

Universo ITS

M^a Pilar Arrazola Martínez

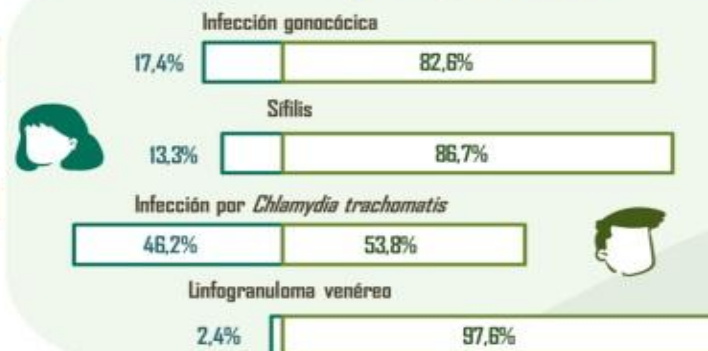
Jefe de Servicio de Medicina Preventiva

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid



37.257	11.930	41.918	1.996
Total de casos notificados en 2024			
Infección gonocócica	Sífilis	Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	Linfogranuloma venéreo
Tasas por 100.000 habitantes			
76,63	24,54	86,26	4,59

Porcentaje según sexo



PUNTOS CLAVE

Mayor afectación de hombres

Mayor afectación de jóvenes <25 años para la infección gonocócica y por *C. trachomatis*

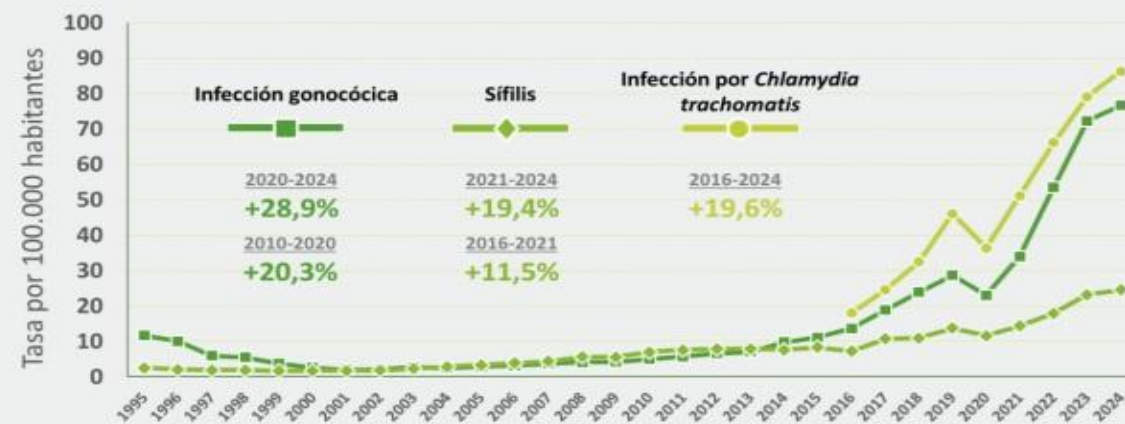
Continuo incremento de las tasas

SITUACIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, ESPAÑA 2024

Distribución de casos según edad



Porcentaje anual de cambio en las tasas según ITS



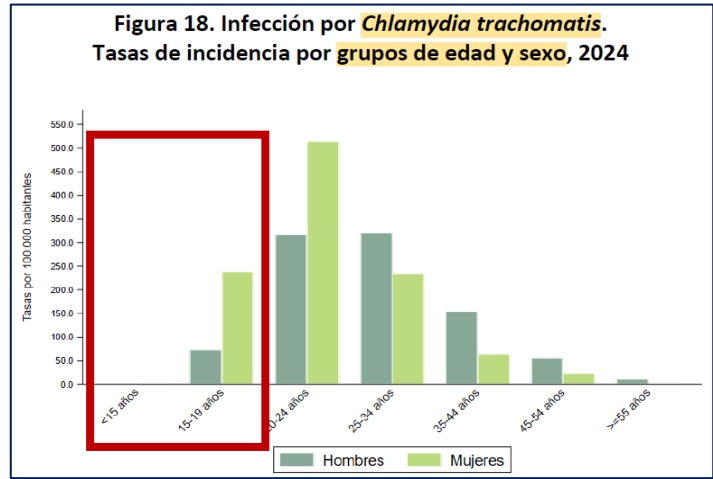
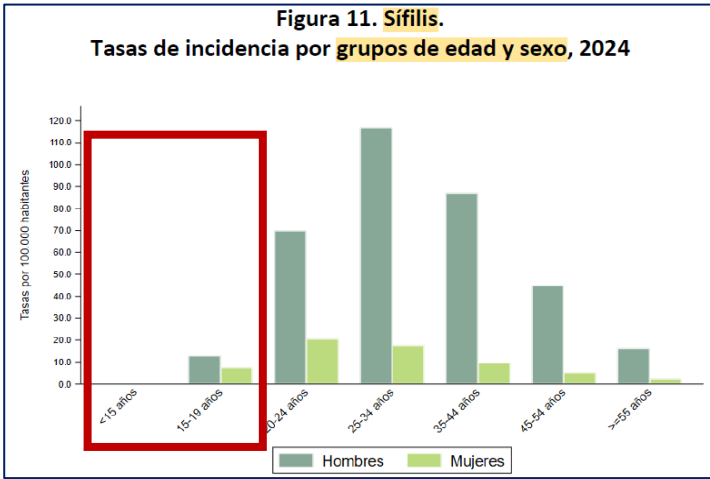
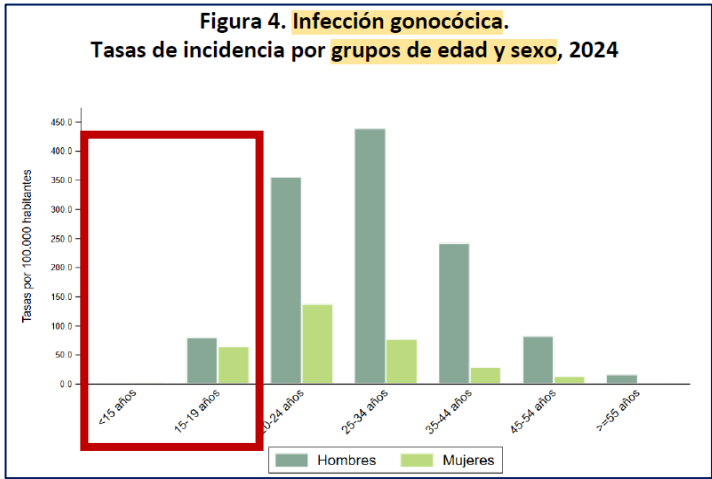
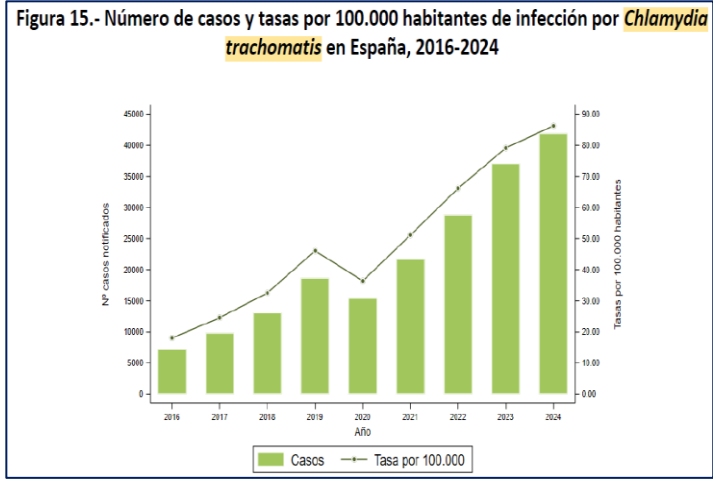
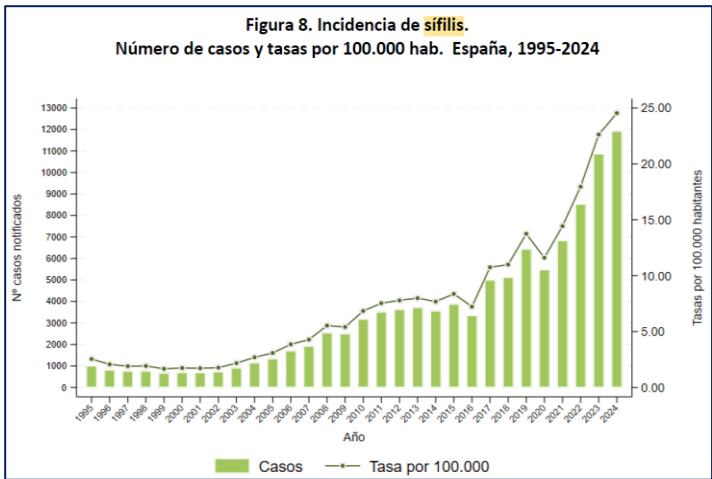
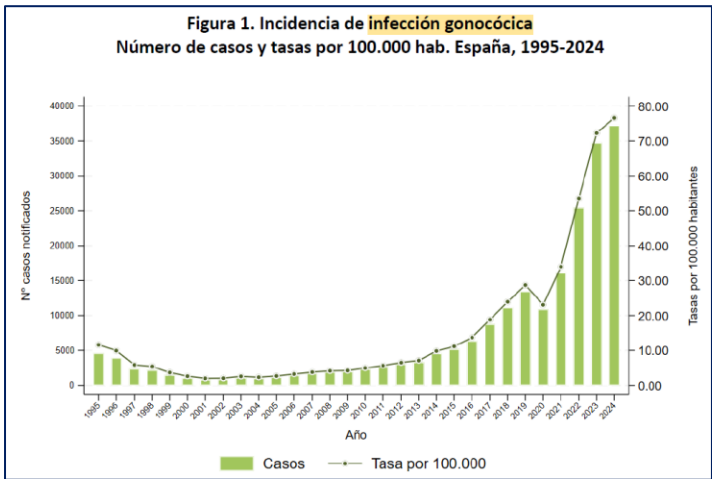
Unidad de vigilancia de VIH, ITS, hepatitis B y C. Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual en España, 2024. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología – Instituto de Salud Carlos III / División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis– Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud; 2025



