V Jornada Malalties Infeccioses a l'Atenció Primària

Carolina Santana Arias

Medicina familiar y comunitaria – EAP La Gavarra

Germiap – Subgrupo ITS

Barcelona, 2 de novembre de 2026

GdT d'Infeccions de Transmissió Sexual

Marta Besa. Metgessa de Medicina Familiar i Comunitària.
EAP L'Hospitalet de Llobregat 8 - Florida Sud.
Membre del Grup de Treball GERMIAP - Grup d'estudi i recomanacions sobre malalties infeccioses a l'AP de la CAMFiC.

Sandra Paredes. Metgessa de Medicina Familiar i Comunitària.
EAP Barcelona 2C - Comte Borrell.
Membre Grup del Treball GERMIAP - Grup d'estudi i recomanacions sobre malalties infeccioses a l'AP de la CAMFiC.

Carolina Santana Arias. Metgessa de Medicina Familiar i Comunitària.
EAP Cornellà de Llobregat 3 - La Gavarra.
Membre del Grup de Treball GERMIAP - Grup d'estudi i recomanacions sobre malalties infeccioses a l'AP de la CAMFiC.

Temas de la presentación

Epidemiología

ITS que cursan con síndrome secretor

ITS que cursan con síndrome ulcerativo

ITS que cursan con vulvovaginitis

Cribado, declaración y estudio de contactos

Agentes causales de las ITS



Bacterias

Gonococia
Clamidiasis
Sífilis
Linfogranuloma venéreo
Chancroide
Granuloma inguinal



Virus

Herpes virus
Condilomas
Molusco contagioso
Hepatitis
VIH



Artrópodos

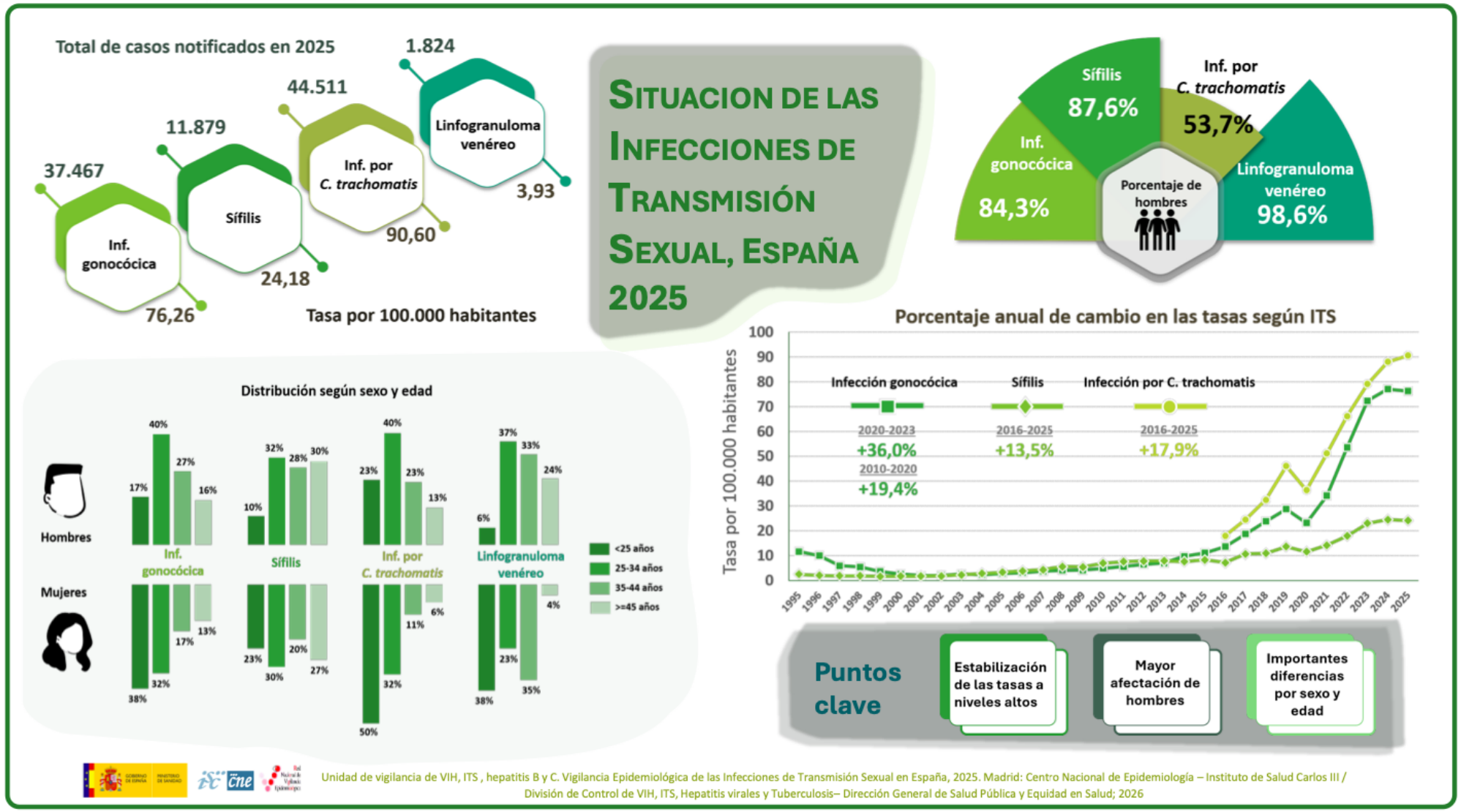
Escabiosis
Pediculosis pubis



Protozoos

Tricomoniasis vaginal

Epidemiología



Unidad de vigilancia de VIH, ITS , hepatitis B y C. Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual en España, 2025. 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 y Equidad en Salud; 2026

Epidemiología



El modelo integrado de atención promueve un abordaje integral de la promoción, la prevención y la atención sanitaria, así como el estudio y el tratamiento de los contactos sexuales como herramientas clave para luchar contra el incremento de estas infecciones, mejorando así la salud individual y de la comunidad.

El papel de la atención primaria y comunitaria es fundamental.

