, Enfermería de Salud Pública también deberá

ponerse en contacto con el caso índice a las 48 horas para ratificar la comunicación por su parte a los contactos, y si no se ha hecho, será el profesional quien se hará cargo de realizarla.



Fuente: Elaboración propia. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Consejería de Salud y Familias.

Todos los contactos independientemente del tipo de notificación deberán recibir el **consejo preventivo (ANEXO 4)**, bien directamente por el personal que los atiende, o por folleto si la notificación es realizada por el caso índice.

Se dejará registro del tipo de notificación pactada (y las modificaciones posteriores que pudieran surgir) en la *Registro del estudio de contactos*.

Los períodos de incubación (**ANEXO 9**) y períodos ventana de pruebas (**ANEXO 10**) orientarán sobre los plazos de identificación y diagnóstico de los contactos.

5.4. Control y seguimiento. Gestión de citas.

Todos los contactos localizables deben recibir la comunicación de su exposición de riesgo en un plazo máximo de 7 días.

A todo contacto localizado y colaborador, se le gestionará una cita con su Médico referente en Atención Primaria, a través del Servicio de Atención a la Ciudadanía de su centro de salud de forma coordinada con Enfermería de Salud Pública. Si el contacto tiene criterios de caso complejo se le derivará a Atención Hospitalaria (consulta especializada para ITS).

Se recomienda citar a todos los contactos en el plazo de 7 días desde la solicitud de la cita.

A todos los contactos, se les solicitarán pruebas cribado de todas las ITS (además de aquella que padezca el caso índice), con toma de muestra de las localizaciones necesarias, según las el tipo de prácticas sexuales (orina, genital, anal y/o faríngeo) y serología completa para ITS.

Enfermería de Salud Pública realizará un seguimiento de los contactos: confirmará que hayan sido visitados, que se le hayan solicitado pruebas y verá el resultado de éstas. Ante cualquier incidencia detectada, la Unidad de Epidemiología de Distrito se coordinará con el Médico referente del contacto, para solventarla.

Cuando un contacto cumple criterios de caso probable o confirmado se debe tratar como nuevo caso índice, hacer la declaración de caso en RedAlerta, y realizarle la Encuesta Epidemiológica y el ECC, siguiendo las directrices descritas en los apartados 4.3. y 4.4.

5.5. Cuestiones ético-legales

Uno de los principales factores asociados al mal control de las ITS son las dificultades ético-legales que se plantean durante la realización de los EECC. Según la OMS, los países deberían analizar y reformar la legislación sanitaria para que se preste suficiente atención a las cuestiones de salud pública planteadas por el VIH (y otras ITS)¹¹. Actualmente en Europa, existe una gran heterogeneidad a nivel legal en materia de notificación a parejas de VIH/SIDA y otras ITS¹². En particular, en España no existe una legislación que atienda de forma específica a la especial complejidad de las ITS. Por ello, con el objetivo de mejorar la estrategia de búsqueda de contactos, en este protocolo se describe el marco jurídico vigente a nivel nacional, que servirá como elemento de apoyo para afrontar los problemas que surjan de la investigación epidemiológica, a través del conocimiento del amparo legal al que se pueden acoger tanto pacientes, contactos y profesionales sanitarios^{13,14}.

Es importante destacar, que el principal responsable desde el punto de vista ético y jurídico de la búsqueda de contactos es el propio caso índice. Cuando el caso índice identifica sus contactos al personal sanitario, revela datos confidenciales sobre terceros sin su consentimiento (identidad, número de teléfono, correo electrónico y, a menudo

otros datos referentes a su vida íntima). Los ciudadanos tienen el *deber de la colaboración* para el desarrollo de las actuaciones de Salud Pública y deben abstenerse de conductas que dificulten, impidan o falseen su ejecución. Además también tienen el *deber de la comunicación*, es decir, las personas que conozcan hechos, datos o circunstancias que pudieran constituir un riesgo o peligro grave para la salud de la población los pondrán en conocimiento de las autoridades sanitarias^{15,16}. Por lo tanto, el caso índice tiene obligación legal de comunicar el riesgo de haber contraído una enfermedad grave a sus contactos, pudiendo incurrir en delito de lesiones si así no lo hiciera¹⁷.

Por otro lado, se garantiza la confidencialidad de los datos del caso índice ya que el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la legislación vigente en materia de protección de datos personales^{18,19,20}. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Cuando ello sea necesario para la prevención de un riesgo o peligro grave para la salud de la población, las administraciones sanitarias podrán acceder a los datos identificativos de los pacientes por razones epidemiológicas o de protección de la salud pública¹⁵. El acceso habrá de realizarse, en todo caso, por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional. En resumen, se le informará al caso índice que, como profesional de la salud, tiene el deber de revelar el diagnóstico a sus parejas, para proteger su salud²¹, pero siempre preservando su identidad, que no será revelada en ningún momento a sus contactos, salvo que él diera permiso para ello.

Es pues necesario, que durante la entrevista, se informe al caso índice de sus obligaciones respecto a la búsqueda de contactos, y el derecho de estos a ser debidamente informados. Tal procedimiento debe quedar registrado en la historia clínica y/o en RedAlerta.

Con respecto a los casos de ITS en adolescentes, la «mayoría de edad sanitaria» se establece cuando se trata de menores no incapacitados y con 16 años cumplidos. En estos casos, no cabe prestar el consentimiento por representación, a excepción de situaciones de riesgo grave para la salud, según el criterio del facultativo, donde los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente²². Entre los 13 y 16 años el profesional sanitario es el que valorará el grado de madurez del menor, pudiendo catalogarle de “Menor Maduro”, es decir, el menor, en este caso, puede aceptar tanto el tratamiento como decidir si se informa o no a su familia, y realizar el ECC independientemente de esto. Para la valoración de la figura del “Menor Maduro” se tendrán en cuenta los siguientes criterios: 1) entiende la situación en que se encuentra; 2) da motivos razonables que fundamentan su decisión; 3) pondera los riesgos y beneficios de las diversas opciones. Si no se considera maduro hay que activar el consentimiento por representación, de sus padres y/o tutores

legales²³. Como excepción a la «mayoría de edad sanitaria», las menores de 16 y 17 años deben estar acompañadas de sus representantes legales, padre y/o madre, personas que ostenten la patria potestad o tutores, según proceda, en situaciones de vital importancia e impacto futuro, como es la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)²⁴.

6. MEDIDAS PREVENTIVAS EN CASOS Y CONTACTOS

6.1. Vacunación

Con el objetivo de reducir la incidencia de enfermedades vacunables entre los casos con antecedentes de ITS y sus contactos, se revisará su estado serológico y/o calendario vacunal frente a VHB, y de no estar inmunizados y/o vacunados frente a esta enfermedad se procederá a su vacunación.

Además, tras la recogida de información en las entrevistas con casos y contactos, se pueden identificar a individuos que cumplan criterios de grupo de riesgo para vacunación frente a VHA y VPH (**ANEXOS 11 y 12**)^{25, 26}, y proceder a ésta cuando esté indicado.

Será Enfermería de referencia del usuario, de forma coordinada con Enfermería de Salud Pública, las que tras revisar el estado serológico del paciente, indicarán la vacunación pertinente y gestionarán la cita para la vacunación en Atención Primaria y/o Servicios de Medicina Preventiva, dependiendo de las patologías de base del individuo (principalmente si padecen infección por VIH) y de la organización propia de cada Distrito Sanitario o Área.

6.2. Profilaxis PrEP

La profilaxis pre-exposición frente a la infección VIH (PrEP) es una medida dirigida a prevenir la transmisión del VIH en personas seronegativas con alto riesgo de contraer la infección. Además de la administración de tratamiento preventivo con fármacos antirretrovirales, esta medida facilita dar consejo preventivo con reducción de riesgos, realizar seguimiento clínico y descartar mediante cribado trimestral infección por VIH y otras ITS²⁷.