Sífilis congénita

0,75 en 2020 vs 2,71 en 2024

(por 10⁵ nacidos vivos)



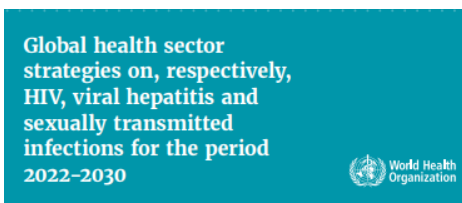
Aumento de infecciones de transmisión sexual en adolescentes: un desafío urgente

Increase in sexually transmitted infections in adolescents: an urgent challenge

Anales de Pediatría 102 (2025) 503828

María Luisa Navarro Gómez^{a,b,*} e Inés Ojeda Velázquez^b

- Las ITS son un creciente problema de salud pública
 - ✓ Inicio temprano actividad sexual, ↑ nº parejas sexuales, ↓ uso métodos barrera, consumo sustancias,...
- **Adolescentes**
 - ✓ Insuficiente información y educación sexual integral
 - ✓ Acceso a redes sociales a edades tempranas (consumo pornografía, distorsión de la visión de sexualidad)
 - ✓ Escasos conocimientos sobre prevención
- **Acciones y medidas preventivas**
 - ✓ Abstinencia, métodos barrera
 - ✓ Profilaxis preexposición - PrEP VIH (≥ 16 años), profilaxis con doxiciclina para sífilis y gonococo – DoxiPEP
 - ✓ **Vacunas:** VPH, meningococo B (4MenB)



Prevention strategies for sexually transmitted infections, HIV, and viral hepatitis in Europe

The Lancet Regional Health - Europe
2023;34: 100738

Deniz Gökengin,^{a,b,*} Teymur Noori,^{c,m} Andrea Alemany,^d Carlo Bienkowski,^e Geoffroy Liegon,^f Ahmet Çağkan İnkaya,^g Jorge Carrillo,^{h,i,j} Georg Stary,^k Katja Knapp,^k Oriol Mitja,^d and Jean-Michel Molina^l

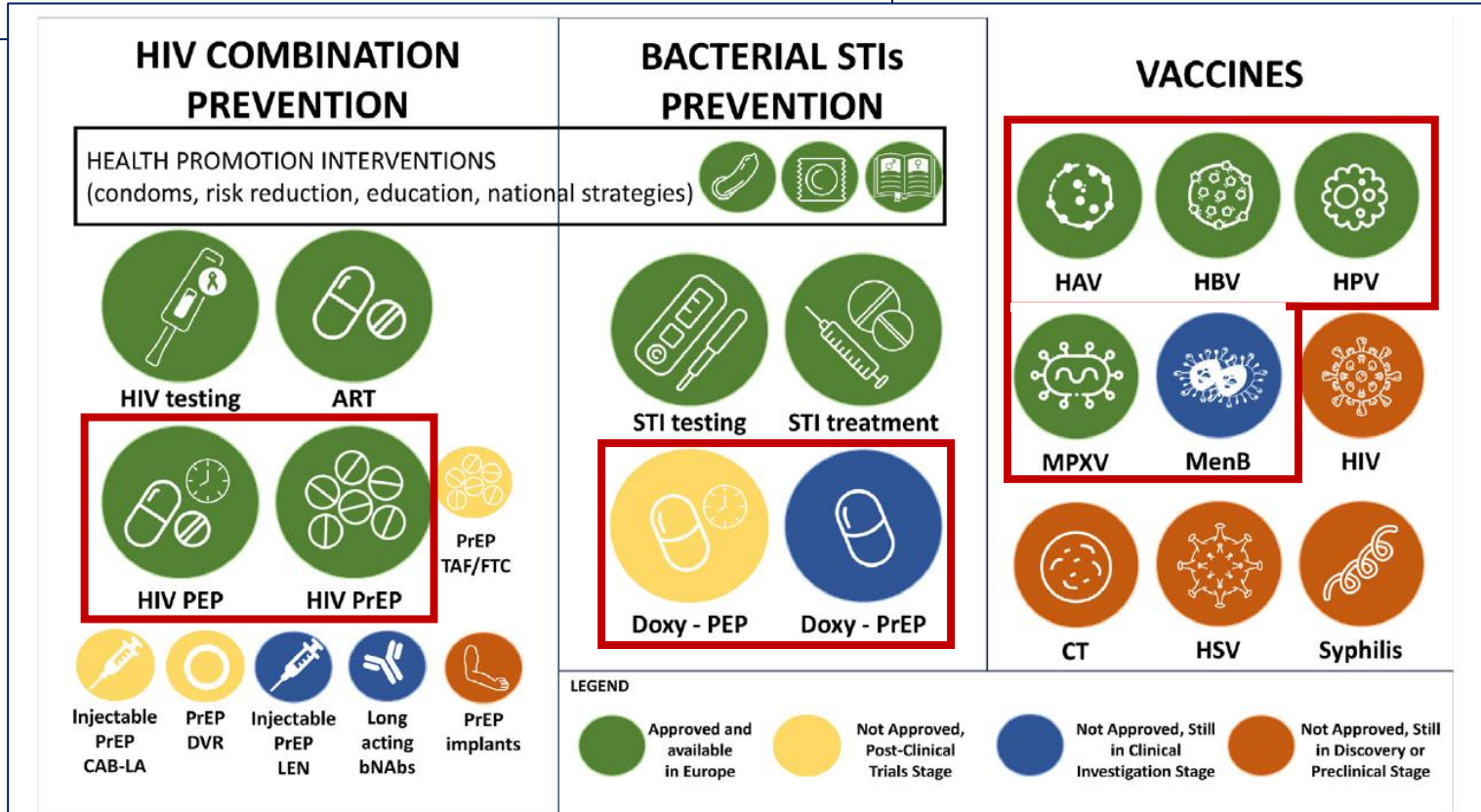


Fig. 2: Prevention strategies for STIs: HIV combination prevention, prevention for bacterial STIs and vaccines. ART: antiretroviral treatment; bNABs: broadly neutralizing antibodies; CAB-LA: long-acting cabotegravir; CT: *Chlamydia trachomatis*; Doxy: doxycycline; DVR: dapivirine vaginal ring; HAV: hepatitis A virus; HBV: hepatitis B virus; HIV: human immunodeficiency virus; HPV: human papillomavirus; LEN: lenacapavir; MenB: serogroup B meningococcal vaccine; MPXV: monkeypox virus; PEP: post-exposure prophylaxis; PrEP: pre-exposure prophylaxis; STI: sexually transmitted infection; HSV: herpes simplex virus.





Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

CALENDARIO COMÚN DE VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN A LO LARGO DE TODA LA VIDA Calendario recomendado año 2026

EDAD*

VACUNACIÓN /
INMUNIZACIÓN

	Pre-natal	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	11 meses	12 meses	15 meses	3-4 años	5 años	6 años	12 años	14 años	15-18 años	19-64 años	≥65 años
Poliomielitis ⁽¹⁾			VPI	VPI		VPI					VPI ⁽¹⁾					
Difteria, tétanos, tosferina ⁽²⁾	dTpa		DTPa	DTPa		DTPa					DTPa		Td		Td	Td
<i>Haemophilus influenzae b</i>			Hib	Hib		Hib										
Hepatitis B ⁽³⁾		HB	HB	HB		HB				HB						
Enfermedad neumocócica ⁽⁴⁾			VNC	VNC		VNC										VNC
Rotavirus ⁽⁵⁾				RV												
Enfermedad meningocócica ⁽⁶⁾			MenB MenC	MenB MenC			MenB MenC					MenACWY	MenACWY			
Sarampión, rubeola, parotiditis ⁽⁷⁾							TV		TV				TV ⁽⁸⁾			
Varicela ⁽⁹⁾								VVZ	VVZ				VVZ ⁽⁹⁾			
Virus del Papiloma Humano ⁽¹⁰⁾												VPH	VPH			
Herpes zóster ⁽¹⁰⁾																HZ
Gripe ⁽¹¹⁾	Gripe															Gripe ** estacional
COVID-19 ⁽¹²⁾	COVID-19															COVID-19 **
Virus Respiratorio Sincitial ⁽¹³⁾					VRS											

* La edad puede variar ligeramente en los programas que se implementan en centros escolares

** La edad figurará en el documento de recomendaciones de cada temporada

Calendario aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS el 12 de diciembre de 2025



Administración sistemática



Administración en personas susceptibles
o no vacunadas con anterioridad



2026
www.vacunasept.org



Figura 3. Tasas de incidencia por 100.000 habitantes de hepatitis B por sexo, 2008-2023

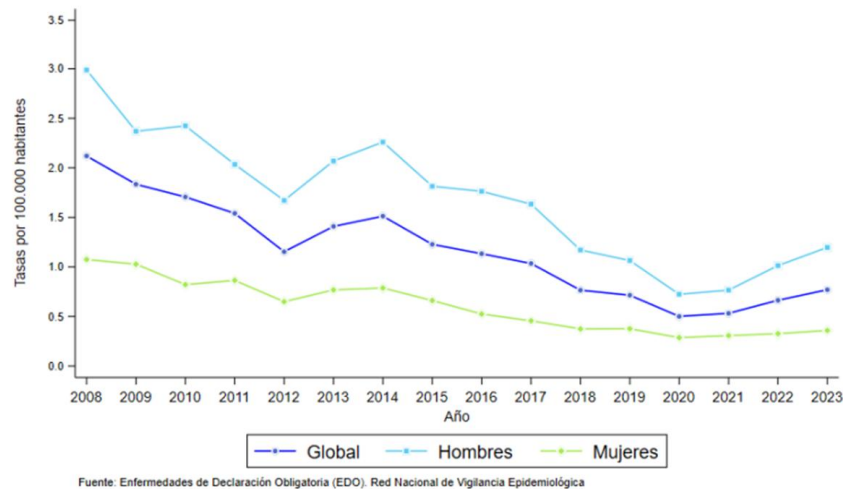
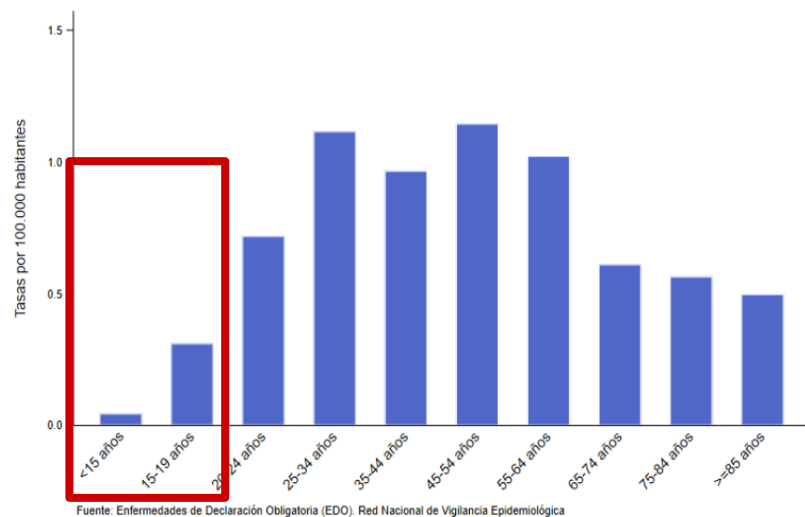