CEEIS Cat Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya

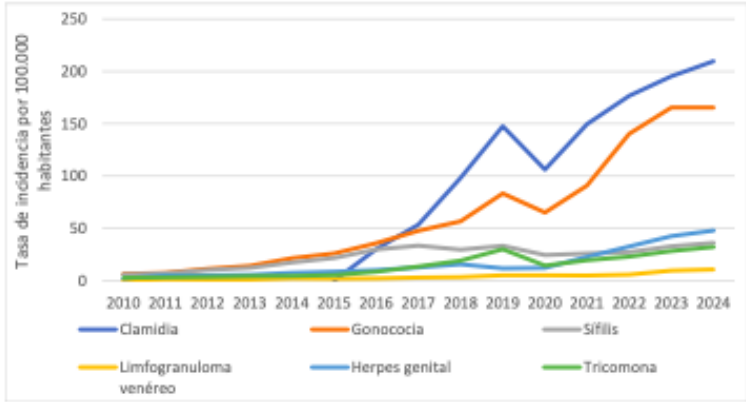


Figura 1. Evolución de la tasa de incidencia de las ITS de declaración obligatoria en Cataluña durante el periodo 2010-2024

Fuente: Registro de las ITS de Cataluña, CEEISCAT.

CEEIS Cat Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya

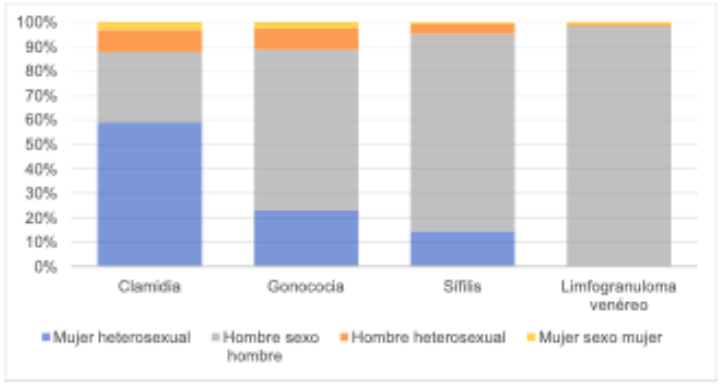


Figura 3. Porcentaje de casos según el grupo de transmisión, Cataluña, 2024

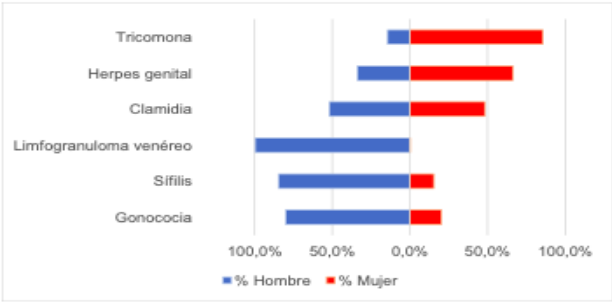
Fuente: Registro de las ITS de Cataluña, CEEISCAT.

Tabla 1. Caracterización de la incidencia de clamidia, gonococia, sífilis y linfogranuloma venéreo. Cataluña, 2024

Indicadores 2024	Clamidia	Gonococia	Sífilis	LGV
Tasa de incidencia (por 100.000 habitantes)	209,6	165,4	36,0	10,7
Variación anual media 2010-2024 (%)	32,3	28,1	15,5	38,8
Grupo de transmisión	MSH	HSH	HSH	HSH
Grupo de edad	20-29 años	20-29 años	30-39 años	30-39 años
Menos de 25 años (%)	43,1	24,3	12,6	6,4
Nacido en España (%)	62,5	61,4	55,3	68,0
Coinfección con VIH (%)	3,6	6,4	14,8	19,6

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Registro de las ITS de Cataluña y del Registro del VIH y el sida de Cataluña, CEEISCAT.

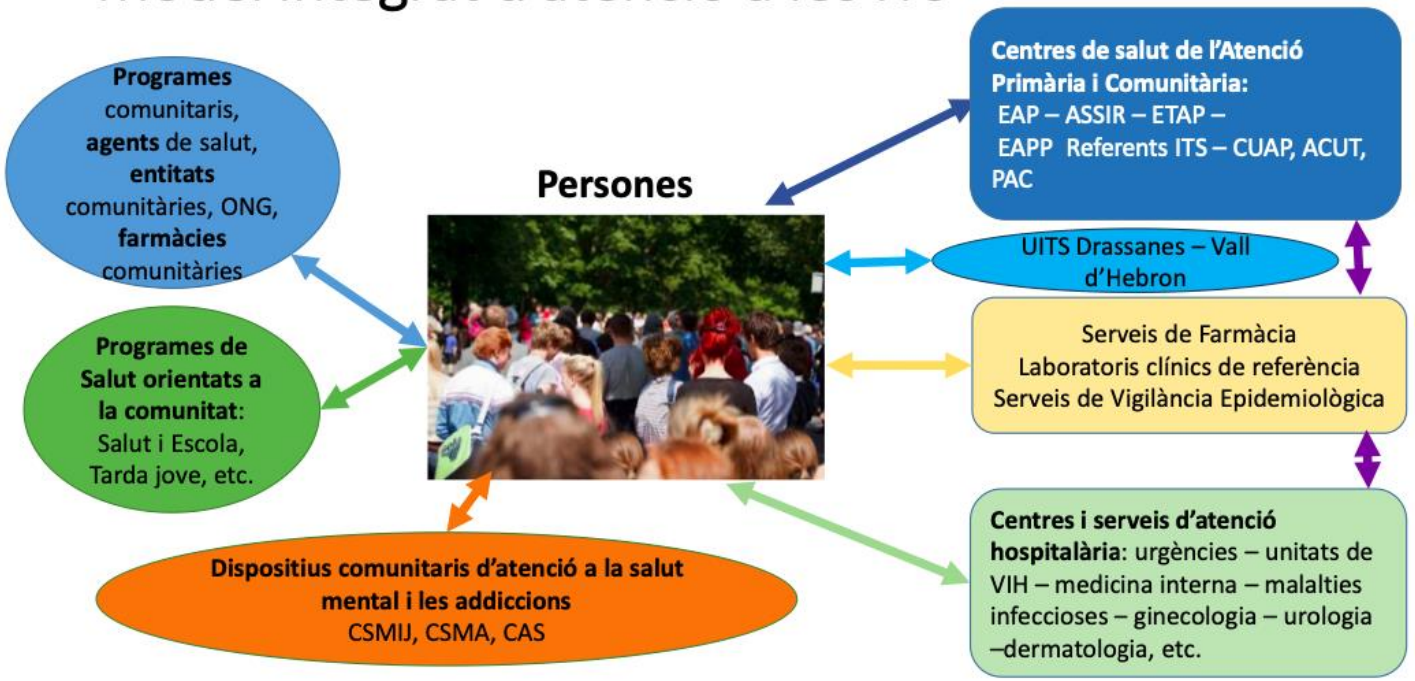
Figura 2. Porcentaje de casos notificados en Cataluña según el sexo durante el periodo 2010-2024



Fuente: Registro de las ITS de Cataluña, CEEISCAT.