Al igual que con la vacunación, en las entrevistas con casos y contactos, se pueden identificar a personas candidatas a la PrEP, que cumplan los requisitos para ella (**ANEXO 13**).

Será Enfermería de Salud Pública la que explique y ofrezca esta medida al individuo, y si acepta, se encargará de la gestión de citas, de forma coordinada con Medicina de Familia y/o Servicio de Enfermedades Infecciosas de referencia, para que estas personas sean remitidas a las consultas de Atención Hospitalaria de VIH/Infecciosas, según la organización propia de cada Distrito Sanitario o Área. Existen diferentes opciones, como remitir desde las consultas de Atención Primaria o crear un circuito directo entre Salud Pública y Hospital.

6.3. Programa de cribado de cáncer de cérvix

Se recomienda realizar pruebas para la detección del cáncer de cérvix en todas las mujeres que tienen o han tenido vida sexual activa, más aún si han sido diagnosticadas de alguna ITS a lo largo de su vida²⁸.

El cribado poblacional incluye a todas las mujeres con edades comprendidas entre los 25 y los 65 años. A las participantes entre 25 y 34 años se les hace citología cada tres años, mientras que a las mujeres de 35 a 65 se les realiza una determinación de Virus del Papiloma Humano de Alto Riesgo (VPH-AR), causante del cáncer de cérvix. En caso de tener un resultado positivo VPH-AR, simultáneamente se realiza una citología refleja para diagnosticar lesiones epiteliales y/o glandulares²⁹.

7. MONITORIZACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO

La monitorización, seguimiento y evaluación de la realización de los EECC se llevará a cabo por parte de los profesionales de Salud Pública, concretamente por las Unidades de Epidemiología de cada Distrito sanitario.

Para ello, se procederá a:

- Comprobar que se cumplan los objetivos principales de este protocolo, descritos en la introducción:
 - Realizar la Encuesta Epidemiológica en ≥ 70 % de los casos confirmados y probables de estas ITS*.
 - Realizar el ECC en ≥ 70 % de los casos confirmados y probables de estas ITS*.
 - Realizar el ECC a los casos confirmados y probables ≤ 7 días desde la fecha de declaración del caso*.

*Excepción: la mayor parte de los casos de Herpes Genital declarados a SVEA son sospechosos, y muchos de ellos no terminan confirmándose mediante pruebas de laboratorio. Por lo tanto, con respecto al Herpes Genital se debe de conseguir estos objetivos incluyendo también todos los casos sospechosos.

- Evaluar la calidad de los estudios de contactos, comprobando la correcta recogida de información.
- Identificar casos secundarios entre los contactos localizados y estudiados (Tasa de ataque secundaria).
- Identificar y declarar alertas por brote, según protocolo SVEA de cada enfermedad.
- Realizar informe bimestral, con el cálculo de indicadores de seguimiento (**ANEXO 14**).

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual, 2016-2021. Hacia el fin de las ITS. Junio 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1061324/retrieve>.
2. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H, Zenilman JM, Bolan GA. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021 Jul 23;70(4):1-187.
3. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. La prevención y el control de las ITS en España 2013- 2020: una revisión integrativa. Ministerio de Sanidad; 2021.
4. Unidad de vigilancia del VIH, hepatitis y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2018. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2020.
5. Infecciones de transmisión sexual en Andalucía. Años 2015-2020. Sevilla: Consejería de Salud y Familias; 2021. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía: Monografía; Vol. 26, N. 10. Disponible en: <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/3439>.
6. Directrices sobre la autodetección del VIH y la notificación a parejas o compañeros. Suplemento a las directrices consolidadas sobre los servicios de detección del VIH. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50521>.
7. Trelle S, Shang A, Nartey L, et al. Improved effectiveness of partner notification for patients with sexually transmitted infections: systematic review. BMJ. 2007;334:354.
8. Wilson TE, Hogben M, Malka ES, et al. A randomized controlled trial for reducing risks for sexually transmitted infections through enhanced patient-based partner notification. Am J Public Health. 2009;99 Suppl 1:S104.
9. Hogben M. Partner notification for sexually transmitted diseases. Clin Infect Dis. 2007;44 Suppl 3:S160.
10. Orden de 12 de noviembre de 2015, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el sistema de vigilancia epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria. BOJA núm. 228, de 24/11/2015. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/boja/2015/228/1>.
11. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA Disponible en: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesp.pdf>.
12. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV. Stockholm: ECDC; 2013. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/Partner-notification-for-HIV-STI-June-2013.pdf>.
13. Macaya A, Guardia Hernández JJ, Nuevo P. Confidencialidad de datos, secreto profesional y búsqueda de contactos en infecciones de transmisión sexual . Med Clin (Barc). 2020 May 8;154(9):366-369.

14. Vallès X, Carnicer-Pont D, Casabona J. Estudios de contactos para infecciones de transmisión sexual ¿Una actividad descuidada? Gac Sanit. 2011;25:224–32.16.
15. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE núm. 240, de 05/10/2011. ISNB/ISSN: BOE-A-2011-15623. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>.
16. Decreto 51/2017, de 28 de marzo, de desarrollo de los derechos y responsabilidades de la ciudadanía en relación con la salud pública. BOJA núm. 62, de 31/03/2017. ISSN: 2253-802X. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/boja/2017/62/4>.
17. Código Penal y Legislación complementaria. Artículo 147. Edición actualizada a 13 de abril de 2022, España.
18. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE núm. 294, de 6 de diciembre de 2018, páginas 119788 a 119857 (70 págs.) ISNB/ISSN: BOE-A-2018-16673. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>.
19. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). DOUE núm.62, de 31 de mayo de 2017, páginas 21 a 34 (14 págs.). Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-00088.pdf>.
20. SAS-Historia de Salud del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/210584.html#toc-base-jur-dica>.
21. Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. BOE núm.17, de 20 de enero de 2012, páginas 4851 a 4904 (54 págs.). ISNB/ISSN: BOE-A-2012-879. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-879>.
22. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15/11/2002. ISNB/ISSN: BOE-A-2002-22188. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>.
23. Espejo M, Miquel E, Esquerda M, Pifarré J. Valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias: escala de la competencia de Lleida [Assesmet of the minor's competency to take sanitary decisions: competency scale in Lleida]. Med Clin (Barc). 2011 Jan 15;136(1):26-30.
24. Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. BOE núm.227, de 22 de septiembre de 2015, páginas 83586 a 83587 (2 págs.). ISNB/ISSN: BOE-A-2015-10141. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-10141.
25. INSTRUCCIÓN DGSPyOF-5/2019: PROGRAMA DE VACUNACIÓN FRENTE A HEPATITIS A Y B EN GRUPOS DE RIESGO. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía, 2019.
26. INSTRUCCIÓN DGSPyOF-7/2019: PROGRAMA DE VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN GRUPOS DE RIESGO. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía, 2019.
27. Grupo de Trabajo de PrEP. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Manual de implementación de un Programa de Profilaxis Preexposición al VIH en España. Actualización diciembre 2021.
28. Buenas prácticas en infecciones de transmisión sexual: Manual básico. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía, 2012.