Figura 4. Tasas de incidencia por 100.000 habitantes de hepatitis B por grupos de edad, 2023



Hepatitis B

Vacunación

- **1996:** adolescentes 11-14 años
- **2002:** RN y lactantes

Factores de riesgo (n= 54 casos)

- **Contacto sexual** (n= 35; 64,8%)
- **Nosocomial** (n= 7; 13,0%)
- **UDVP** (n= 4; 7,4%)

Año 2023 – 369 casos (0,77/10⁵)

Casos notificados en menores de 15 años (n= 2: niños de 7 y 8 años)

- **Mauritania / España no vacunado** (*padre con hepatitis B crónica*)

Casos notificados en mayores de 15 años (n=367)

- **39 casos (10,6%) importados:** África (n=18), Europa (n= 8), Asia (n= 4), Latinoamérica (n= 3) [*En 6 casos se desconoce país de procedencia*]
- En 53 casos no se dispone de información sobre si caso importado o no

Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de la hepatitis B en España, 2023.
Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Madrid; 2025.



CALENDARIO COMÚN DE VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN A LO LARGO DE TODA LA VIDA
Calendario recomendado año 2026

Hepatitis B (HB)

Vacunación en la infancia:

Se vacunará a los 2, 4 y 11 meses siempre que se asegure una alta cobertura de cribado prenatal de la embarazada.

Se vacunará con pauta 0, 2, 4 y 11 meses a los hijos/as de madres con AgHBs positivo y de aquellas no vacunadas en las que no se realizó cribado. Se administrará la primera dosis en las primeras 24 horas de vida junto con la administración de inmunoglobulina anti-HB.

Vacunación en adolescentes y jóvenes:

En personas no vacunadas con anterioridad, hasta los 18 años de edad, se administrarán 3 dosis con pauta 0, 1 y 6 meses.

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

VACUNACIÓN / INMUNIZACIÓN ESPECÍFICA EN MENORES Y ADOLESCENTES (<18 AÑOS) CON CONDICIONES DE RIESGO

Calendario recomendado año 2026

Población con condiciones de riesgo:

- Infección por VIH: En caso de no responder a primera pauta de vacunación, se administrará vacuna tipo adulto (pauta 0, 1, 6 meses).
- Enfermedad renal crónica avanzada y hemodiálisis: Se utilizará vacuna de alta carga antigénica (20µg/0,5ml) o específica para diálisis y prediálisis (si ≥ 15 años) en personas no vacunadas con anterioridad. Revisión serológica y revacunación cuando sea necesario.
- Enfermedad hepática crónica.
- Trasplante (de órgano sólido o hematopoyético) o en espera de TOS.

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

VACUNACIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS ADULTAS (≥ 18 AÑOS) CON CONDICIONES DE RIESGO*

Calendario recomendado año 2026

Población con condiciones de riesgo:

- Personas con trasplante (de órgano sólido o hematopoyético) o en espera de TOS.
- Infección por VIH.
- Enfermedad renal crónica avanzada y hemodiálisis: Personas en diálisis y prediálisis: vacuna adyuvada (AS04) con 20 µg de AgHBs, pauta 0, 1, 2, 6 meses, o vacuna de 40µg de AgHBs, pauta 0, 1, 6 meses.
- Enfermedad hepática crónica y alcoholismo crónico.
- Personal sanitario.
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- Síndrome de Down.
- Convivientes con personas con condiciones de riesgo.
- Personas usuarias de drogas inyectables.
- Personas en situación de prostitución.
- Personas recientemente diagnosticadas de infección de transmisión sexual.



Vacunación frente a Hepatitis B

Tipo de vacuna	Nombre comercial	Edad admon
Antígeno de superficie de VHB recombinante	HBVAXPRO 5 µgr	0 - 15 años
	HBVAXPRO 10 µgr	≥ 16 años
	HBVAXPRO 40 µgr	Adultos en prediálisis y diálisis
	Engerix B Jr 10 µgr	0 - 15 años
	Engerix B 20 µgr	≥ 16 años
Antígeno de superficie de VHB recombinante con adyuvante AS04C	Fendrix	≥15 años con insuficiencia renal
Tipo de vacuna	Nombre comercial	Edad admon
VHB (AgHBs recombinante) + VHA (virus inactivados)	Twinrix pediátrico	1-15 años
	Twinrix adultos	≥ 16 años

Pauta de vacunación

- **Estándar:** 3 dosis (0 - 1 - 6 meses)
- **Rápidas:** 4 dosis
 - ❖ 0 - 1 - 2 - 12 meses
 - ❖ 0 - 7 - 21 días, 12 meses (Engerix B® 20 µg/ ≥ 18 a)
- **Corta:** 2 dosis
 - ❖ 0 – 6 meses (Engerix B® 20 µg/ 1- 15 a; ↓ riesgo)
- **Insuficiencia renal / Inmunocomprometidos**
 - ❖ **HBVaxpro 40 µgr: 3 dosis** (0-1-6 meses)
 - ❖ **Fendrix: 4 dosis** (0-1-2-6 meses)

CALENDARIO ACELERADO DE VACUNACIONES

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones
Julio 2023 *(Actualizado en enero 2025)*



CALENDARIOS ACELERADOS O DE RESCATE
Comité Asesor de Vacunas e inmunizaciones - Asociación Española de Pediatría - 2026

1 de enero de 2026

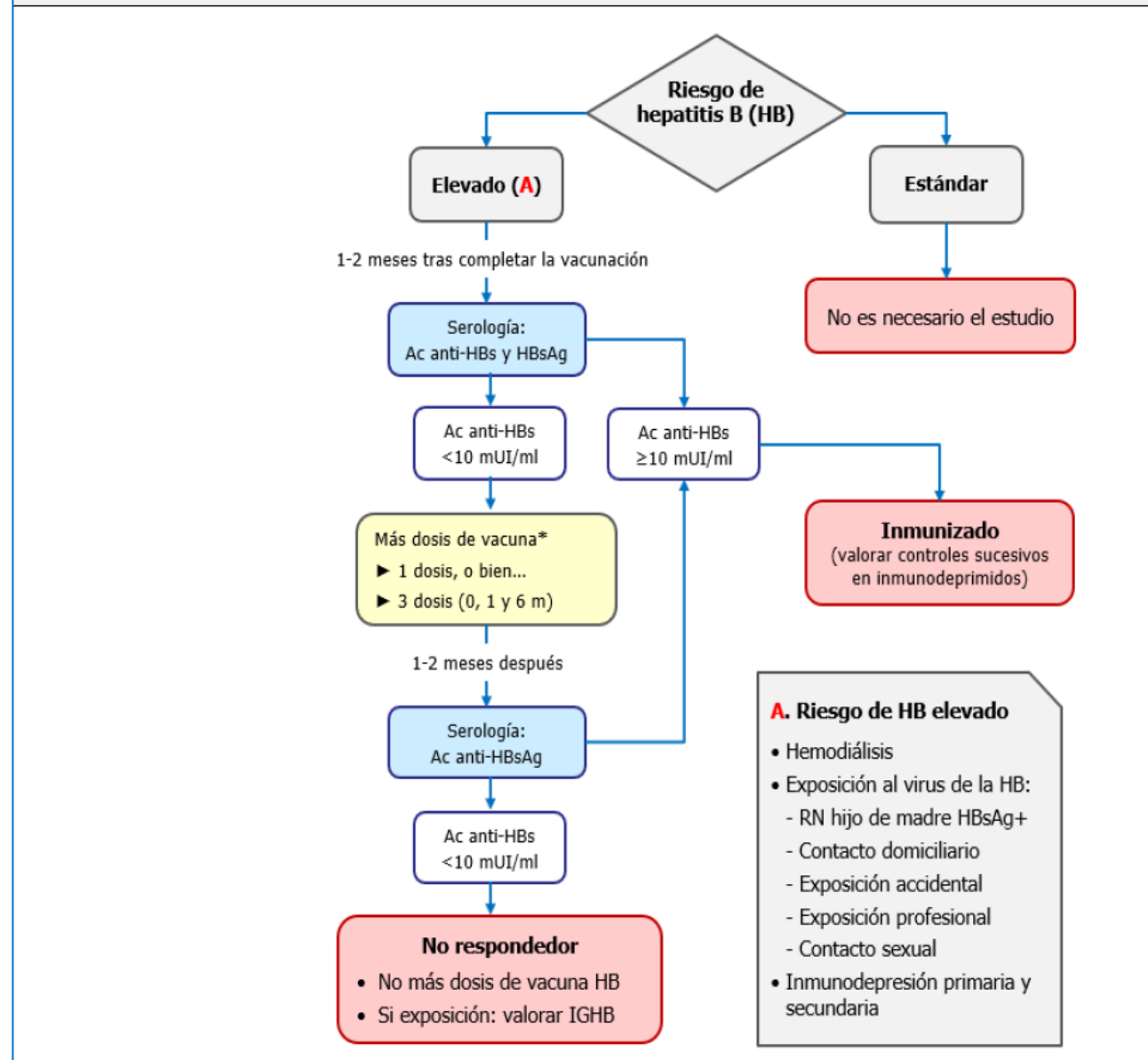


Vacunación frente a Hepatitis B

* La serología postvacunal (AntiHBs) debe realizarse 1- 2 meses después de completar la pauta vacunal