Evolución del número de casos de ITS de declaración obligatoria individualizada según el sexo y el grupo de edad

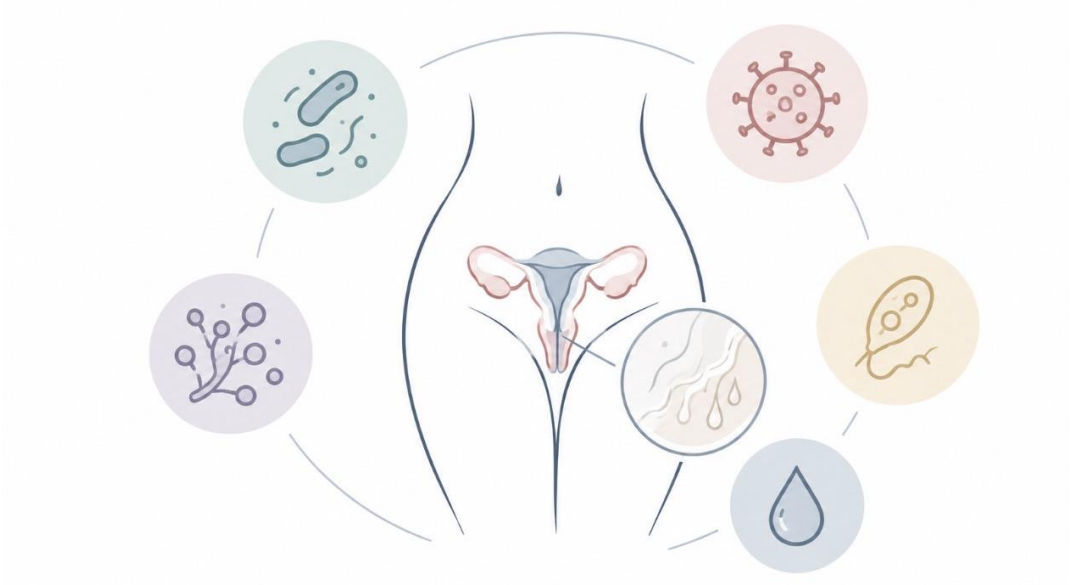
Model integrat d'atenció a les ITS



Model integrat d'atenció a les ITS a Catalunya

Departament de Salut

ITS que cursan con síndrome secretor



Síndrome secretor

Las ITS son la principal causa infecciosa siendo los principales agentes etiológicos N. gonorrhoeae, C. trachomatis y M. genitalium.

Gérmenes más frecuentemente aislados

Microorganismo	Sigla	Frecuencia
Neisseria gonorrhoeae	NG	Más frecuente
Chlamydia trachomatis	CT	Más frecuente
Mycoplasma genitalium	MG	Menor frecuencia
Ureaplasma urealyticum	UU	Menor frecuencia

20–40 % de los casos de infección genital por NG se acompañan de infección por *CT*.

DATOS 2025

En 2025, se notificaron

44.511 infecciones por *Chlamydia trachomatis*.

37.467 casos de infección gonocócica.

Cuadro clínico



URETRITIS

Secreción uretral mucosa, disuria, polaquiuíria.

Complicaciones: A. reactiva, orquitis, orquiepididimitis, prostatitis e incluso infertilidad.



CERVICITIS

Flujo vaginal anormal, sangrado intermenstrual y/o dispareunia.

Complicaciones: EIP, endometritis, salpingitis, embarazo ectópico, infertilidad y parto prematuro.



PROCTITIS

Dolor, tenesmo, sangrado y secreción de moco o pus.

Tratamiento empírico

Ceftriaxona 1g

+

doxiciclina 100mg c/12h 7d

Abstinencia sexual una semana o hasta completar tratamiento y realizar estudio de contactos.

Toma de muestras en hombres

Realizar cribado de otras ITS



Sintomatología

Con exudado



Cultivo uretral y rectal (sobretodo para estudio de NG y antibiograma)



PCR en muestra uretral (CT, NG, MG)

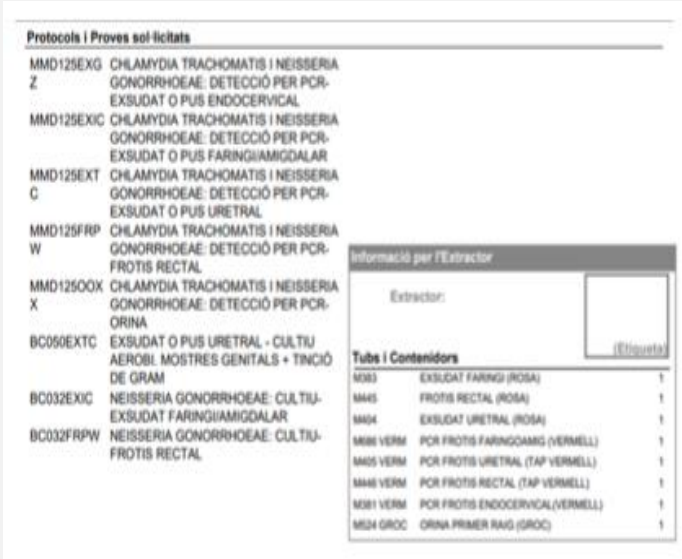
- Muestra faríngea (CT y NG) y rectal.

Sin exudado



PCR en orina (CT, NG, MG) (10-20mL)

PCR en orina: Orina de primera micción de la mañana o al menos dos horas sin orinar.