29. Nota de prensa Consejería de Salud y Familias (Junta de Andalucía): "Salud y Familias extenderá el cribado de cáncer de cérvix a todas las mujeres de 25 a 65 años". Disponible en:
<https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/servicios/actualidad/noticias/detalle/254509.html>
30. Protocol per a l'estudi dels contactes de les persones diagnosticades d'ITS a Catalunya. Generalitat de Catalunya, Agosto 2019.
31. Del Romero J, García-Pérez JN, Espasa-Soley M. Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en personas con alto riesgo, incluyendo pacientes infectados por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2019 Feb;37(2):117-126.
32. Ferreira A, Young T, Mathews C, Zunza M, Low N. Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 3;2013(10):CD002843.
33. Galán Montemayor JC, Lepe Jiménez JA, Otero Guerra L, Serra Pladevall J, Vázquez Valdés F. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales. 2018. 24a. Vázquez Valdés F (coordinador). *Procedimientos en Microbiología Clínica*. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2018.
34. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes (Actualización Marzo 2017). Grupo de Estudio del SIDA de la SEIMC (GeSIDA). Disponible en:
https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento_de_consenso_sobre_diagnostico_y_tratamiento_de_las_infecciones_de_trasmision_sexual_en_adultos_02.pdf.
35. Documento informativo sobre la infección por el VIH. Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA) y Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA). 2017. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/05/documento_informativo_sobre_infeccion_vih_profesionales.pdf.
36. Borrador del II Plan Andaluz frente al VIH/SIDA Y OTRAS ITS. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. Documento en elaboración y pendiente de publicación en al fecha de realización del presente protocolo.

9. ANEXOS

ANEXO 1. LISTADO DE ITS QUE SON EDO CON CÓDIGOS CIE-9

- Herpes genital: 054.10.
- Infección por *Chlamydia trachomatis*: 099.50.
- Infección gonocócica: 098.0.
- Sífilis: 091.0.
- Sífilis congénita: 090.0.
- Infección por VIH y SIDA: 042.

ANEXO 2. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN HOSPITALARIA

- Epididimitis y orquiepididimitis por cualquier causa.
- Enfermedad pélvica inflamatoria: salpingitis, ooforitis, endometritis, peritonitis, etc, por cualquier causa.
- Úlceras genitales y adenopatías inguinales:
 - Adenopatía con criterio de drenaje quirúrgico.
 - Lesión fibrótica o fístula (tratamiento quirúrgico).
- Proctitis:
 - Lesión fibrótica o fístula (tratamiento quirúrgico).
- ITS en embarazada.
- ITS con falta de respuesta o fracaso al tratamiento.
- ITS de posible adquisición importada (áreas tropicales).
- Infección gonocócica (además de las anteriores):
 - Infección diseminada ó síndrome de Reiter (uretritis, artritis reactiva y conjuntivitis o uveitis)
 - Microorganismos resistentes a fármacos de 1ª línea.
- Sífilis (además de las anteriores):
 - Sífilis terciaria.
- Herpes genital (además de las anteriores):
 - Síntomas sistémicos serios, lesiones cutáneas diseminadas o afectación visceral
- Infección por VIH incidente o prevalente (con otra ITS concomitante).
- Pacientes con otras patologías de riesgo: inmunosupresión.
- Prácticas de riesgo frecuentes: candidatos a PrEP a los que se les proponga y acepten.
- Casos de agresión o abuso sexual. Estos casos pueden ser manejados tanto desde Atención Primaria como Hospitalaria, analizando individualmente cada uno de ellos, trabajando conjuntamente con Trabajo Social, y llevando a cabo las medidas médico-legales pertinentes.

Fuente: Borrador del II Plan Andaluz frente al VIH/SIDA Y OTRAS ITS. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. Documento en elaboración y pendiente de publicación.

ANEXO 3: ENTREVISTA

Generalidades

Aspectos previos a tener en cuenta por el entrevistador durante la realización de la entrevista:

- Mantener una expresión verbal y no verbal, que no condicione la comunicación con la persona, evitando juicios e ideas preconcebidas. M
- Realizar preguntas abiertas, que no incluyan la posible respuesta, de manera que no la condicionen. Re
- Utilizar un lenguaje cercano (no muy técnico) y nunca discriminatorio. Ut
- Crear clima de cordialidad y empatía. Cr
- Proporcionar información de la ITS, en función del conocimiento de la persona. Pr
- Realizar preguntas adaptadas a la situación, y ser progresivas en función de las respuestas obtenidas. Re
- Oportunidad de intercalar consejo preventivo, en función de las respuestas de la persona. O
- Especial atención: víctimas de violencia sexual /menores (derivación hospitalaria) Es

Guía preguntas

Se utilizará la **regla de las "5P"**: Parejas, Prácticas, Prevención del embarazo, Protección de ITS, ITS Pasadas.

- Parejas:
 - ¿Tiene sexo con hombres, mujeres o transexuales?
 - ¿Con cuántas parejas ha tenido sexo en los dos últimos meses?
 - ¿Con cuántas parejas ha tenido sexo en los 12 últimos meses?
 - ¿Es posible que alguna de sus parejas sexuales en los últimos 12 meses haya tenido sexo con otra persona?

- Prácticas:
 - ¿Ha tenido sexo vaginal?
 - ¿Ha tenido sexo anal insertivo o receptivo?
 - ¿Ha tenido sexo oral?
 - Si la respuesta es afirmativa: ¿Utiliza condones, nunca, a veces o siempre?

- Prevención del embarazo:
 - ¿Qué métodos anticonceptivos utiliza?

- Protección frente a las ITS:
 - ¿De qué forma se protege de las ITS y del VIH?

- Historia pasada de ITS:
 - ¿Alguna vez ha tenido una ITS?
 - ¿Alguna de sus parejas ha tenido una ITS?

- Preguntas adicionales para identificar riesgo del VIH y hepatitis virales incluyen:
 - ¿Ha consumido alguna vez drogas inyectadas?
 - ¿Alguna vez ha intercambiado dinero o drogas por sexo?
 - ¿Ha compartido juguetes sexuales?

Fuente: Del Romero J, García-Pérez JN, Espasa-Soley M. Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en personas con alto riesgo, incluyendo pacientes infectados por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2019 Feb;37(2):117-126. Doi: 10.1016/j.eimc.2018.11.008.

ANEXO 3.1. Valoración del riesgo

La evaluación del riesgo individual para las ITS requiere realizar una historia clínica, que incluya preguntas sobre su conducta sexual y otros factores de riesgo, siendo los más habitualmente citados en las principales guías clínicas sobre ITS:

- Tener menos de 25 años. Te
- Mantener contacto sexual con persona con una ITS. M
- Mantener relaciones sexuales con diferentes parejas. M
- Tener una nueva pareja sexual en los últimos meses. Te
- Antecedentes previos de ITS. An
- Profesiones de la prostitución y sus clientes. Pr
- Consumo de drogas y/o alcohol, especialmente asociados a las relaciones sexuales. Co
- Uso inconsistente del preservativo con parejas casuales. Us
- Ser víctima de violencia sexual. Se

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

ANEXO 4: CONSEJO PREVENTIVO

1. Relaciones sexuales sin riesgo

- Mirarse, exhibirse, hablar, fantasías, juegos...
- Masajes, abrazos, besos, caricias, masturbación mutua.

2. Prácticas sexuales de menor a mayor riesgo

- Besos en la boca o el contacto íntimo (caricias, masajes, masturbación mutua...)
- Coito vaginal o anal con uso correcto del preservativo
- Compartir instrumentos sexuales (sin cubrir)
- Contacto boca- pene sin ingesta de semen (estimulación bucal del pene),
- Contacto boca- vagina (estimulación oral de los genitales femeninos, vulva, clítoris y la entrada de la vagina, con la boca o la lengua)
- Contacto boca-ano
- Contacto boca- pene con ingesta de semen
- Penetración rectal con la mano sin protección
- Coito vaginal insertivo sin protección (pareja que penetra con su pene)
- Coito vaginal receptivo sin protección (pareja que recibe el pene)
- Sexo anal insertivo no protegido (pareja que penetra con su pene)
- Sexo anal receptivo no protegido (pareja que recibe el pene)

3. Recomendaciones

- Si ha estado en contacto con una persona infectada, **NO** mantenga relaciones sexuales con nadie hasta que no haya sido visto por el médico.
 - Reforzar prácticas con menos riesgo (refuerzos positivos)
- Evitar prácticas sexuales **inseguras**.
- Evitar el contacto íntimo con una persona si la persona presenta infección o lesión en la zona anal, genital u oral, así como durante la menstruación, pues aumenta el riesgo de transmisión.
- Utilizar el preservativo siempre en cada relación con penetración. Repasar su uso correcto (ver uso correcto del preservativo).
- Evitar relaciones con penetración con personas que tienen múltiples parejas sexuales o que consumen drogas si se desconoce su situación respecto a la infección.
- No tener relaciones bajo el efecto de alcohol o drogas, porque disminuye la capacidad para elegir prácticas más seguras
- Hay que llegar a un equilibrio entre sexo, placer y salud. No se trata de menos sexo, sino más seguro.