CAV-AEP. Calendario de Vacunaciones e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría. Razones y bases de las recomendaciones 2026. [Internet]. Madrid: AEP; 2026 [Consultado el 10/03/2026]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/profesionales/calendario-de-vacunaciones-e-inmunizaciones-aep-2026>

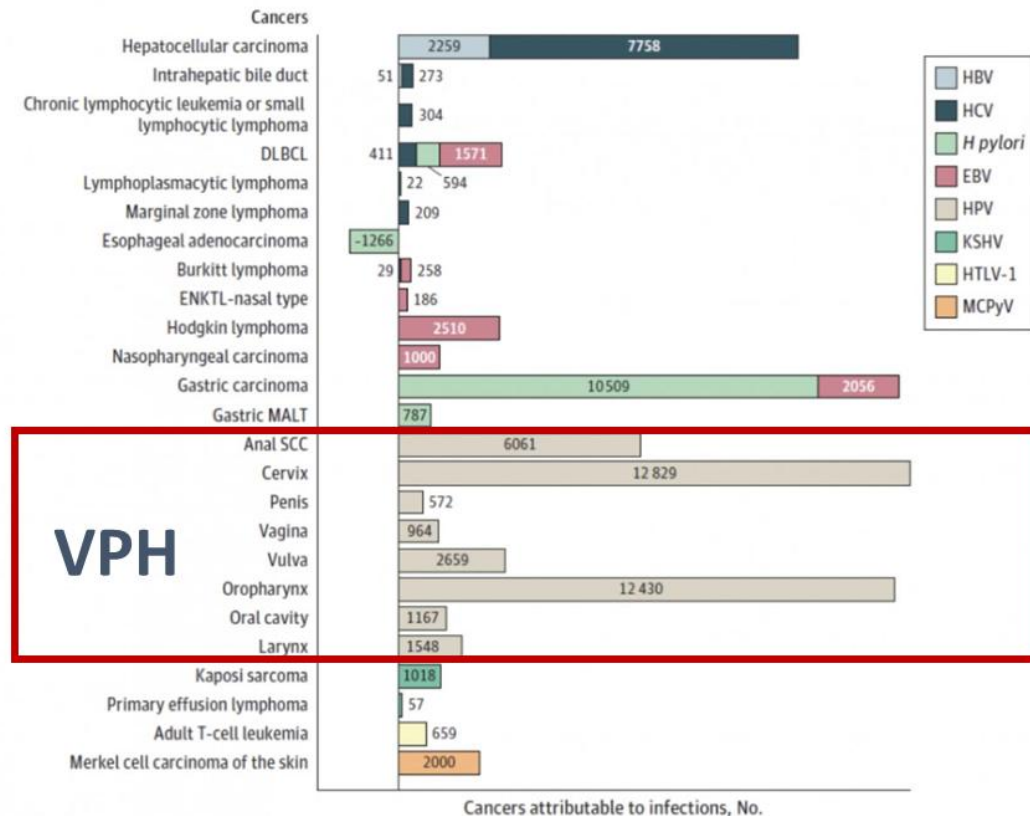
Figura 4. Algoritmo de decisión sobre controles posvacunación de hepatitis B



Papilomavirus

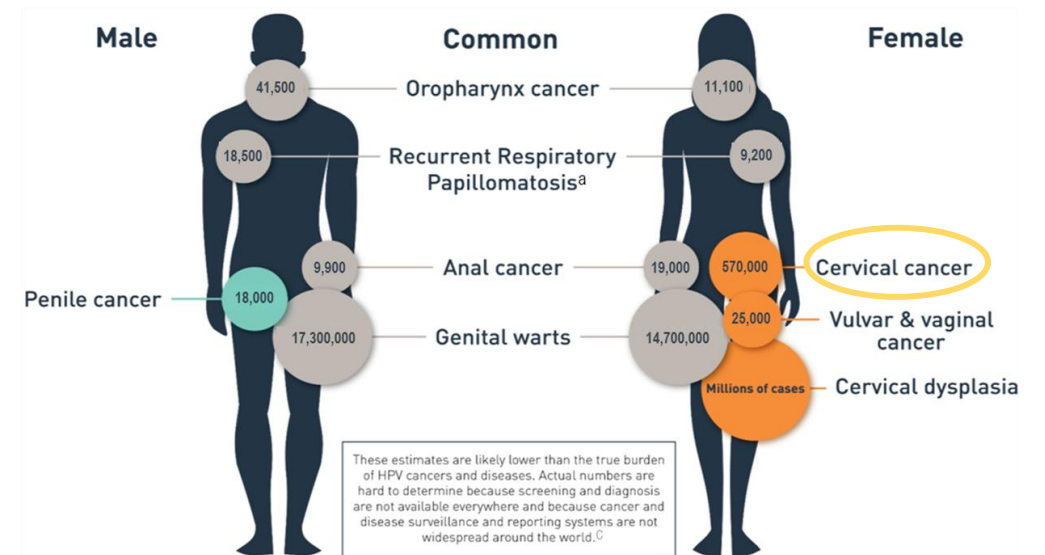
Carga de enfermedad asociada a VPH

Figure 1. Infection-Attributable Cancers Among Adults in the US in 2017, by Cancer



670.000

Casos cáncer
VPH dependiente a nivel global



Volesky-Avellaneda KD et. al. JAMA Oncol 2023. De Martel C, et al. Lancet Glob Health 2020.



Virus del Papiloma Humano (VPH)

Vacunación a los 12 años:

Se administrará 1 dosis a niños y niñas.

Vacunación después de los 12 y hasta los 18 años:

Captación de las mujeres y hombres no vacunados hasta los 18 años (incluidos) con pauta de 1 dosis. Esta captación se podrá realizar progresivamente en hombres.

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

VACUNACIÓN / INMUNIZACIÓN ESPECÍFICA EN MENORES Y ADOLESCENTES (<18 AÑOS) CON CONDICIONES DE RIESGO

Calendario recomendado año 2026

Se administrarán 3 dosis (0, 1-2, ≥6 meses), tanto en hombres como en mujeres. Captación de no vacunados hasta los 18 años (incluidos) con pauta de 1 dosis.

Población con condiciones de riesgo:

- Trasplante de órgano sólido o de progenitores hematopoyéticos.
- Infección por VIH.
- Síndrome WHIM (IDP): vacuna que cubra tipos 6 y 11.
- Mujeres que hayan recibido con cualquier tratamiento de lesión intraepitelial de alto grado en cérvix (CIN2+).
- Adolescentes hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: solo 1 dosis.

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

VACUNACIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS ADULTAS (≥18 AÑOS) CON CONDICIONES DE RIESGO*

Calendario recomendado año 2026

La pauta es diferente según la condición de riesgo: pauta de 1 dosis, pauta de 2 dosis (0, ≥6 meses) o pauta de 3 dosis (0, 1-2, ≥6 meses).

Población con condiciones de riesgo:

Pauta de 1 dosis hasta los 25 años y 2 dosis a partir de los 26 años, en personas no vacunadas hasta los 45 años (incluidos), con las siguientes condiciones de riesgo:

- Personas en situación de prostitución.
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Pauta de 3 dosis, independientemente de la edad de comienzo de la vacunación, y en personas no vacunadas, hasta los 45 años (incluidos), en las siguientes condiciones de riesgo:

- Infección por VIH.
- Síndrome WHIM (IDP): vacuna que cubra tipos 6 y 11.
- Trasplante de órgano sólido o de progenitores hematopoyéticos.

Pauta de 3 dosis, independientemente de la edad en:

- Mujeres que hayan recibido cualquier tratamiento de lesión intraepitelial de alto grado en cérvix (CIN2+). La vacunación se realizará preferentemente antes del tratamiento de la lesión o, si no es posible, cuanto antes después de finalizar el tratamiento.

Vacunación frente a VPH

Actualización de las recomendaciones de vacunación frente a VPH.
Revisión de la estrategia de una dosis.

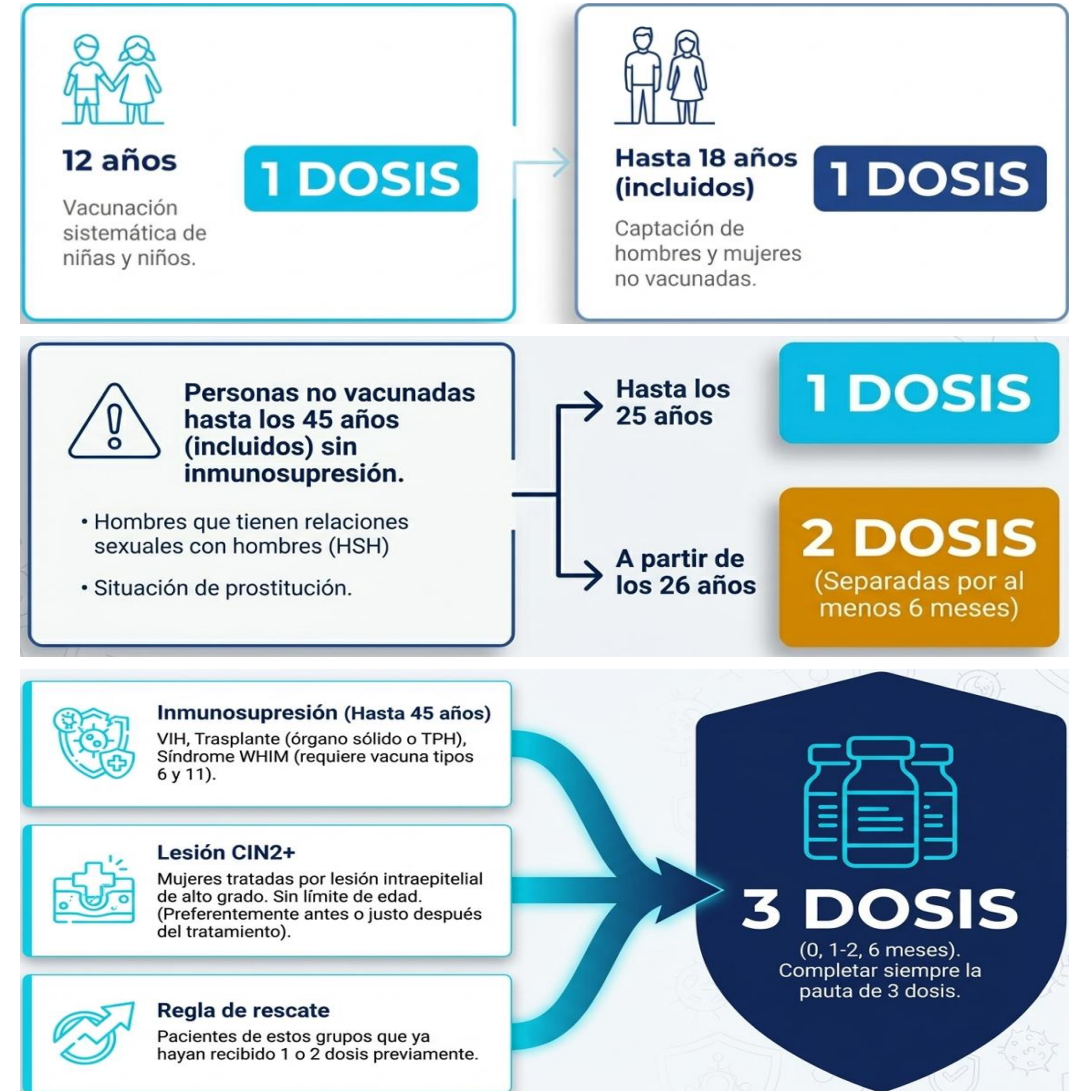
Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones 2024