Protocols i Proves sol·licitats

MMD125EXGZ	CHLAMYDIA TRACHOMATIS I NEISSERIA GONORRHOEAE: DETECCIÓ PER PCR-EXSUDAT O PUS ENDOCERVICAL
MMD125EXIC	CHLAMYDIA TRACHOMATIS I NEISSERIA GONORRHOEAE: DETECCIÓ PER PCR-EXSUDAT O PUS FARINGI/AMIGDALAR
MMD125EXTC	CHLAMYDIA TRACHOMATIS I NEISSERIA GONORRHOEAE: DETECCIÓ PER PCR-EXSUDAT O PUS URETRAL
MMD125FRPW	CHLAMYDIA TRACHOMATIS I NEISSERIA GONORRHOEAE: DETECCIÓ PER PCR-FROTIS RECTAL
MMD125OOXX	CHLAMYDIA TRACHOMATIS I NEISSERIA GONORRHOEAE: DETECCIÓ PER PCR-ORINA
BC050EXTC	EXSUDAT O PUS URETRAL - CULTIU AERÒBI. MOSTRES GENITALS + TINCIÓ DE GRAM
BC032EXIC	NEISSERIA GONORRHOEAE: CULTIU-EXSUDAT FARINGI/AMIGDALAR
BC032FRPW	NEISSERIA GONORRHOEAE: CULTIU-FROTIS RECTAL

Informació per l'Extractor

Extractor: (Etiqueta)

Tubs i Contenidors

M383	EXSUDAT FARINGI (ROSA)	1
M445	FROTIS RECTAL (ROSA)	1
M404	EXSUDAT URETRAL (ROSA)	1
M686 VERM	PCR FROTIS FARINGOAMIG (VERMELL)	1
M405 VERM	PCR FROTIS URETRAL (TAP VERMELL)	1
M446 VERM	PCR FROTIS RECTAL (TAP VERMELL)	1
M381 VERM	PCR FROTIS ENDOCERVICAL(VERMELL)	1
M624 GROC	ORINA PRIMER RAIG (GROC)	1



Toma de muestras en mujeres





Cultivo vaginal si leucorrea

Si abundante exudado cultivo endocervical (NG)



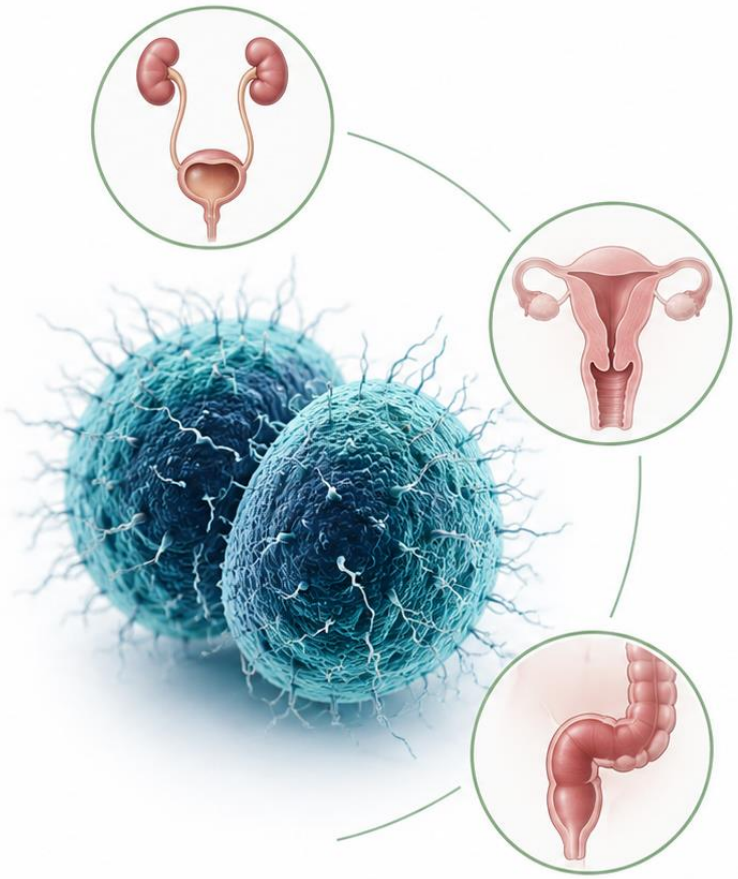
PCR vaginal o endocervical (CT, NG, MG Y TV)

En asintomáticas o contactos, PCR en muestra vaginal.

⚠ **NO PCR EN ORINA**

Realizar cribado de otras ITS

Uretritis, cervicitis y proctitis gonocócicas



Infección por Neisseria gonorrhoeae



Neisseria gonorrhoeae



Período de incubación 5-7 días



Secreción uretral, vaginal y rectal



Disuria más frecuente en hombres

Complicaciones:

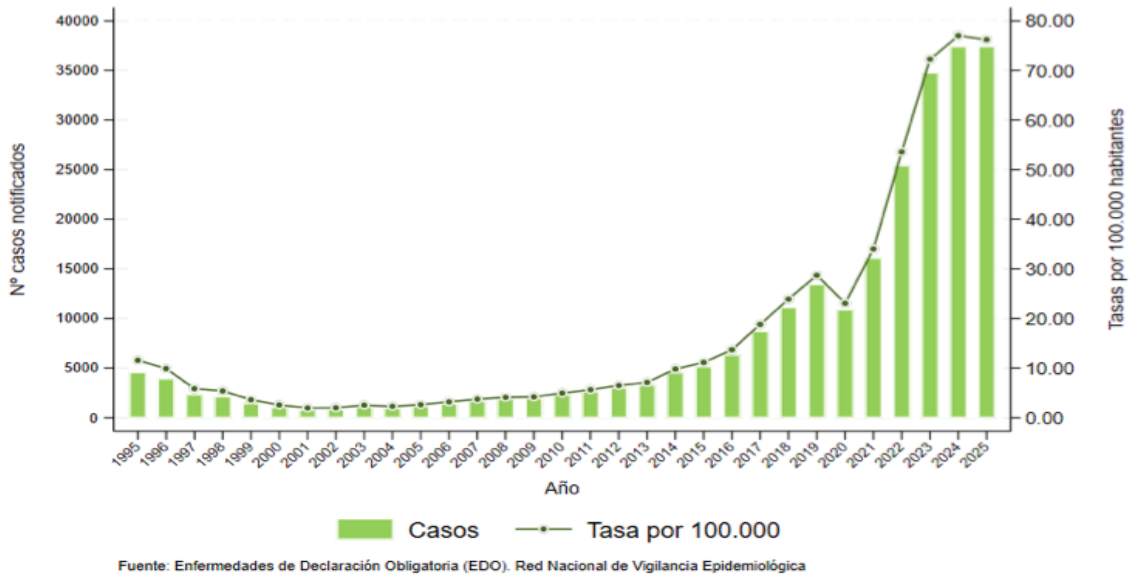
- Epididimitis/orquitis o prostatitis
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- La diseminación hematógena puede causar lesiones cutáneas, artralgias, artritis y tenosinovitis