4. Uso correcto de preservativos

Preservativo femenino

- Emplear preservativos de látex, poliuretano o vinilo. Ver fecha de caducidad. Conservación en un lugar seco, lejos de la luz solar y nunca en la guantera del coche).
- Utilizar preservativo nuevo en cada relación sexual con penetración.
- Desechar el preservativo si ha sido dañado al abrir el envoltorio o durante su uso (p.e. por uñas o dientes).
- Se debe colocar previamente a la penetración. Puede ser colocado hasta 8 horas antes, aunque la mayoría de las mujeres lo hacen de 2 a 20 minutos antes de la relación sexual.
- El preservativo femenino de poliuretano, tiene forma de saco, está prelubricado y consta de dos anillos, un interior (más pequeño), flexible y libre en el extremo cerrado y otro exterior (más grande), también flexible, fijo, que delimita el extremo abierto.
- Para una correcta utilización:
 - Colocar un preservativo femenino es como ponerse un tampón vaginal.
 - El anillo pequeño (interior) se comprime entre los dedos pulgar e índice formando un "8" y se pone en el interior de la vagina. El anillo grande (exterior) debe quedar fuera de los labios.
 - No preocuparse si el preservativo no está bien colocado por dentro ya que con la penetración estirará adecuadamente.
 - Para retirarlo, se gira ligeramente el anillo exterior, para evitar la pérdida de semen, y se extrae con suavidad.
- No uses nunca grasas, aceites o lociones, ya que estos productos pueden romper el preservativo. Si necesitas lubricación pregunta en la farmacia.
- No usar simultáneamente con el preservativo masculino.
- El preservativo utilizado se debe tirar a la basura, no en el inodoro

Preservativo masculino

- Emplear preservativos de látex, poliuretano o vinilo. Ver fecha de caducidad. Conservación en un lugar seco, lejos de la luz solar y nunca en la guantera del coche).
- Utilizar preservativo nuevo en cada relación sexual con penetración.
- Desechar el preservativo si ha sido dañado al abrir el envoltorio o durante su uso (p.e. por uñas o dientes).
- Colocarlo antes de cualquier contacto genital, anal o bucal. (Recuerda que antes de la eyaculación salen unas gotas de semen).
- Colocar cuando el pene está erecto previo a cualquier contacto sexual (Vaginal, anal u oral). Coge el preservativo por el depósito y desenróllalo sobre el pene erecto (De esta manera evitas que entre aire, que podría tensarlo y romperlo ante la fuerza de la eyaculación).
- Si el preservativo que usas es un modelo que no tenga depósito, tienes que crearlo en la punta estirándolo suavemente al desenrollarlo.
- Si se quieren utilizar lubricantes, estos deben tener excipientes de base acuosa (glicerina). Pregunta en la farmacia. No uses nunca grasas, lociones o aceites ya que pueden romper el preservativo.
- Retirar el preservativo inmediatamente tras la eyaculación, mientras el pene está erecto y vigilando que no se derrame el contenido.
- Al retirar el preservativo siempre sujetarlo por la base cuando el pene está aún dentro de la vagina o del ano, de esta manera evitaremos que se quede dentro.
- Después de eyacular, retira el pene todavía en erección y sujeta el preservativo por la base, retirándolo lentamente. Anúdalo y comprueba que no gotea el semen.
- En caso de rotura del preservativo durante el coito, retire inmediatamente el pene y poner uno nuevo preservativo.
- Cuando se compartan juguetes sexuales, también hay que protegerlos con un preservativo nuevo cada vez que se utilicen.
- No utilizar simultáneamente con el preservativo femenino.
- Tirar el preservativo utilizado en la basura, no en el inodoro

Fuente: Condom Effectiveness. Centers for Disease Control and Prevention.
<https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/>

ANEXOS 5. ENCUESTAS EPIDEMIOLÓGICAS

ANEXO 5.1. Encuesta epidemiológica de Infección gonocócica, Infección por *Chlamydia trachomatis*, Linfogramuloma venéreo, Sífilis y Herpes Genital.

DATOS DECLARANTE

Centro declarante..... Provincia.....Municipio..... Persona que realiza la encuesta.....Tf.....

Fecha de realización de encuesta:.....

DATOS PERSONALES Y DE LA DECLARACION

ID caso RedAlerta*: ID brote RedAlerta*:

Apellidos: Nombre:

Edad:años ó..... meses

Domicilio: Provincia:..... Localidad:..... TLF. :

Sexo: V M

País de origen: Año de llegada a España:

*No rellenar

DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso*: __-__-__

Fecha de inicio de los primeros síntomas: __-__-__

* Como fecha de caso se considerara la fecha de diagnóstico del caso.

Clasificación del caso: Sospechoso Probable Confirmado

Lugar de exposición del caso:**

Municipio: _____ Provincia: _____ Com. Autónoma: _____ País: _____ Caso importado: No Sí No consta

** Como lugar de exposición del caso se considerará por defecto el lugar de residencia.

Presentación clínica:

- | | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Uretritis | <input type="checkbox"/> Cervicitis | <input type="checkbox"/> Proctitis | <input type="checkbox"/> Faringitis |
| <input type="checkbox"/> Epididimitis | <input type="checkbox"/> Salpingitis aguda | <input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamatoria Pélvica | |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Afectación ocular | | |
| <input type="checkbox"/> Adenopatías | <input type="checkbox"/> Úlceras genitales/anales | <input type="checkbox"/> Vesículas genitales/anales | |
| <input type="checkbox"/> Oftalmía Neonatorum | | | |
| <input type="checkbox"/> Otras Especificar: _____ | | | |

SÓLO PARA SÍFILIS:

Estadío clínico: Primaria Secundaria L. precoz L. tardía Duración indeterminada

Localización del chancro sífilítico: Genital Anorectal Faríngeo Otra No consta

Complicaciones: _____

Ingreso en hospital: Sí No Desconocido

Defunción Sí No Fecha de defunción __-__-____

Evolución: Curación Secuelas Especificar: _____

TIPO DE SERVICIO CLÍNICO DONDE EL PACIENTE FUE VISTO POR PRIMERA VEZ:

- Centro de atención primaria Centro/Consulta de planificación familiar
- Centro/Consulta de atención al embarazo Unidad/Consulta de urología
- Unidad/Consulta de dermatología Unidad/Consulta de ginecología
- Centro de ITS Servicio Urgencias hospitalarias
- Otros. Especificar : Desconocido
- Marcar si el centro indicado anteriormente es un Centro Privado

DATOS DE LABORATORIO

1. Chlamydia o Gonococo

Agente causal: Chlamydia trachomatis (serovariedad L (LGV)

Neisseria gonorrhoeae

Ambas

Fecha de diagnóstico: __-__-____ (primer resultado positivo de caso confirmado)

	Positivo	Negativo	No realizado
Examen microscópico			
Cultivo			
Detección de ácidos nucleicos por PCR			
Detección de genoma por sonda ADN no amplificado			

Tipo de muestra:

2. Sífilis

Fecha de diagnóstico: __-__-____ (primer resultado positivo de caso confirmado)

Fecha	Pruebas de cribado		Pruebas de confirmación		Otras pruebas	
	Prueba	Resultado	Prueba	Resultado	Prueba	Resultado
__-__-____					Microscopía campo oscuro	
__-__-____					Inmunofluorescencia directa	
__-__-____					PCR	
__-__-____						
__-__-____						

*Pruebas treponémicas: EIA, TPPA, TPHA, ELISA, EIA, Inmunoblot , FTA-abs, quimioluminiscencia.