Julio 2024



Tipo de vacuna	Nombre comercial	Edad admon
Inactivada - VLP con adyuvante AS04 16, 18	Cervarix	≥ 9 años
Inactivada – VLP 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58	Gardasil 9	≥ 9 años

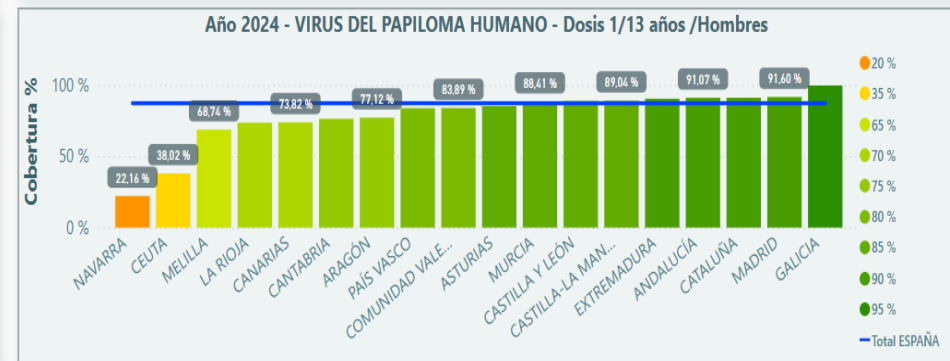
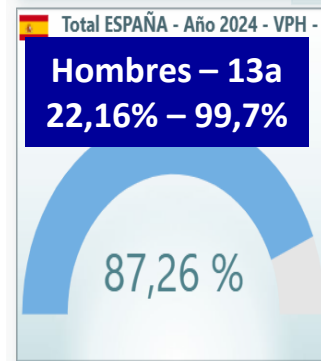
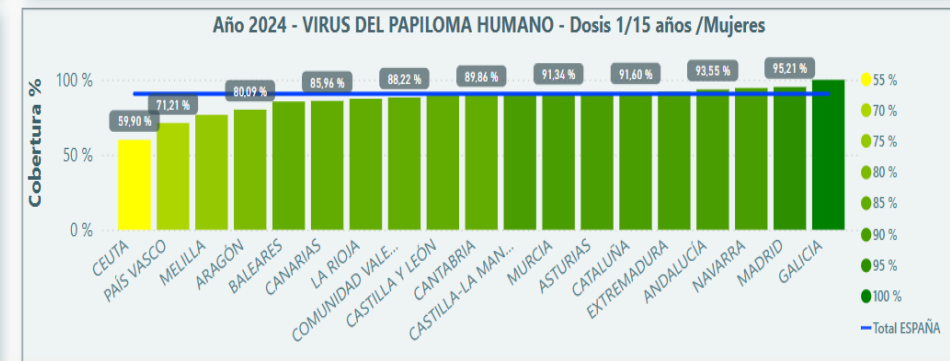
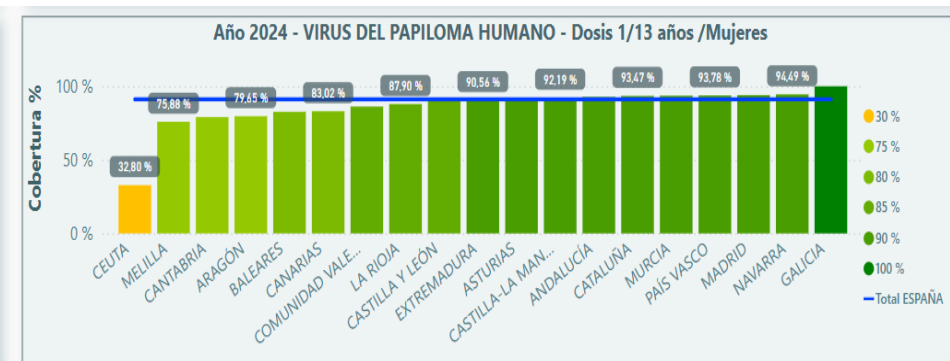
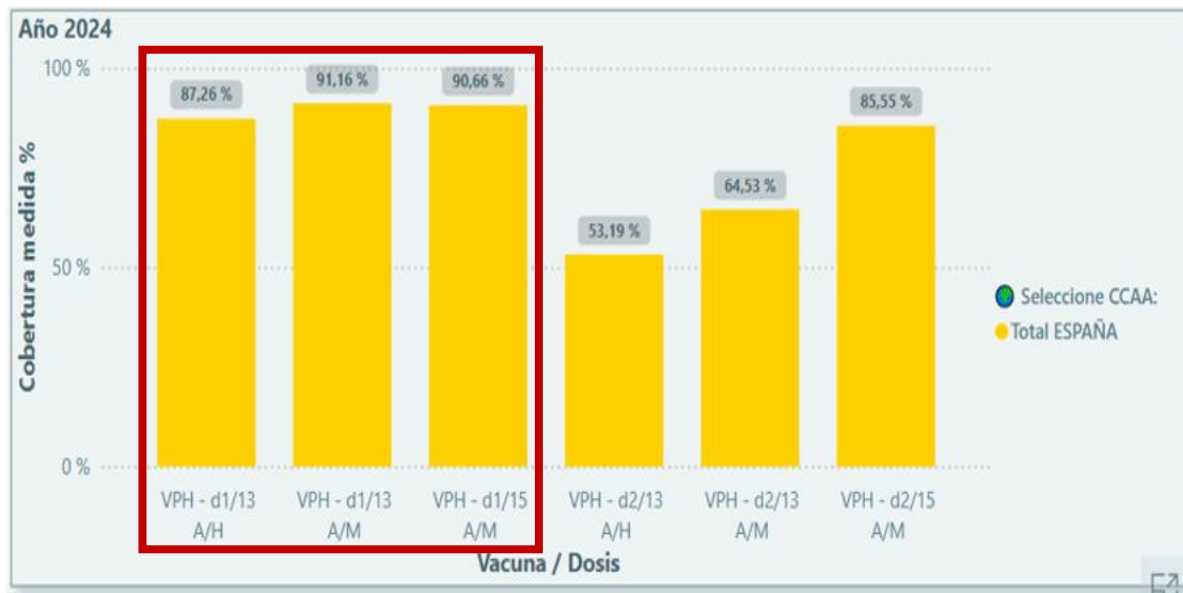
Grupo de trabajo de Recomendaciones de Vacunación frente a VPH de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Actualización de las recomendaciones de vacunación frente a VPH. Revisión de la estrategia de una dosis. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, julio 2024



Vacunación frente a VPH

Vacunación

- **2008:** chicas, 14 años – 2015: chicas, 12 años
- **2023:** chicos, 12 años



Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Vacunaciones (SIVAMIN).
<https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/I/sivamin/sivamin>