En mujeres puede cursar de una forma más asintomática y **en hombres** con una clínica más florida

La infección **faríngea** y las **proctitis** pueden ser asintomáticas

Neisseria gonorrhoeae

Figura 1. Incidencia de infección gonocócica
Número de casos y tasas por 100.000 hab. España, 1995-2025

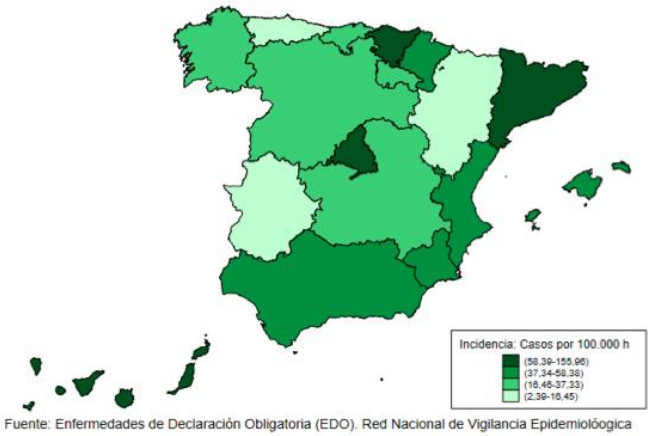


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Las tasas en **hombres** fueron **superiores** a las de mujeres.

Según edad, las tasas más elevadas se produjeron en el grupo de **25 a 34 años** seguidas del grupo de **20 a 24 años**.

Figura 2. Incidencia de infección gonocócica por Comunidad Autónoma, 2025
Tasas por 100.000 habitantes



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Tabla 2. Número y porcentaje de casos de infección gonocócica por edad y sexo, 2025

Grupos de edad	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
	N (%)	N (%)	N (%)
<15 años	21 (0,1)	32 (0,5)	53 (0,1)
15-19 años	1.077 (3,4)	654 (11,1)	1.731 (4,6)
20-24 años	4.362 (13,8)	1.537 (26,1)	5.899 (15,6)
25-34 años	12.619 (40,0)	1.895 (32,2)	14.514 (38,8)
35-44 años	8.384 (26,6)	993 (16,9)	9.377 (25,0)
45-54 años	3.703 (11,7)	491 (8,3)	4.194 (11,2)
55 años o más	1.401 (4,4)	284 (4,8)	1.685 (4,5)
Total	31.567 (100,0)	5.886 (100,0)	37.453 (100,0)

*No incluidos 14 casos sin información sobre sexo y edad





Tratamiento

INDICACIONES DE TRATAMIENTO

1. Personas que tienen una prueba positiva
2. Personas cuyas parejas sexuales tengan un test positivo
3. Tratamiento empírico en uretritis, cervicitis o proctitis purulentas tras recogida de muestras
4. Agresiones sexuales

Ceftriaxona 1g IM

Regímenes recomendados para la infección por *N. Gonorrhoeae*

Indicación	Tratamiento recomendado
Enfermedad inflamatoria pélvica	Ceftriaxona 1 gr DU IM + el régimen antibiótico elegido para la EIP.
Conjuntivitis gonocócica	Ceftriaxona 1 g IM
Síndrome de artritis-dermatitis	Ceftriaxona 1 gr/24 h IM/IV o Cefotaxima 1 gr/8h IV.
Infección gonocócica diseminada	Ceftriaxona 1 g IM o IV (24h) Cefotaxima 1 g c/8h

Tratamiento de segunda línea

1. **Cefixima 800 mg** vía oral, dosis única VO, dosis única.
   Considerar su uso sólo en caso de contraindicación a la vía parenteral.
2. **Gentamicina** 240 mg IM, dosis única + azitromicina 2 gramos VO, dosis única.
   Considerar su uso en caso de alta sospecha de alergia.
3. **Ciprofloxacino** 500 mg VO, dosis única, siempre y cuando se conozca la sensibilidad a quinolonas.

Poblaciones especiales

- **Embarazo y lactancia:** Ceftriaxona 1g.
  Alternativa azitromicina en caso de CI de ceftriaxona.
- **VIH:** Ceftriaxona 1g IM.

Se recomienda abstinencia sexual a los pacientes hasta pasados al menos 7 días después de completado el tratamiento, y/o se disponga de un test de curación negativo y hayan desaparecido los sintomas

Seguimiento y manejo de contactos



Sospecha de fracaso terapéutico

- Persistencia de síntomas **5 días** después del tratamiento.
- Test positivo **≥14 días** después de finalizar el tratamiento, tras descartar reinfección.

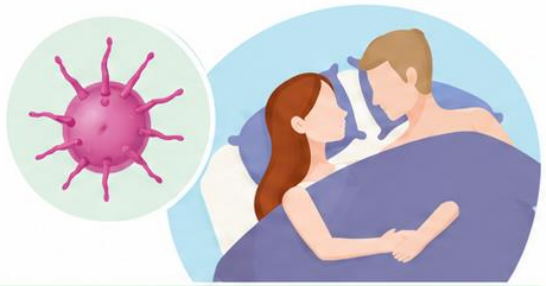
Actuación
Recoger una nueva muestra y volver a tratar con el mismo régimen.



Comprobación de erradicación

- Infección gonocócica faríngea.
- Síntomas persistentes tras el control clínico.
- Tratamiento con un régimen alternativo.

Las infecciones faríngeas son difíciles de erradicar.