*Pruebas no treponémicas: VDRL, RPR

- Nota: Si es positivo, anotar en la columna de resultado la cuantificación (si procede).

Tipo de muestra:

3. Herpes genital

Fecha de diagnóstico: ___-___-____ (primer resultado positivo de caso confirmado)

	Positivo	Negativo	No realizado
Cultivo			
Células gigantes multinucleadas en tinción Tzanck			
Detección de ácidos nucleicos por PCR			
Detección de genoma por sonda ADN no amplificado			

Tipo de muestra:

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

- ¿El caso es transexual (hombre->mujer o mujer->hombre)?:
SI NO Desconocido
- Mecanismo de transmisión (marcar el que proceda):
 - Relaciones bisexuales/homosexuales (HSH)
 - Relaciones heterosexuales
 - Transmisión madre-hijo
 - Otras . Especificar:
 - No consta
- Periodo de estudio según diagnóstico/clínica:
 - Sífilis: Primaria (3 meses) Secundaria (6 meses) L. precoz (12 meses)
 - Chlamydia: Sintomática (2 meses) Asintomática (6 meses)
 - Infección gonocócica: Sintomática (2 meses) Asintomática (6 meses)
 - Herpes genital: 2 meses
- Número parejas sexuales en el último año:
(No incluir parejas comerciales de personas que ejercen la prostitución)
- Número de parejas sexuales en el periodo estudiado (según diagnóstico/clínica):
- Antecedentes personales:
 - ¿El paciente presenta otras ITS? (coinfeción): SI NO Desconocido
En caso afirmativo, indicar cuál:
 - Sífilis Chlamydia LGV Gonorrea Herpes genital
 - Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C
 - Molluscum contagiosum Pediculosis Escabiosis Condiloma acuminado
 - Otras (especificar):
 - ¿El paciente tiene antecedente de otras ITS?: SI NO Desconocido
En caso afirmativo, especificar:

- Situación frente al VIH: Positivo Negativo No realizado Desconocido
En caso afirmativo, indicar:
 - En tratamiento: SI NO Desconocido
 - Determinación más reciente:
CD4.....CARGA VIRAL:.....

- PARA OFTALMIA NEONATORUM
 - Datos de la madre:
 - Apellidos:
 - Nombre:

- Factores de riesgo:
 - Menor de 25 años: SI NO Desconocido

 - Homo-Bi-Transexual: SI NO Desconocido

 - Parejas múltiples (≥ 10 parejas/año): SI NO Desconocido

 - Uso de drogas asociado a relaciones sexuales y/o usuario de drogas vía parenteral (UDVP):
Drogas en RS UDVP NO Desconocido

 - Uso de preservativo en las últimas relaciones sexuales: SI NO Desconocido

 - Administración de ≥ 2 profilaxis postexposición (PPE) en el último año: SI NO
Desconocido

 - Antecedes ITS (≥ 1 en el último año ó ≥ 3 en toda su vida, incluida infección por VIH): SI
NO Desconocido

 - Trabajador sexual en los últimos 12 meses: SI NO Desconocido

 - Uso de la prostitución en los últimos 12 meses: SI NO Desconocido

 - Tener una nueva pareja en el último año: SI NO Desconocido

- Situación especial:

- Embarazada: SI NO Desconocido
- Inmigrante: SI NO Desconocido
- Interno en prisión: SI NO Desconocido
- Residente en institución cerrada: SI NO Desconocido
- Trabajador/a sexual: SI NO Desconocido
- Persona sin techo: SI NO Desconocido
- Violencia de género: SI NO Desconocido
- Agresión sexual: SI NO Desconocido
- Otra problemática social: SI NO Desconocido

- INFORMACIÓN ADICIONAL o COMENTA-

RIOS:.....
.....
.....

ANEXO 5.2. Encuesta epidemiológica de Sífilis congénita.

DATOS DECLARANTE:

Centro declarante..... Provincia.....Municipio..... Persona
que realiza la encuesta.....Tlfn.....
Fecha de realización de encuesta:.....

DATOS PERSONALES Y DE LA DECLARACION

ID caso RedAlerta*: ID brote RedAlerta*:
Apellidos: Nombre:
Edad:años ó..... meses
Domicilio: Provincia:..... Localidad:..... TLF. :
..... Sexo: V M
País de origen: Año de llegada a España:

DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso*: __-__-__

*Como fecha de caso se considerara la fecha de diagnóstico

Fecha de inicio de los primeros síntomas: __-__-__

Clasificación del caso Probable Confirmado

Lugar de exposición del caso**:

** Como lugar de exposición del caso se considerará por defecto el lugar de residencia

Municipio: _____ Provincia: _____ Com. Autónoma: _____ País: _____

Caso importado: No Sí No consta

Nacido vivo: SI NO Fecha defunción __-__-__ Causa: _____

Presentación Clínica Hepatoesplenomegalia L. musculocutaneas Condiloma plano Rinitis
persistente Ictericia Pseudoparálisis Afec. SNC Anemia Síndrome necrótico
Desnutrición Asintomático Otras

Complicaciones:

Ingreso en hospital: Sí No Desconocido

Defunción Sí No Fecha de defunción __-__-__

DATOS DE LABORATORIO

Agente causal: Treponema pallidum

MADRE

1er trimestre Fecha de diagnóstico: __-__-__ Tipo de muestra: _____

3er trimestre Fecha de diagnóstico: __-__-__ Tipo de muestra: _____

Actual Fecha de diagnóstico: __-__-__ Tipo de muestra: _____

NIÑO

Fecha de diagnóstico: __-__-__ Tipo de muestra: _____

Otras pruebas _____ Tipo de muestra: _____

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

MADRE: Edad al parto: ____ Nº embarazos (incluido éste): __ Nº nacidos vivos: _____ Otros hijos diagnosticados de sífilis congénita: Sí No

Nº de parejas en últimos 12 meses: _____

Ejerce la prostitución: No Sí Desconocido

Drogadicción parenteral: No Sí Ex usuaria

Drogadicción no parenteral: No Sí Ex usuaria

Especificar _____

Serología VIH Positiva Negativa No realizada Desconocida

País de nacimiento de la madre: España Otro Especificar: _____ Año de llegada a España: _____

• Control del embarazo:

Screening realizado en primer trimestre

Screening realizado en tercer trimestre

Screening no realizado

No documentado

• Tratamiento antisifilítico durante el embarazo:

Tratamiento adecuado antes de los 30 días previos al parto

Tratamiento adecuado dentro de los 30 días previos al parto

Sífilis tratada con regímenes distintos a penicilina

Tratamiento inadecuado

No tratamiento

No documentado

• La madre se encuentra en situación social desfavorecida. (Especificar): _____

• ¿Presenta otras ITS concurrentes? SI NO Desconocido

En caso afirmativo, indicar cuál:

Gonococia Chlamydiasis Condiloma acuminado Herpes genital Hepatitis A

Hepatitis B Hepatitis C

Molluscum contagiosum Pediculosis Escabiosis

Otras (especificar): _____

Situación frente al VIH: Positivo Negativo No realizado Desconocido

INFORMACIÓN ADICIONAL O

COMENTARIOS:.....