Hepatitis A

Figura 1. Vigilancia de Hepatitis A. España, 2019-2024
Incidencias acumuladas

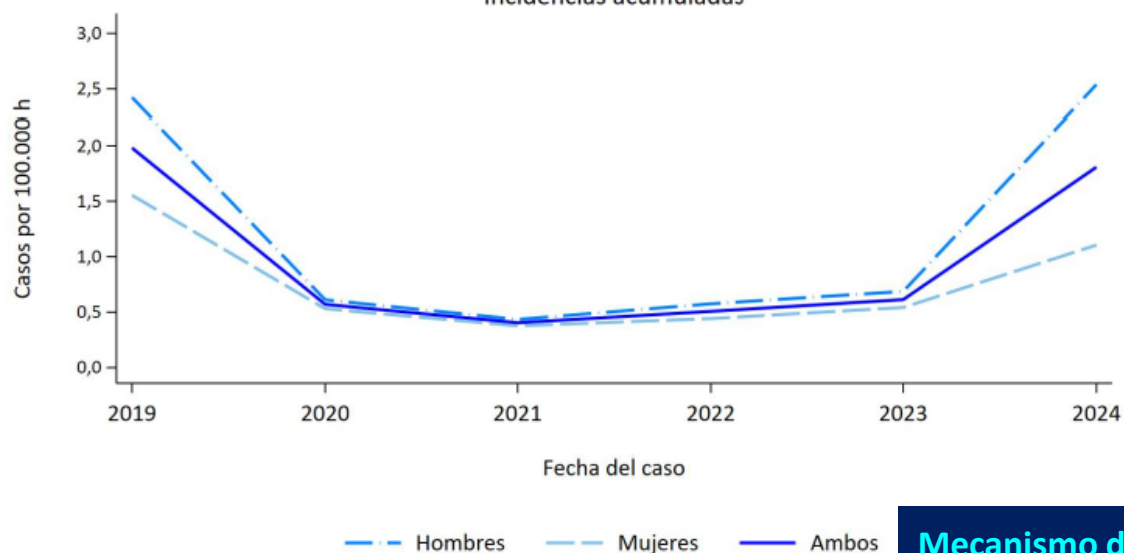
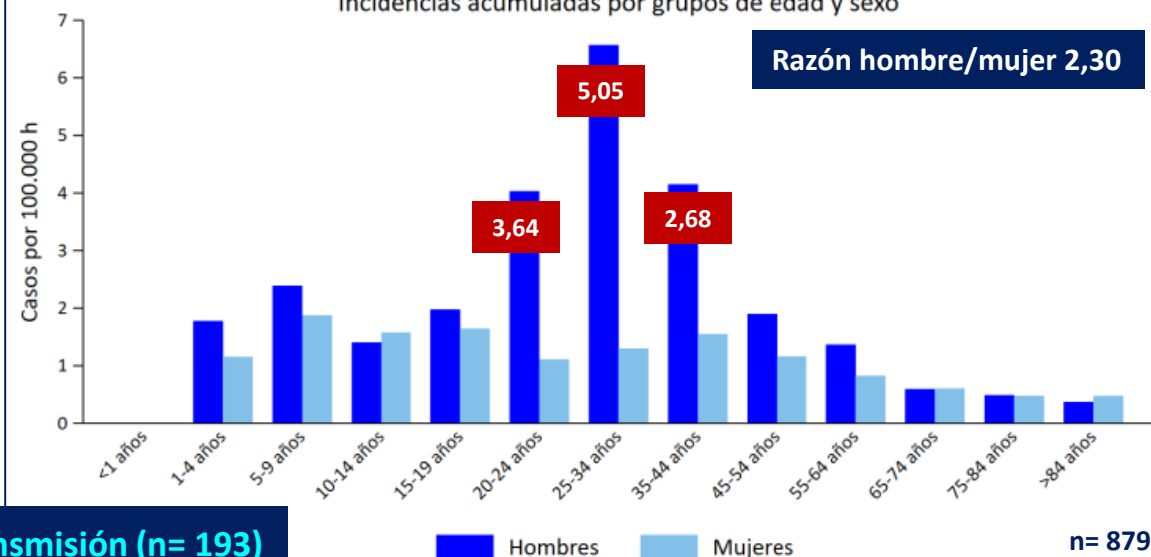


Figura 4. Vigilancia de Hepatitis A. Año 2024
Incidencias acumuladas por grupos de edad y sexo



Mecanismo de transmisión (n= 193)

- Contacto sexual: 92 (47,7%)
- Alimentos: 36
- Persona a persona no sexual: 31



MINISTERIO DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y EQUIDAD EN SALUD
CENTRO DE COORDINACIÓN DE ALERTAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS

EVALUACIÓN RÁPIDA DE RIESGO

Aumento de casos de Hepatitis A en España, 2024

20 de diciembre de 2024



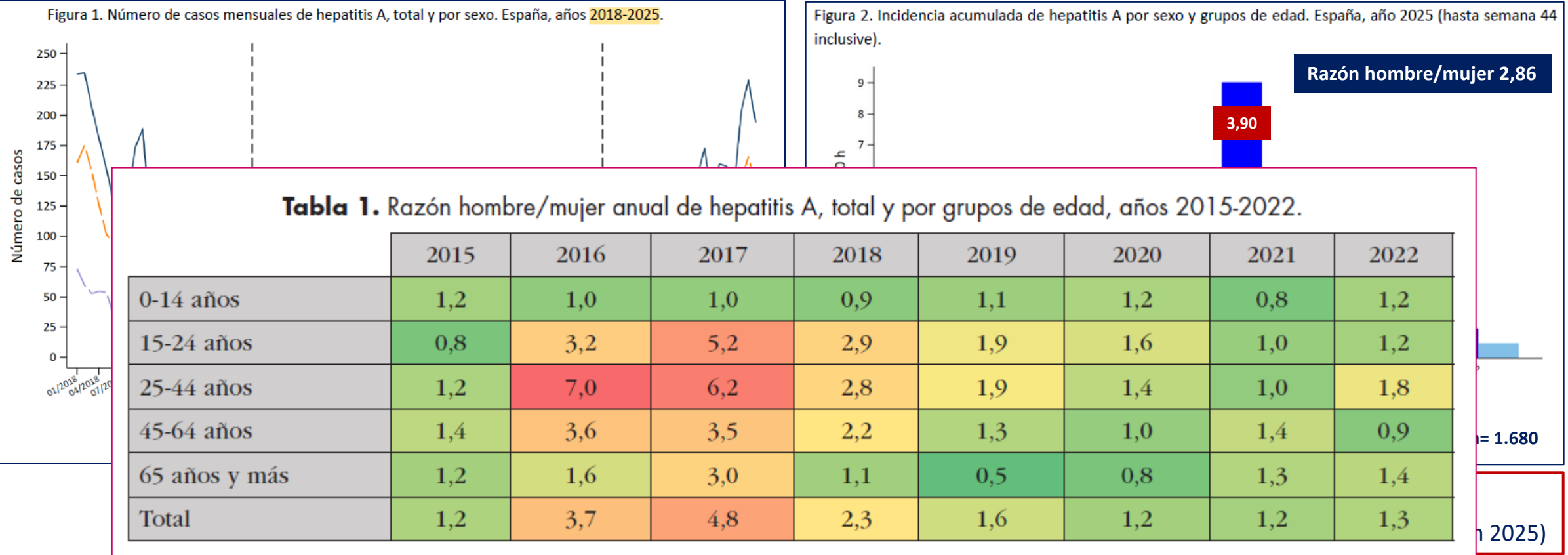
MINISTERIO DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y EQUIDAD EN SALUD
CENTRO DE COORDINACIÓN DE ALERTAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS

EVALUACIÓN DE RIESGO

Aumento de casos de Hepatitis A en España, 2024-2025

1ª actualización, 2 de febrero de 2026



de latex, evitar compartir objetos sexuales si no se cubren con un preservativo antes de cada uso, utilización de lubricantes a base de agua o silicona, etc.

Informe epidemiológico sobre la situación de la Hepatitis A en España. Año 2023. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.



CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

VACUNACIÓN / INMUNIZACIÓN ESPECÍFICA EN MENORES Y ADOLESCENTES (<18 AÑOS) CON CONDICIONES DE RIESGO

Calendario recomendado año 2026

Información general:

Se administrará 1 dosis y otra de recuerdo a partir de los 6 meses. No es necesario realizar marcadores pre vacunación ni post vacunación.

Población con condiciones de riesgo:

- Infección por VIH.
- Enfermedad hepática crónica.
- Trasplantados o en espera de trasplante hepático (serología posvacunal si TOS).

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

VACUNACIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS ADULTAS (≥18 AÑOS) CON CONDICIONES DE RIESGO*

Calendario recomendado año 2026

Información general:

Se administrará la vacuna con pauta de 2 dosis. Solo se realiza marcadores prevacunales en nacidos en 1967 y años anteriores.

Población con condiciones de riesgo:

- Infección por VIH.
- Enfermedad hepática crónica y alcoholismo crónico.
- Personas con trasplante o en espera de trasplante hepático.
- Personal de laboratorio expuesto a virus HA.
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- Personas que se inyectan drogas.
- Personas con prácticas sexuales de riesgo.
- Personas en situación de prostitución.



Calendario de Vacunaciones e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría

Vacunación sistemática y de rescate en población sin condiciones de riesgo **2026**

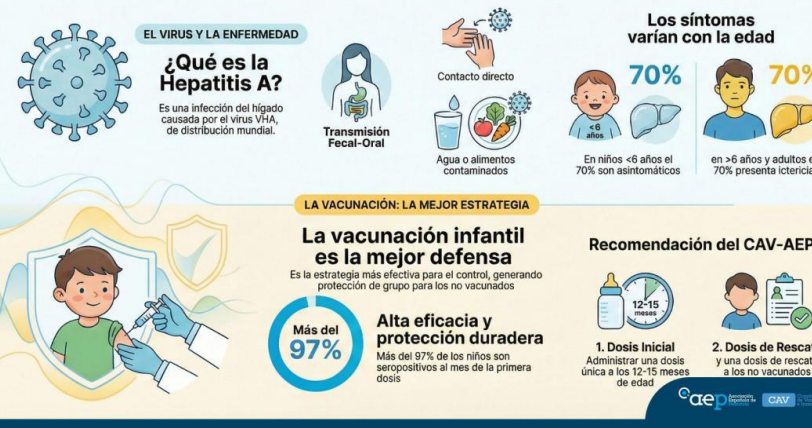
www.vacunasep.org

- Incorporación de la vacunación sistemática frente a hepatitis A con pauta de dosis única a los 12-15 meses

Resumen

La vacunación sistemática frente a la hepatitis A con una única dosis entre los 12 y 15 meses de edad es una medida suficientemente eficaz para el control de brotes de la enfermedad, disminuyendo, así mismo, su transmisión comunitaria. Se recomienda también la vacunación de rescate con una dosis a niños y adolescentes no vacunados con anterioridad.