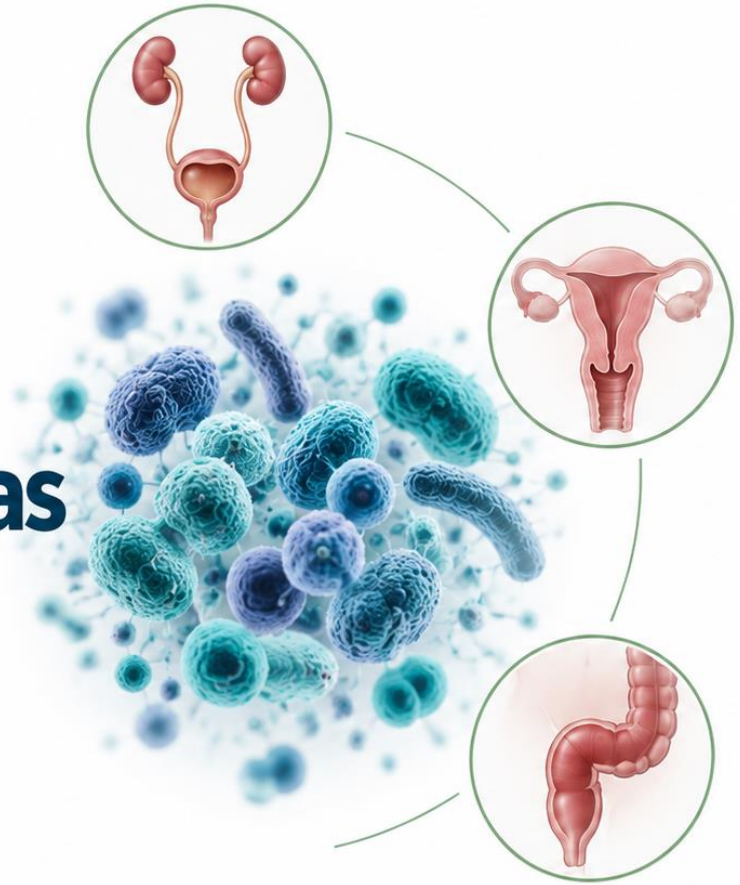


Parejas sexuales

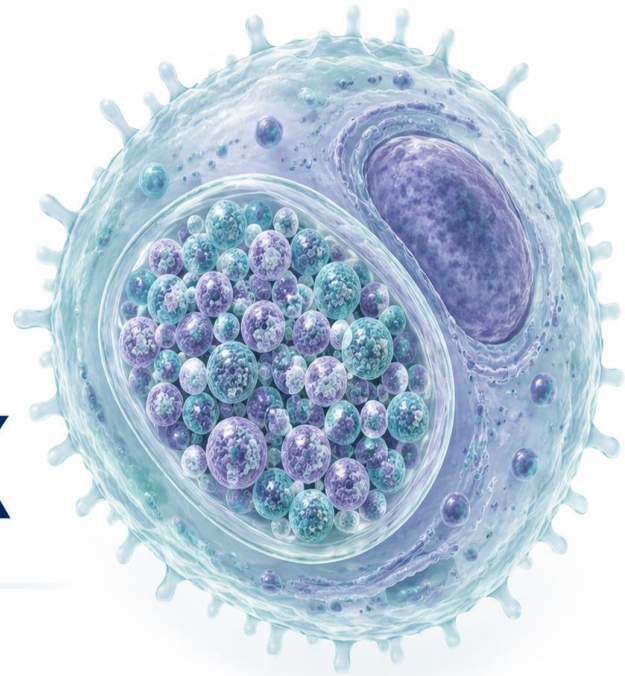
- Tratar a las parejas de las **2 semanas** previas al inicio de los síntomas.
- Tratar a cualquier pareja con síntomas, independientemente del tiempo.
- Si la infección se localiza fuera de la uretra sintomática: parejas de los **60 días** previos al inicio de los síntomas.

Enfermedad de declaración obligatoria

Uretritis, cervicitis y proctitis no gonocócicas



Infección por *Chlamydia trachomatis* D-K



Chlamydia trachomatis D-K

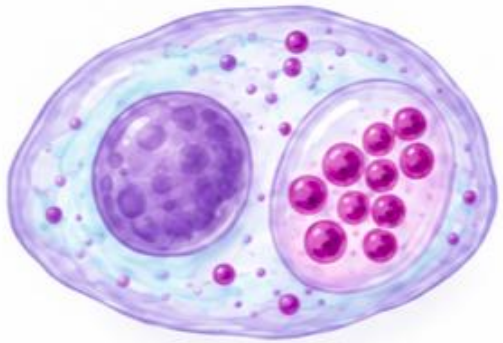
INCUBACIÓN
2–6 semanas

TRANSMISIÓN
Directa

LOCALIZACIÓN
Mucosas genitales, recto, conjuntiva y faringe.

Manifestaciones clínicas

- Cervicitis
- Sangrado postcoital o intermenstrual
- Leucorrea
- Dolor abdominal
- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
- Uretritis
- Dolor testicular
- Proctitis
- Infección asintomática



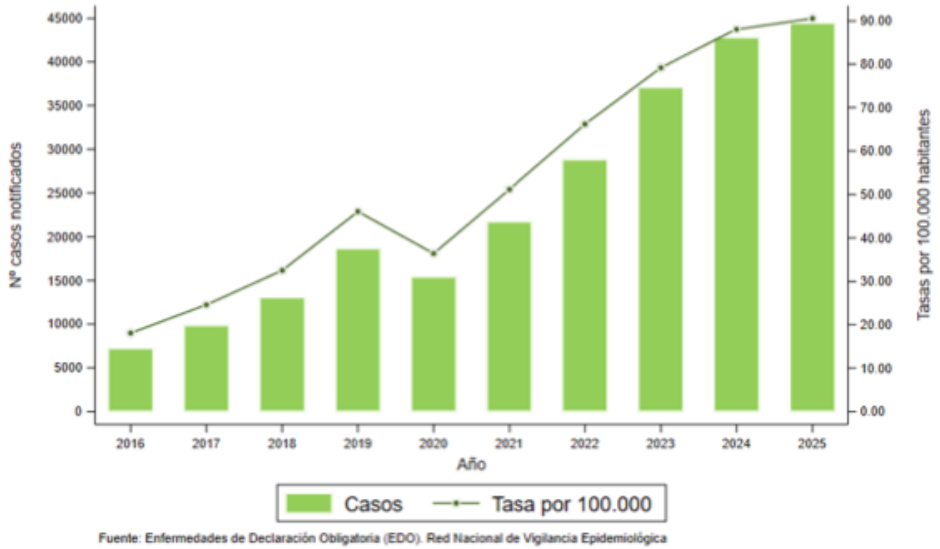
Complicaciones

- Artritis reactiva
- Orquitis / orquiepididimitis
- Perihepatitis



Chlamydia trachomatis D-K

Figura 15.- Número de casos y tasas por 100.000 habitantes de infección por *Chlamydia trachomatis* en España, 2016-2025