.....

.....

2.-DATOS DE LABORATORIO:

Fecha primer test confirmado positivo a VIH: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(Introducir fecha aproximada, campo obligatorio)

Marcar tipo viral positivo: VIH1 VIH2 AMBOS

Fecha último test negativo a VIH |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(Introducir fecha aproximada, no obligatorio)

Determinación más próxima al diagnóstico de VIH:

CD4..... /microlitro CARGA VIRAL: copias /ml

Determinación más próxima al diagnóstico de SIDA:

CD4:..... /microlitro CARGA VIRAL: copias /ml

2.1.-TIPO DE SERVICIO QUE PRESCRIBIO INICIALMENTE EL TEST. Campo no obligatorio

- Centro Penitenciario.....
- Centro de Atención a Drogodependientes....
- Centro de Atención Primaria.....
- Centro/Consulta de planificación familiar.....
- Centro/Consulta NO hospitalaria de ITS/VIH.
- Unidad/Consulta hospitalaria de ITS/VIH.....
- Centro o consulta de atención al embarazo...
- Servicio Hospitalario.....
- Especificar:.....
- Otros: especificar.....

3.- MECANISMO DE TRANSMISIÓN

(Se marcarán todos los que procedan, obligatorio al menos uno)

- 1.- ADVP.....
- 2.- Hombres que practican sexo con hombres.....
- 3.- Relaciones heterosexuales.....
- 4.- Relaciones Sexuales desconocidas
- 5.- Ha recibido hemoderivados por coagulopatías u otros antes del 86....
- 6.- Ha recibido transfusión o componentes de sangre contaminada por VIH
- Centro:..... Fecha:.....
- 6.- Madre- hijo, con madre seropositiva por:
.....
- 7.- Otro mecanismo:
Tatuaje piercing o procedimiento similar.....
- Pinchazo o contacto accidental con sangre Infectada
- Otro (especificar):.....
- 8.- Nosocomial
- 9.- Mecanismo desconocido

3.1.-Información complementaria del riesgo de transmisión sexual (campo no obligatorio)

Relaciones sexuales con:

- Pareja estable.....
- Contacto esporádico.....
- Múltiples parejas.....

El riesgo de transmisión sexual se atribuye a relaciones con persona:

- Usaria de drogas inyectables.....
- Receptora de transfusión con infección VIH.....
- Tratada con hemoderivados.....
- Relaciones bisexuales.
- Relación Sexual a cambio de dinero
- Originaria de país de alta prevalencia
Especificar:.....
- Persona infectada sin riesgo conocido.....

Otra información sobre la transmisión sexual:

- O 27. Neumonía bacteriana recurrente*** Fecha |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|
O 28. Cáncer invasivo de cuello de útero*** Fecha |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|
O 29. Linfoma inmunoblástico (o equivalente) ** Fecha |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

*Aplicables sólo a personas con menos de 15 años de edad en el momento del diagnóstico.

** Por adecuación al listado de enfermedades del Centro Europeo para el control y la Prevención de Enfermedades (ECDC), la categoría “Linfoma no Hodgkin”, como era recogido hasta ahora, se subdivide en Linfoma de Burkitt (o equivalente) y Linfoma inmunoblástico (o equivalente)

***Aplicable sólo a personas con 15 o más años de edad en el momento del diagnóstico. Nuevas patologías añadidas a la definición de Sida en 1993. Tuberculosis pulmonar en adultos o adolescentes. Neumonía bacteriana recurrente, dos o más episodios en 12 meses.

7.- TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PREVIO AL SIDA Campo importante

Está recibiendo tratamiento antirretroviral SI NO

Fecha de inicio __/__/____

8.- OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

ANEXO 6. PERÍODOS DE BÚSQUEDA DE CONTACTOS SEGÚN ITS

INFECCIÓN	PERÍODO DE BÚSQUEDA
I. GONOCÓCICA	En casos sintomáticos, 60 días precedentes al inicio de los síntomas, y en los asintomáticos 6 meses antes de diagnóstico. Si ha pasado más del tiempo descrito desde el último contacto sexual, se evaluará a la última pareja sexual. Oftalmia neonatorum; investigar madre y contactos sexuales.
I. CHLAMYDIA TRACHOMATIS (Incluido LGV)	En casos sintomáticos, 60 días precedentes al inicio de los síntomas, y en los asintomáticos 6 meses antes de diagnóstico. Si ha pasado más del tiempo descrito desde el último contacto sexual, se evaluará a la última pareja sexual.
* VIH	Si se puede estimar la fecha de la infección: 3 meses. Si no se puede: retroceder a la última serología negativa. Como alternativa, retroceder en la vida sexual activa del caso en la medida que sea posible.
SÍFILIS	** Sífilis primaria: 3 meses anteriores a inicio de síntomas.
	** Sífilis secundaria: 6 meses anteriores a inicio de síntomas.
	** Sífilis latente precoz: 12 meses anteriores.
	Sífilis latente tardía/ indeterminada: hasta la fecha de la última serología negativa o, si no se tiene realizada analítica, retroceder en la vida sexual del caso tanto como sea posible.
	Sífilis congénita menores de 2 años (ECC de la madre y sus parejas)

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

ANOTACIONES IMPORTANTES:

* **VIH:** Se debe ofrecer profilaxis post-exposición (PEP) a los contactos de parejas con infección por VIH si han estado expuestas a secreciones genitales o sangre a través del sexo o del uso de drogas inyectables. Debe iniciarse lo antes posible, y siempre antes de las 72 horas tras la exposición. Se aconseja en personas con una exposición de riesgo

esporádica y excepcional, y se desaconseja cuando se tienen prácticas de riesgo repetidas. Se debe realizar serología en la primera visita, a las 6 semanas, a los 3 y a los 6 meses del último contacto sexual con el caso índice.

**** SÍFILIS:** En estadios de sífilis primaria, secundaria y latente precoz, se debe realizar serología en la primera visita, a las 6 semanas y a los 3 meses del último contacto sexual con el caso índice.

Las personas que han tenido contacto sexual con una persona diagnosticada de sífilis primaria, secundaria o latente precoz debe ser evaluada clínica y serológicamente y ser tratada acorde a las siguientes recomendaciones:

- *Si el contacto fue hace menos de 90 días del diagnóstico de la sífilis primaria, secundaria o latente precoz del caso índice: TODOS LOS CONTACTOS DENTRO DE ESTE PERÍODO DEBEN RECIBIR TRATAMIENTO COMO SI TUVIESEN UNA SÍFILIS PRECOZ, independientemente de si los resultados de la serología son negativos.*
- *Si el contacto fue hace más de 90 días del diagnóstico de la sífilis primaria, secundaria o latente precoz del caso índice: los contactos con serología negativa no deben tratados y si son positivos deben recibir tratamiento basándose en una evaluación clínica y serológica que establezca el estadio clínico del paciente. Aquellos contactos en los que no se pueda realizar serología deben recibir tratamiento oportunístico dado el seguimiento incierto de éstos.*

ANEXO 7. REGISTRO DE ESTUDIO DE CONTACTOS

CASO INDICE	TIPO ITS	NOMBRE	1º APELLIDO	2º APELLIDO	NUHSA	ID	FECHA DIAGNÓSTICO	PERIODO DE BÚSQUEDA	TELÉFONO	SEXO	EDAD	FECHA INICIO ECC	REFERENTE (persona que realiza el ECC)	CENTRO SALUD HOSPITAL	PRACTICAS SEXUALES*	REDES SOCIALES	EMAIL
CONTACTOS	DIAGNOSTICO (Confirmado/ Probable/ Descartado)	NOMBRE	1º APELLIDO	2º APELLIDO	NUHSA	LOCALIZADO SI/NO	PRUEBA (TIPO)	FECHA PRUEBA	TELÉFONO	SEXO	EDAD	PROXIMA PRUEBA	TIPO DE NOTIFICACION Y FECHA	FECHA INICIO SINTOMAS	PRACTICAS SEXUALES*	REDES SOCIALES	EMAIL
OBSERVACIONES																	
N.º 1																	
N.º 2																	
N.º 3																	
N.º 4																	
N.º 5																	
N.º 6																	
N.º 7																	
N.º 8																	
N.º 9																	
N.º 10																	

* Prácticas sexuales: se recogerá el tipo de prácticas sexuales, tanto del caso como de sus contactos (sexo oral receptivo/insertivo, anal receptivo/insertivo o vaginal receptivo/insertivo).