Hepatitis A: Claves para Proteger a Tu Familia



Vacunación frente a Hepatitis A

Tipo de vacuna	Nombre comercial	Edad admon
Virus inactivados	Avaxim	≥ 16 años
	Havrix 720	1-18 años
	Havrix 1440	≥ 19 años
	Vaqta 25	1-17 años
	Vaqta 50	≥ 18 años

Pauta de vacunación – 2 dosis

- Avaxim: 0 , 6 - 12 meses
- Havrix: 0 , 6 - 12 meses
- Vaqta: 0 , 6 - 18 meses

Tipo de vacuna	Nombre comercial	Edad admon
VHB (AgHBs recombinante) + VHA (virus inactivados)	Twinrix pediátrico	1-15 años
	Twinrix adultos	≥ 16 años





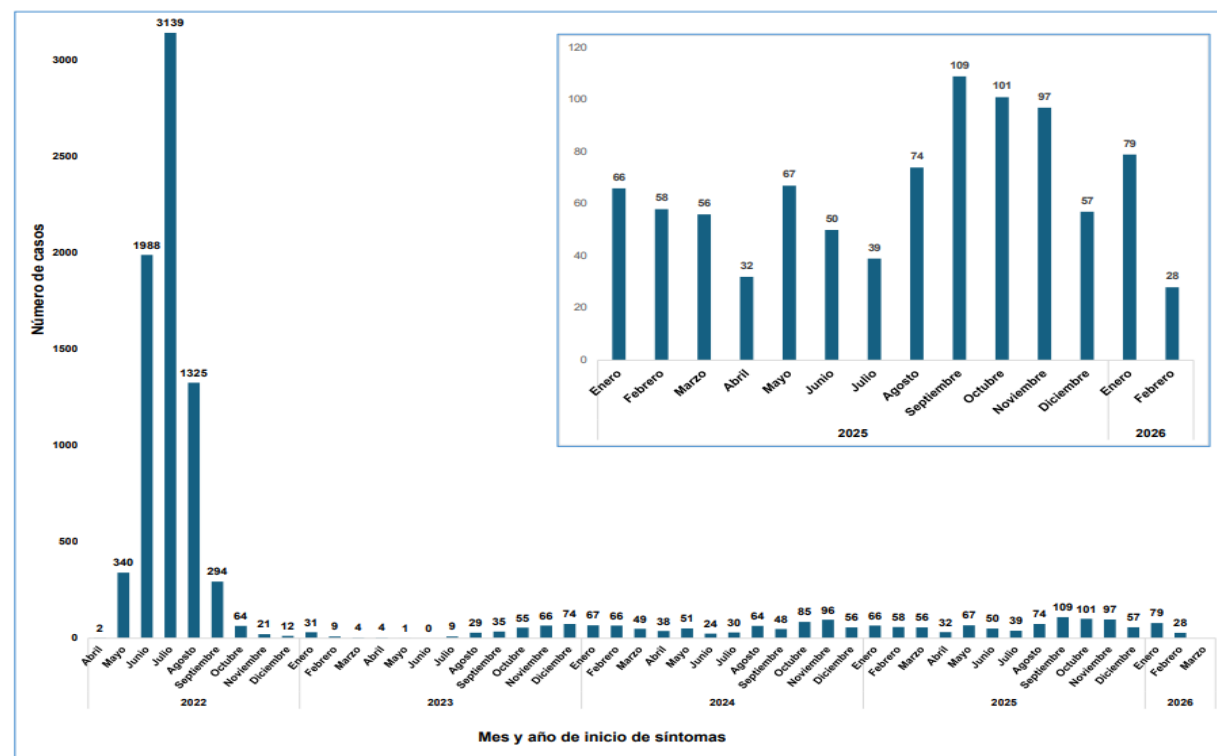
SECRETARIA GENERAL DE
SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE
SALUD PÚBLICA Y EQUIDAD
EN SALUD

Centro de Coordinación de Alertas y
Emergencias Sanitarias

WHO Director-General declares monkeypox outbreak a
public health emergency of international concern

23 julio 2022

Figura 1. Curva epidémica de casos confirmados
según mes y año de inicio de síntomas, 2022-2025



MPox

Abril 2022 – 3 marzo 2026

- 9.482 casos
- ✓ 7.522 en 2022 vs 831 en 2025
 - ❖ 325 en 2023 / 695 en 2024
 - ❖ 109 en En - Feb 2026
- Hombres: 97,0%
- Edad 30-49 años: 63,7% (rango 1 -80 años)

Tabla 3. Características demográficas de los casos de mpox declarados en SiViES, 2022-2025

Características demográficas	Nº de casos (%)				Total periodo
	2022	2023	2024	2025	
Sexo					
Hombre	7.356 (97,8)	322 (99,1)	680 (97,8)	785 (96,4)	9.143 (97,7)
Mujer	165 (2,2)	3 (0,9)	15 (2,2)	29 (3,6)	211 (2,3)
Grupos de edad					
Menor de 20	64 (0,9)	4 (1,2)	8 (1,2)	7 (0,9)	83 (0,9)
20-29	1.441 (19,2)	83 (25,5)	143 (25,5)	201 (25,4)	1.868 (20,0)
30-39	2.873 (38,2)	132 (40,6)	275 (39,6)	337 (42,6)	3.617 (38,6)
40-49	2.163 (28,8)	77 (23,7)	181 (26,1)	177 (22,4)	2.598 (27,8)
50-59	805 (10,7)	24 (7,4)	67 (9,6)	75 (9,5)	971 (10,4)
60 y más	175 (2,3)	5 (1,5)	21 (3,0)	15 (1,9)	216 (2,3)
No consta	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0,3)	2 (0,02)





SECRETARÍA DE ESTADO DE
SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
PÚBLICA Y EQUIDAD EN SALUD

Centro de Coordinación de
Alertas y Emergencias
Sanitarias

Declaración sobre la finalización de la Emergencia de Salud
Pública de importancia internacional por mpox

6 septiembre 2025

FIN ESPII
5 septiembre 2025



SECRETARÍA DE ESTADO DE
SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
PÚBLICA Y EQUIDAD EN SALUD

Centro de
Coordinación
de
Alertas y Emergencias
Sanitarias

INFORME DE SITUACIÓN

**Detección del primer caso de mpox clado Ib en
España**

25 de septiembre de 2025



SECRETARÍA DE ESTADO DE
SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
PÚBLICA Y EQUIDAD EN SALUD

Centro de
Coordinación de
Alertas y
Emergencias
Sanitarias

INFORME DE SITUACIÓN

**Detección del primer caso de mpox clado Ib en
España de transmisión autóctona**

16 de octubre de 2025

Recomendaciones

- Recomendar la vacunación preexposición de aquellas personas incluidas en los grupos de población a vacunar, especialmente en aquellas con mayor riesgo de exposición a mpox. La pauta recomendada de vacunación es de dos dosis, separadas al menos 28 días.
- Hacer recomendaciones individualizadas en los Centros de Vacunación Internacional, a viajeros a las zonas donde exista transmisión activa de esta enfermedad, según el tipo de viaje y las características del viajero. De acuerdo con lo establecido por la OMS, no se recomiendan cribados de viajeros en los puntos de entrada, ni restricciones de viajes.

3 Marzo 2026

87 casos

https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/alertaMonkeypox/docs/20250906_finalizacion_ESPII_mpox.pdf



Vacuna frente a Mpox

Recomendaciones de vacunación en el brote actual de viruela del mono



Aprobado por la Comisión de Salud Pública en la reunión mantenida el 9 de junio de 2022

Nota a la Actualización de las recomendaciones de vacunación en el brote de viruela del mono (mpox).

Julio 2023

Aprobado por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones en la reunión mantenida el 5 de julio de 2023



Recomendaciones de vacunación frente a mpox
Comisión de Salud Pública

Actualización de las recomendaciones de vacunación frente a mpox
6 de septiembre de 2024

Aprobado por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones en la reunión mantenida el 28 de agosto de 2024



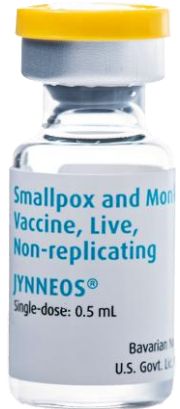
3ª generación atenuada no replicativa
(Imvanex®, Jynneos®).
Para **≥ 12 años**.



Subcutánea (0,5 ml) o Intradérmica (0,1 ml).



Duración de la protección ≈ 2 años.
No hay recomendación de dosis adicionales.



Reactogenicidad

Reacciones Locales: Dolor, enrojecimiento, hinchazón, prurito en punto de inyección.



Reacciones Sistémicas (menor frecuencia): Dolor muscular, cefalea, fatiga, náuseas, escalofríos.



Compatible simultáneamente con cualquier vacuna inactivada o atenuada.

Pauta de vacunación

■ Profilaxis preexposición: 2 dosis (0-28 días)

Alto Riesgo Sexual

Principalmente GBHSH. Múltiples parejas, sexo en grupo, o parejas que a su vez tienen múltiples parejas.

Exposición Laboral

Sin EPI garantizado. Trabajadores de laboratorio (MPXV), sanitarios ITS/VIH, y personal de desinfección en locales de sexo de riesgo.

Zonas Afectadas

Personas con características específicas que viajan a zonas afectadas por el Clado I (consultar actualización web).

■ Profilaxis postexposición: 1 dosis

Contactos estrechos que no hayan pasado la enfermedad



Día 0:
Contacto estrecho



Ventana Óptima.
Vacunación altamente recomendada en los primeros 4 días tras el primer contacto.



Ventana Extendida.
Se podrá ofrecer hasta los 14 días.



Grupos de evaluación individualizada (Riesgo/Beneficio y Consentimiento Informado):

- Inmunodepresión (ej. VIH con <200 cel/mm³).
- Embarazadas (cualquier trimestre).
- Población infantil (<18 años).

Efectividad

82%

Profilaxis postexposición (2 dosis).

76%

Profilaxis preexposición (1 dosis).

20%

Profilaxis postexposición.

NO se recomienda la vacunación en:

- Personas que han pasado Mpox (valoración individual si inmunosupresión)
- Personas con pauta completa (¿inmunosupresión grave?)
- Personas con VIH no incluidas en recs PrEP (excepto como PEP)



Gonorrrea

N. meningitidis *N. gonorrhoeae*



- ❑ *N. gonorrhoeae* está estrechamente relacionada con *N. meningitidis*, con una homología de secuencia del 80-90% y factores de virulencia similares



Posibilidad de protección cruzada contra *N. gonorrhoeae* a partir de antígenos 4CMenB, incluyendo proteínas inespecíficas que forman parte del componente OMV de la vacuna.

The serogroup B meningococcal outer membrane vesicle-based vaccine 4CMenB induces cross-species protection against *Neisseria gonorrhoeae*

PLoS Pathog. 2020 Dec 8;16(12):e1008602.

Isabelle Leduc¹, Kristie L. Connolly¹, Afrin Begum¹, Knashka Underwood¹, Stephen Darnell¹, William M. Shafer^{2,3}, Jacqueline T. Balthazar², Andrew N. Macintyre⁴, Gregory D. Sempowski⁴, Joseph A. Duncan^{5,6}, Marguerite B. Little⁵, Nazia Rahman⁷, Eric C. Garges⁸, Ann E. Jerse^{1*}

■ *Neisseria* (Neisseria) neparin-binding antigen) - Ag

■ Proteína de vesícula de membrana externa (OMV)

The Serogroup B Meningococcal Vaccine Bexsero Elicits Antibodies to *Neisseria gonorrhoeae*

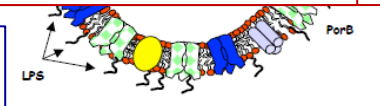
Evgeny A. Semchenko¹, Aimee Tan¹, Ray Borrow², and Kate L. Seib^{1,9}

Clin Infect Dis. 2019 Sep 13;69(7):1101-1111

Effectiveness of MenB-4C Vaccine Against Gonorrhea: A Systematic Review and Meta-analysis

Winston E. Abara^{1,9}, Robert D. Kirkcaldy², Kyle T. Bernstein², Eboni Galloway¹, and Emily R. Learner¹

J Infect Dis. 2025 Feb 4;231(1):61-70.