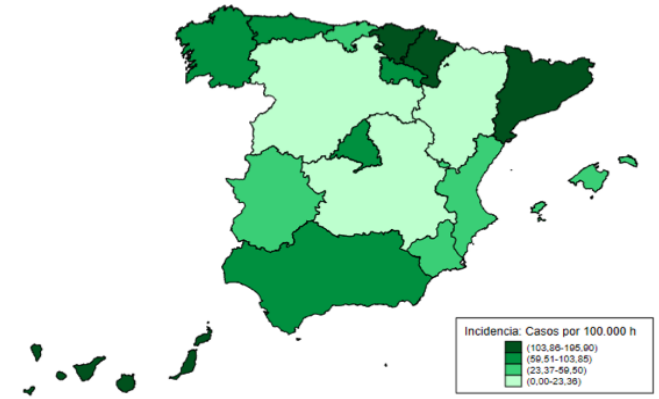
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

En el año 2025 se notificaron

44.511

casos de infección por *Chlamydia trachomatis*

Figura 16. Incidencia de infección por *C. trachomatis* por Comunidad Autónoma, 2025
Tasas por 100.000 habitantes



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Tabla 7. Número de casos y porcentaje de infección por *Chlamydia trachomatis* por edad y sexo, 2025

Grupos de edad	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
	N (%)	N (%)	N (%)
<15 años	42 (0,2)	104 (0,5)	146 (0,3)
15-19 años	1.100 (4,6)	3.244 (15,8)	4.344 (9,7)
20-24 años	4.458 (18,7)	7.013 (34,0)	11.471 (25,8)
25-34 años	9.659 (40,4)	6.703 (32,5)	16.362 (36,8)
35-44 años	5.423 (22,7)	2.236 (10,8)	7.659 (17,2)
45-54 años	2.294 (9,6)	999 (4,9)	3.293 (7,4)
55 años o más	913 (3,8)	312 (1,5)	1.225 (2,8)
Total	23.889 (100,0)	20.611 (100,0)	44.500 (100,0)

*No incluidos 11 casos sin información sobre sexo y edad.

Chlamydia trachomatis D-K

Tratamiento



De elección (I-A)

Doxiciclina 100 mg c/12 h durante 7 días



Alternativo (I-A)

Azitromicina 1 g VO, dosis única.



Otras opciones disponibles

Levofloxacino 500 mg c/24 h durante 7 días (CDC, IUSTI; II, B)

Eritromicina 500 mg c/12 h durante 7 días (II, B)

Poblaciones especiales



Embarazo y lactancia
Azitromicina 1 g el primer día, seguido de 500 mg dos días más.

Alternativa: amoxicilina 500 mg c/8 h durante 7 días.



VIH
No hay diferencias en el tratamiento.

Test de curación



No antes de 4 semanas tras finalizar el tratamiento

- Embarazadas
- Persistencia de síntomas
- Dudas de correcta adherencia terapéutica
- Infección rectal

Estudio de parejas sexuales



- Parejas sexuales de los 60 días previos al inicio de los síntomas.
- Cualquier pareja sexual que presente síntomas, independientemente del tiempo.
- La pareja sexual más reciente, independientemente del tiempo que haya pasado desde el contacto sexual.



Se recomienda abstinencia sexual hasta pasados al menos 7 días después de completar el tratamiento, y/o disponer de un test de curación negativo y haber desaparecido los síntomas.

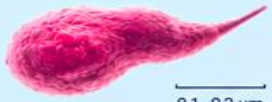
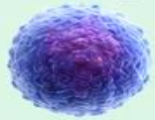
Infección por *Mycoplasma genitalium* y *Ureaplasma urealyticum*



Mycoplasma genitalium y *Ureaplasma urealyticum*

Mycoplasma genitalium vs. *Ureaplasma urealyticum*

Aspectos clave para la práctica clínica

	Mycoplasma genitalium	*Ureaplasma urealyticum*
	 0,1–0,2 µm **Familia:** *Mycoplasmataceae*	 0,2–0,3 µm **Familia:** *Mycoplasmataceae*
Transmisión	Principalmente sexual	Puede transmitirse sexualmente y forma parte de la microbiota urogenital
Colonización asintomática	Frecuente	Muy frecuente
Relevancia clínica	Patógeno de transmisión sexual reconocido	Papel patogénico menos claro (con alta frecuencia de colonización)
Asociación con infecciones	• Causa establecida de uretritis no gonocócica • Asociado a cervicitis y EIP • Asociación descrita con infertilidad (evidencia limitada)	• Asociación inconsistente con uretritis (posible con cargas elevadas) • Sin evidencia convincente de asociación con cervicitis o EIP
Indicación de solicitud de NAAT/PCR)	**Solo en uretritis no gonocócica recurrente.**	**No se recomienda el estudio ni tratamiento de mujeres asintomáticas ni sintomáticas.**
Tratamiento	Sí, según diagnóstico y resistencias (macrólidos y/o moxifloxacino)	No se recomienda tratamiento sistemático de una detección positiva (salvo casos seleccionados de uretritis con alta carga bacteriana y exclusión de otros agentes).

Mensaje clave: Ambos pertenecen a la familia *Mycoplasmataceae*, pero *M. genitalium* es un patógeno reconocido de transmisión sexual, mientras que *U. urealyticum* se detecta con frecuencia como colonizante y su papel patogénico es menos claro.

Tratamiento *Mycoplasma genitalium*

CONDICIÓN	DE ELECCIÓN
Infección por *M. genitalium* no complicada (uretra, recto, cérvix) - Sensibilidad a macrólidos conocida o desconocida	Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 7 días, seguido de azitromicina 1 gramo vía oral en dosis única y posteriormente 500 mg vía oral cada 24 horas durante 3 días más (2,5 g en total) **(I-B)**
Infección por *M. genitalium* no complicada - Resistencia a macrólidos / Tratamiento con azitromicina fallido	Moxifloxacino 400 mg por vía oral una vez al día durante 7 días **(I-B)**
Infección urogenital complicada por *M. genitalium* (EPI, epididimcorquitis)	Moxifloxacino 400 mg por vía oral una vez al día durante 14 días **(I-B)**
Infección por *M. genitalium* complicada, fracaso terapéutico con azitromicina, resistencia a macrólidos conocida	Moxifloxacino 400 mg vía oral una vez al día durante 10-14 días **(I-B)**
Tratamientos de segunda línea o rescate	Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas durante 14 días **(I-C)**. Pristinamncina 1 gramo cada 6 horas, durante 10 días. Minociclina: 100 mg vía oral cada 12 horas durante 14 días

Poblaciones especiales

- **Embarazo y lactancia:** Azitromicina 1g el 1° día, seguido de 500mg 3 días más.
- **VIH:** Mismo régimen que los pacientes sin infección.