ANEXO 8. TIPO DE NOTIFICACIONES A LOS CONTACTOS

NOTIFICACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE (PATIENT REFERRAL): el caso índice se compromete a informar a sus parejas sexuales de la posible exposición y de la necesidad de que acudan a los servicios sanitarios para que sean evaluadas y, si es necesario, tratadas correctamente. Es el método más utilizado a escala mundial para hacer la notificación a las parejas. Se recomienda reforzar dando información escrita sobre la infección (nombre de la ITS, riesgos de complicaciones, necesidad de seguimiento médico, posibilidad de tratamiento empírico y prácticas sexuales seguras) para que se entregue a todos los contactos.

Modelo de tarjeta (**ANEXO 7.1**)

NOTIFICACIÓN POR PARTE DEL PROFESIONAL SANITARIO DE SALUD PÚBLICA (PROVIDER REFERRAL): El personal sanitario asignado al estudio de contactos localiza las personas que han estado en contacto sexual con el caso índice, a partir de la información facilitada por el propio paciente, y les comunica la necesidad de que acudan a los servicios sanitarios para la evaluación de la ITS y, si es necesario, el tratamiento. En muchos países, este método de notificación se reserva para infecciones graves, como la infección por VIH y la sífilis.

NOTIFICACIÓN CONDICIONAL (CONDITIONAL REFERRAL): es una combinación de las dos notificaciones anteriores. El caso índice y el profesional sanitario de salud pública pactan un período de tiempo (48 horas) durante el cual el caso índice comunica a sus contactos la exposición a la ITS y, si no lo hace pasado este tiempo, es el profesional sanitario quien contacta las parejas sexuales del paciente.

NOTIFICACIÓN DUAL (DUAL REFERRAL): la notificación la hacen conjuntamente el caso índice y el profesional sanitario de salud pública, apoyándose el caso índice en el profesional sanitario en la notificación de aquellas parejas con las que el caso índice prevé que tendrá más dificultades. En este caso a las 48 horas el profesional también deberá ponerse en contacto con el caso índice para ver el seguimiento de cumplimiento con los contactos y si es necesario se hará el cargo de los mismos.

Fuente: Ferreira A, Young T, Mathews C, Zunza M, Low N. Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.: CD002843. DOI: 10.1002/14651858.CD002843.pub2

Anexo 8.1. Tarjeta modelo notificación por el paciente



Junta de Andalucía

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERIA DE SALUD Y CONSUMO
Servicio de Vigilancia y Salud Laboral

INFORMACIÓN PARA LA PERSONA QUE HA ESTADO EN CONTACTO SEXUAL CON EL PACIENTE.

Usted ha estado expuesto a una infección de transmisión sexual (ITS).

Es necesario que visite a un profesional sanitario tan pronto como sea posible, aunque no tenga síntomas.

No mantenga relaciones sexuales hasta que no haya sido visto por el médico. Guarde esta tarjeta y entréguela en el momento de la visita.

Si no sabe cuál es su centro de salud puede informarse en Salud Responde (Tlf 955 545 060) en cualquier horario.

PARA SER ENTREGADO AL MÉDICO/A QUE VISITA A LA PERSONA QUE HA ESTADO EN CONTACTO CON UN CASO DE ITS.

La persona portadora de esta tarjeta ha tenido una exposición de riesgo con un caso de ITS diagnosticado de (*marcar el que proceda*):

Sífilis, Infección gonocócica, Infección por *Chlamydia trachomatis*, Linfogranuloma venéreo, Herpes Genital, VIH, VHB, VHC, otras (especificar)
_____.

Se recomienda la evaluación de esta infección y de otras ITS, y que se ofrezca consejo sanitario.

Atentamente

Unidad de Epidemiología de Distrito Sanitario

Fecha y Distrito que hace el estudio de contactos, teléfono y dirección.

ANEXO 9. PERÍODO DE INCUBACIÓN SEGÚN ITS

INFECCIÓN	Periodo de incubación
I. GONOCÓCICA	Entre 2 y 7 días, con un rango de 1 a 14 días. Sin tratamiento el periodo de contagiosidad puede ser de varios meses, mientras que con tratamiento su transmisibilidad desaparece en cuestión de unas horas.
I. CHLAMYDIA TRACHOMATIS	De 7 a 14 días. Sin tratamiento la infección puede resolverse espontáneamente o persistir durante meses.
LINFOGRANULOMA VENÉREO	De 1 a 4 semanas. Su período de transmisibilidad es variable, de semanas a años, mientras existan lesiones activas.
VIH	Variable. Suelen transcurrir de uno a tres meses desde la infección hasta la aparición de anticuerpos detectables, pero el lapso que va desde la infección hasta el diagnóstico varía desde menos de un año a más de 15. Sin tratamiento antirretroviral efectivo, cerca de la mitad de los adultos infectados desarrollará SIDA 10 años después de la infección. El período de incubación en los lactantes es más breve.
SÍFILIS	Período de incubación variable (9-90 días), con una media de 3-4 semanas.

Fuente: Protocolos Epidemiológicos Específicos de Vigilancia y Alerta ante Enfermedades SVEA Junta de Andalucía <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/vigilancia/paginas/procedimientos-red-alerta.html>

ANEXO 10. PERÍODOS VENTANA PRUEBAS SEGÚN ITS

INFECCIÓN	Periodos ventana pruebas
I. GONOCÓCICA	PCR Se positiviza a los 7 días postexposición.
I. CHLAMYDIA TRACHOMATIS (incluido LGV)	PCR Se positiviza a los 14 días postexposición.
VIH	Carga viral: se suele positivizar a partir de 2 semanas postexposición. Pruebas de 4ª generación: Anticuerpos VIH 1/2 + Antígeno p24 (test combinado). Con pruebas combinadas, el período ventana puede reducirse a 16 semanas. Se requiere confirmación por Western-Blot. Se recomienda hacer una serología a los 3-6 meses si el resultado es negativo.
SÍFILIS	<ul style="list-style-type: none"> • treponémicos*: <ul style="list-style-type: none"> ○ IgM: Se suele positivizar a partir de las 2 semanas. ○ IgG: Se suele positivizar a partir de las 4-6 semanas • treponémicos o reagínicos**: Se suelen positivizar a partir de las 2-6 semanas. <p>* Se mantienen positivos de por vida.</p> <p>** Se necesita una disminución de al menos 2 diluciones (4 veces) en el título de RPR para considerar curación. En un paciente con una historia de sífilis tratada adecuadamente, un aumento de 2 diluciones (4 veces) o más debe despertar sospecha de reinfección o reactivación y requiere reevaluación del caso.</p>

Fuente: Galán Montemayor JC, Lepe Jiménez JA, Otero Guerra L, Serra Pladevall J, Vázquez Valdés F. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales. 2018. 24a. Vázquez Valdés F (coordinador). Procedimientos en Microbiología Clínica. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2018

ANEXO 11. INDICACIONES DE VACUNACIÓN FRENTE A VHA EN GRUPOS DE RIESGO

- Contactos estrechos de personas con hepatitis A (profilaxis post-exposición): en las 2 primeras semanas tras la exposición.
- Personas con enfermedad hepática crónica, alcoholismo crónico o cirrosis hepática. Se incluyen aquellos pacientes con infección crónica por el virus de hepatitis B o el virus de hepatitis C, debido al mayor riesgo que tienen de presentar una hepatitis fulminante tras la infección.
- Personas trasplantadas y aquellas en programa de trasplante de órgano sólido o progenitores hematopoyéticos. Especialmente en las personas trasplantadas de hígado o en programa de trasplante hepático.
- Personas con infección por VIH.
- Personas con síndrome de Down.
- Personas con alguna de las siguientes conductas de riesgo:
 - Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
 - Personas en situación de prostitución.
 - Personas que se inyectan drogas (PID).
- Niños nacidos en España, hijos de padres originarios de países de alta endemicidad de hepatitis A, que viajen con frecuencia al país de origen
- Viajeros que se desplazan a zonas de alta o moderada endemicidad de hepatitis A.
- Personas con situaciones de riesgo ocupacional.