Evaluar a las parejas sexuales recientes de los pacientes sintomáticos.

No se recomienda test de curación en asintomáticos, sólo en personas con sintomatología persistente.

Se recomienda el test de curación a partir de 3 semanas de haber finalizado el tratamiento

Tratamiento *Ureaplasma urealyticum*



Doxiciclina 100mg c/12h 7 días

Régimen alternativo | **Azitromicina** 1g VO dosis única

Take-home messages

1. 

El **tratamiento empírico** en una ITS que cursa con síndrome secretor es:

Ceftriaxona 1 g
(Cobertura para *Neisseria gonorrhoeae*)

\+

Doxiciclina 100 mg c/12 h 7 días
(Cobertura para (*Chlamydia trachomatis*)

2. 

En síndrome secretor **recoger muestras uretrales + urinarias en hombres** y en mujer **muestras cervicales y vaginales** (no recoger muestra urinaria por riesgo de falsos negativos).

3. 

Mycoplasma genitalium se estudia **sólo en UNG recurrentes** y se han descartado otras ITS frecuentes.

4. 

No se recomienda el estudio ni tratamiento del *Ureaplasma urealyticum* en mujeres sintomáticas ni asintomáticas. En hombres sólo tratar si hay síntomas y se han descartado otras causas.

Muchas gracias



CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad (GEITS, GeSIDA, GEHEP, SEIMC). Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. SEIMC 2026. ISBN 978-84-09-68175-4. Abril 2026.
2. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2025. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud; 2026
3. Fagan L, Alexander S, Fifer H. The invisible tide of Neisseria gonorrhoeae treatment failures: a review and commentary. Clin Infect Dis. 2025;81 Suppl 5:S223-30. doi:10.1093/cid/ciaf532.
4. Pascual Regueiro N, Escobar Oliva B, Villacampa Menéndez P, Romero Lerma Á. Guía de actuación en las infecciones de transmisión sexual. 2025 jul [citado 18 oct 2026]:226-39.
5. Unemo M, Lahra MM, Cole M, Galarza P, Ndowa F, Martin I, et al. World Health Organization Global Gonococcal Antimicrobial Surveillance Program (WHO GASP): review of new data and evidence to inform international collaborative actions and research efforts. Sex Health. 2019;16(5):412-25. doi:10.1071/SH19023.
6. Gnanadurai R, Fifer H. Mycoplasma genitalium: a review. Microbiology (Reading). 2020;166(1):21-9. doi:10.1099/mic.0.000830.
7. Hackett A, Yossapovitch O, Goor Y, Sheffer R, Schwartz O, Shteif I, et al. Prevalence and risk factors for antimicrobial resistance of Mycoplasma genitalium infections in a high-risk population. J Clin Med. 2024;13(16):4924. doi:10.3390/jcm13164924.

Bibliografía

8. Gaydos CA. Mycoplasma genitalium: accurate diagnosis is necessary for adequate treatment. J Infect Dis. 2017;216 Suppl 2:S406-11. doi:10.1093/infdis/jix104.
9. Fan W, Wang Q, Liang Z, Wang J, Zhang L. Efficacy of azithromycin in treating Ureaplasma urealyticum: a systematic review and meta-analysis. BMC Infect Dis. 2023;23(1):163. doi:10.1186/s12879-023-08102-5.
10. McNeil CJ, Barroso LF 2nd, Workowski K. Proctitis: an approach to the symptomatic patient. Med Clin North Am. 2024;108(2):339-54. doi:10.1016/j.mcna.2023.09.002.
11. Williamson DA, Chen MY. Emerging and reemerging sexually transmitted infections. N Engl J Med. 2020;382(21):2023-32. doi:10.1056/NEJMra1907194.
12. Wiesenfeld HC. Screening for Chlamydia trachomatis infections in women. N Engl J Med. 2017;376(8):765-73. doi:10.1056/NEJMcp1412935.
13. Wilkin T. Primary care for men who have sex with men. N Engl J Med. 2015;373(9):854-62. doi:10.1056/NEJMcp1401303.
14. Lau A, Kong FYS, Fairley CK, Templeton DJ, Amin J, Phillips S, et al. Azithromycin or doxycycline for asymptomatic rectal Chlamydia trachomatis. N Engl J Med. 2021;384(25):2418-27. doi:10.1056/NEJMoa2031631.

Bibliografía

15. Luetkemeyer AF, Donnell D, Dombrowski JC, Cohen S, Grabow C, Brown CE, et al. Postexposure doxycycline to prevent bacterial sexually transmitted infections. N Engl J Med. 2023;388(14):1296-306. doi:10.1056/NEJMoa2211934.
16. Marrazzo J. Doxycycline postexposure prophylaxis for STIs in women—uncertain benefit, urgent need. N Engl J Med. 2023;389(25):2389-90. doi:10.1056/NEJMe2311948.
17. Wiesenfeld HC. Doxycycline to prevent sexually transmitted infections in women [carta]. N Engl J Med. 2024;390(13):1248. doi:10.1056/NEJMc2401273.
18. Kojima N, Klausner JD. Doxycycline to prevent sexually transmitted infections in women [carta]. N Engl J Med. 2024;390(13):1248-9. doi:10.1056/NEJMc2401273.
19. Stewart J, Gandhi M, Bukusi EA. Doxycycline to prevent sexually transmitted infections in women. Reply [carta]. N Engl J Med. 2024;390(13):1249. doi:10.1056/NEJMc2401273.
20. Geisler WM, Uniyal A, Lee JY, Lensing SY, Johnson S, Perry RCW, et al. Azithromycin versus doxycycline for urogenital Chlamydia trachomatis infection. N Engl J Med. 2015;373(26):2512-21. doi:10.1056/NEJMoa1502599.
21. Blank S, Daskalakis DC. Neisseria gonorrhoeae—rising infection rates, dwindling treatment options. N Engl J Med. 2018;379(19):1795-7. doi:10.1056/NEJMp1812269.
22. Suyama Y, Akiyama R. Ocular gonorrhea. N Engl J Med. 2022 Apr 28;386(17):e46. doi:10.1056/NEJMicm2117893.