Fuente: INSTRUCCIÓN DGSPyOF-5/2019: PROGRAMA DE VACUNACIÓN FRENTE A HEPATITIS A Y B EN GRUPOS DE RIESGO. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía, 2019.

ANEXO 12. INDICACIONES DE VACUNACIÓN FRENTE A VPH EN GRUPOS DE RIESGO

- Personas con infección por el VIH hasta los 26 años de edad, independientemente de la carga viral, el nivel de CD4 o la existencia o no de tratamiento antirretroviral.
- Personas con alguna de las siguientes conductas de riesgo:
 - Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) hasta los 26 años de edad.
 - Personas en situación de prostitución hasta los 26 años de edad.
- Otras indicaciones:
 - Mujeres con lesiones preneoplásicas con intervención escisional de cérvix, independientemente de la edad.
 - Mujeres con trasplante de órgano sólido hasta los 26 años de edad.
 - Mujeres con trasplante de progenitores hematopoyéticos hasta los 26 años de edad.
 - Personas afectas de síndrome de WHIM.

Fuente: INSTRUCCIÓN DGSPyOF-7/2019: PROGRAMA DE VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN GRUPOS DE RIESGO. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía, 2019.

ANEXO 13. REQUISITOS Y CRITERIOS PARA PRESCRIPCIÓN DE PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN FRENTE A LA INFECCIÓN POR VIH (PREP)

Usuarios con el VIH negativo, con edad igual o mayor de 16 años y que cumplan los siguientes criterios:

- Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y personas transexuales y que presenten al menos dos de los siguientes criterios:
 - Más de 10 parejas sexuales diferentes en el último año.
 - Practica de sexo anal sin protección en el último año.
 - Uso de drogas relacionado con el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección en el último año.
 - Administración de profilaxis post-exposición en varias ocasiones en el último año.
 - Al menos una ITS bacteriana en el último año.
- Mujeres en situación de prostitución que refieran un uso no habitual del preservativo.
- Mujeres y hombres cissexuales, y usuarios de drogas inyectadas con prácticas de inyección no seguras, que refieran un uso no habitual del preservativo y que presenten al menos dos de los siguientes criterios:
 - Más de 10 parejas sexuales diferentes en el último año.
 - Practica de sexo anal sin protección en el último año.
 - Uso de drogas relacionado con el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección en el último año.
 - Administración de profilaxis post-exposición en varias ocasiones en el último año.
 - Al menos una ITS bacteriana en el último año.

Fuente: Grupo de Trabajo de PrEP. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Manual de implementación de un Programa de Profilaxis Preexposición al VIH en España. Actualización diciembre 2021.

ANEXO 14. INDICADORES DE SEGUIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE INFORME BIMESTRAL SOBRE EECC EN ITS

- **Con respecto a los casos:**

- Número de casos totales* identificados de cada una de las ITS, en los 2 meses anteriores a la realización del informe.
- Porcentaje de casos de cada una de las ITS con respecto al total de casos de ITS, en los 2 meses anteriores a la realización del informe*.
- Tasas de incidencia de ITS totales y por cada una de las ITS, en población mayor o igual de 15 años y con municipios de residencia en el Distrito a estudio, en los 2 meses anteriores a la realización del informe.

* La unidad de medida es “caso ITS” y no “paciente con ITS”.

- Tasa de curación: teniendo en cuenta los períodos de seguimiento para cada ITS (y excluyendo a la infección por VIH):
 - Tasa de curación de Sífilis: Porcentaje de casos de Sífilis que realizan tratamiento correcto y/o tiene un test de curación negativo tras finalizarlo**, con respecto al total de casos de Sífilis, en los 12 meses anteriores a la realización del informe.

** Se necesita una disminución de al menos dos diluciones (4 veces) en el título de RPR para considerar que existe curación.
 - Tasa de curación de Infección gonocócica, Infección por *Chlamydia trachomatis* y Linfogramuloma Venéreo (LGV): Porcentaje de casos de Infección gonocócica, Infección por *Chlamydia trachomatis* y LGV que realizan tratamiento correcto y/o tiene un test de curación negativo tras finalizarlo, con respecto al total de casos de Infección gonocócica e Infección por *Chlamydia trachomatis* y LGV, en los 2 meses anteriores a la realización del informe.

- **Con respecto a las Encuestas Epidemiológicas y EECC:**

- % de Encuestas epidemiológicas realizadas: porcentaje de casos con Encuesta epidemiológica realizada con respecto al total de casos con ITS, en los 2 meses anteriores a la realización del informe.
- % de EECC realizados: porcentaje de casos con ECC con respecto al total de casos con ITS, en los 2 meses anteriores a la realización del informe.
- % de EECC realizados por Servicio: porcentaje de casos con ECC realizados por cada uno de los servicios implicados en su realización, con respecto al total de casos con ITS, en los 2 meses anteriores a la realización del informe***.

- % de EECC realizados en ≤ 7 días: porcentaje de casos con EECC realizados en ≤ 7 días desde la fecha de declaración con respecto al total de los EECC realizados, en los 2 meses anteriores a la realización del informe.
- % de casos que no se localizan o no colaboran en la realización del ECC: porcentaje de casos no localizados o no colaboradores en la realización del ECC con respecto al total de casos, en los 2 meses anteriores a la realización del informe.

*** Sólo en el caso de que la Unidad de Epidemiología no sea el único servicio implicado en la realización de los EECC

- **Con respecto a los contactos:**

- Con respecto a los contactos identificados:
 - Número total de contactos identificados, en los 2 últimos meses.
 - Mediana, valor máximo y valor mínimo del total de casos identificados por cada caso, en los 2 últimos meses
- % de contactos localizables: porcentaje de contactos localizables de todos los contactos identificados, en los 2 últimos meses.
- % de contactos localizados: porcentaje de contactos localizados de todos los contactos localizables, en los 2 últimos meses.
- % de contactos localizados colaboradores: porcentaje de contactos localizados que colaboran en la entrevista y acceden a realizarse pruebas de laboratorio del total de contactos localizados, en los 2 últimos meses.
- % de casos secundarios: porcentaje de contactos que acaban siendo casos probables o confirmados (o sospechosos en el caso del Herpes Genital) de una ITS con respecto al total de casos de ITS, en los 2 últimos meses.
- % de casos secundarios asintomáticos: porcentaje de casos secundarios que no presentan clínica con respecto al total de casos secundarios, en los 2 últimos meses.

- **Con respecto a brotes:**

- Número de brotes declarados por ITS, en los 2 últimos meses. Descripción básica de cada uno de ellos.

NOTA IMPORTANTE: tras el cierre de un año completo, se debe realizar también Informe anual con los mismos indicadores de seguimiento, en el período del último año, y no realizarlo más tarde del mes de diciembre del año siguiente al de estudio.