Gonorrhoea: the green book chapter. <https://www.gov.uk/government/publications/gonorrhoea-the-green-book-chapter>

Efectividad 2 dosis: 33-40%



Gonorrhea

Independent report

JCVI advice on the use of meningococcal B vaccination for the prevention of gonorrhoea

Published 10 November 2023

The programme should primarily target GBMSM who are at increased risk of becoming infected. These risk criteria may include but not be limited to:

- a recent history of gonorrhoea or other bacterial STI diagnosis, individuals should also be offered vaccination after a gonorrhoea diagnosis (whether symptomatic or asymptomatic)
- reporting high-risk sexual behaviours with multiple partners during sexual health screening and assessment

Any offer of vaccination should be based on individual risk assessment by a sexual health clinical professional.

While a disproportionate number of gonococcal infections are within GBMSM, this doesn't cover the entire population at risk. Efforts should be made to ensure that the vaccine is offered to those at similar risk, including but not limited to transgender women and gender-diverse people assigned male at birth. In addition, vaccination should be considered in any other people, irrespective of gender, who may be heterosexual or identify otherwise and who have equivalent markers of increased risk including but not limited to those with a recent history of bacterial STI diagnosis and sex workers.



Vacunación frente a meningitis B (4CmenB) para prevención de gonorrea

Personas entre los 18 y 65 años que cumplan alguno de los siguientes criterios:

- Personas con un diagnóstico reciente (12 meses previos) por alguno de los siguientes agentes etiológicos: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum*, *Mpox virus*, VIH
- Personas con antecedentes de dos o más ITS (excluyendo infección por VPH) en los últimos 5 años.
- Sospecha clínica de gonococia aunque no se haga un diagnóstico etiológico.
- Personas con conductas o comportamientos de riesgo en el último año:
 - ✓ Prácticas sexuales sin protección con parejas no habituales.
 - ✓ Uso de drogas relacionado con el mantenimiento de relaciones sexuales (*chemsex*).
 - ✓ Personas en situación de prostitución.
- Otras situaciones que implican prácticas de riesgo:
 - ✓ Personas que recibieron profilaxis frente al VIH, o frente a otra ITS, pre o post exposición más de una vez en el último año.



WHO global research priorities for sexually transmitted infections

Lancet Glob Health 2024;
12: e1544-51

Sami L Gottlieb, Erica Spielman, Laith Abu-Raddad, Adeniyi Kolade Aderoba, Laura H Bachmann, Karel Blondeel, Xiang-Sheng Chen, Tania Crucitti, Gabriela Garcia Camacho, Sheela Godbole, Rodolfo Gómez Ponce de Leon, Somesh Gupta, Joumana Hermez, Naoko Ishikawa, Jeffrey D Klausner, Firdavs Kurbonov, Ismael Maatouk, Ahmed Mandil, Maeve B Mello, Angelica Espinosa Miranda, Fausta Shakiwa Mosha, Joseph Chukwudi Okeibunor, Jason J Ong, Remco P H Peters, Freddy Pérez, Nicole Seguy, Kate L Seib, Mukta Sharma, Tim Sladden, Barbara Van Der Pol, Peter J White, Teodora Wi, Nathalie Broutet

Figure 2: Summary of the global STI research priorities by research domain

C trachomatis=*Chlamydia trachomatis* (chlamydia). LMICs=low-income and middle-income countries.
M genitalium=*Mycoplasma genitalium*. *N gonorrhoeae*=*Neisseria gonorrhoeae* (gonorrhoea). STI=sexually transmitted infection. *T pallidum*=*Treponema pallidum* (syphilis). *T vaginalis*=*Trichomonas vaginalis*.

STI research priorities in the diagnosis domain

- Develop low-cost, rapid STI point-of-care tests:
 - For *N gonorrhoeae* infection and for *C trachomatis* infection, or dual tests
 - To distinguish active syphilis from latent or past infection
 - For antimicrobial resistance in *N gonorrhoeae* and *M genitalium*
- Evaluate implementation of STI diagnostic tests (eg, acceptability, feasibility, effectiveness, and cost-effectiveness):
 - Screening for *T pallidum* infection
 - Screening for *N gonorrhoeae*, *C trachomatis*, and *T vaginalis* infections
 - Assessing STI symptoms with tests as opposed to syndromic management
 - Self-sampling or self-testing for STIs
- Develop multiplex platforms for diagnosing causes of STI syndromes
- Develop other low-cost, rapid STI point-of-care tests for:
 - Herpes simplex virus infection
 - T vaginalis* infection
 - M genitalium* infection
- Design improved tools for diagnosing pelvic inflammatory disease

STI research priorities in the prevention domain

- Design multipurpose prevention technologies to prevent STIs and pregnancy
- Develop STI vaccines for:
 - N gonorrhoeae* infection (including group B meningitis vaccines)
 - Herpes simplex virus infection
 - T pallidum* infection
 - C trachomatis* infection
- Develop communication strategies to increase STI awareness, prevention, and service engagement
- Evaluate screening and treatment for STIs to reduce adverse pregnancy outcomes
- Evaluate pre-exposure and post-exposure prophylactic strategies for STIs and their implementation

STI research priorities in the management domain

- Develop new therapeutics for *N gonorrhoeae* infection at multiple anatomic sites
- Identify oral alternatives to benzathine penicillin for treating syphilis during pregnancy
- Evaluate the implementation of STI partner management, especially in LMICs
- Develop improved STI therapeutic and management options for:
 - Congenital syphilis, neurosyphilis, and other syphilis complications
 - Herpes simplex virus infection, ideally curative treatment
 - T vaginalis* infection, including drug-resistant infections
 - M genitalium* infection, including drug-resistant infections
- Design and evaluate strategies to reduce stigma and adverse psychosocial consequences associated with STI diagnoses

STI research priorities in the epidemiology domain

- Estimate the prevalence and incidence of:
 - T pallidum* infection
 - N gonorrhoeae* and *C trachomatis* infections
 - Genital herpes simplex virus infections
- Assess patterns of STI healthcare-seeking behaviour in diverse populations
- Evaluate STI antimicrobial resistance and treatment failures at different anatomical sites
- Evaluate the burden of disease outcomes due to:
 - T pallidum* infection
 - N gonorrhoeae* and *C trachomatis* infections
 - Genital herpes simplex virus infections
- Evaluate quality of life effects, disability weights, and societal costs associated with STIs
- Gain better understanding of STI transmission in populations using innovative methods
- Investigate whether *M genitalium* infections lead to important disease outcomes
- Evaluate the interactions between STIs and the vaginal microbiome



The global roadmap for advancing development of vaccines against sexually transmitted infections: Update and next steps

Sami L. Gottlieb^{a,*}, Carolyn D. Deal^b, Birgitte Giersing^a, Helen Rees^c, Gail Bolan^d, Christine Johnston^e, Peter Timms^f, Scott D. Gray-Owen^g, Ann E. Jerse^h, Caroline E. Cameronⁱ, Vasee S. Moorthy^a, James Kiarie^a, Nathalie Broutet^a

Vaccine 34 (2016) 2939–2947

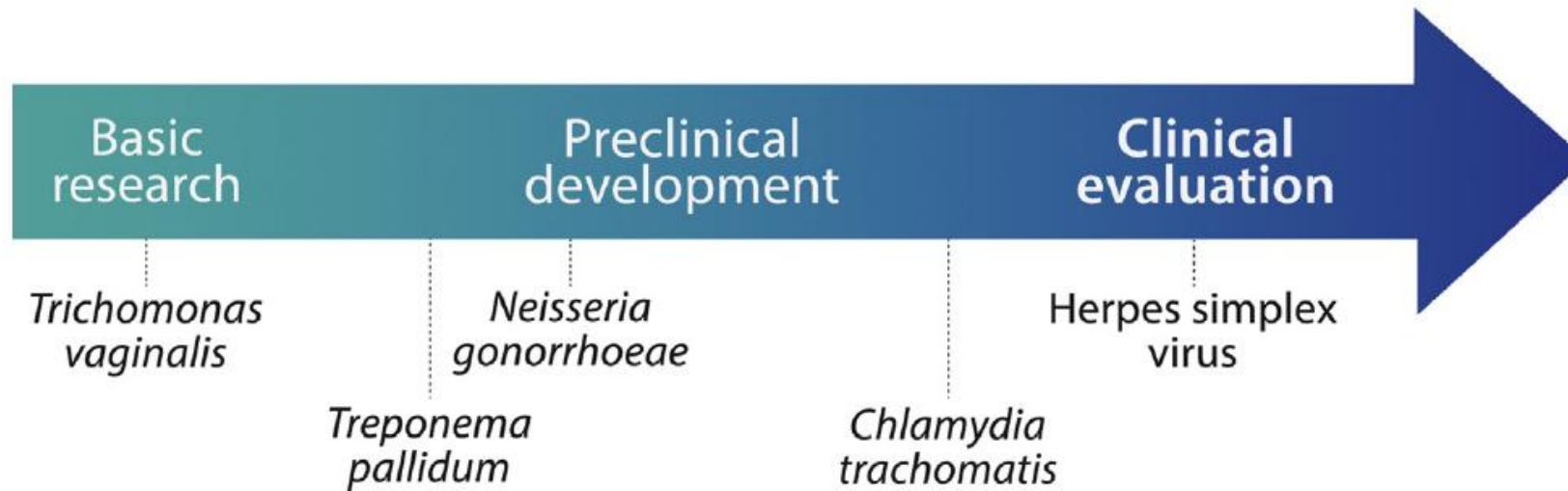


Fig. 4. Current status of the development pathway of STI vaccines.

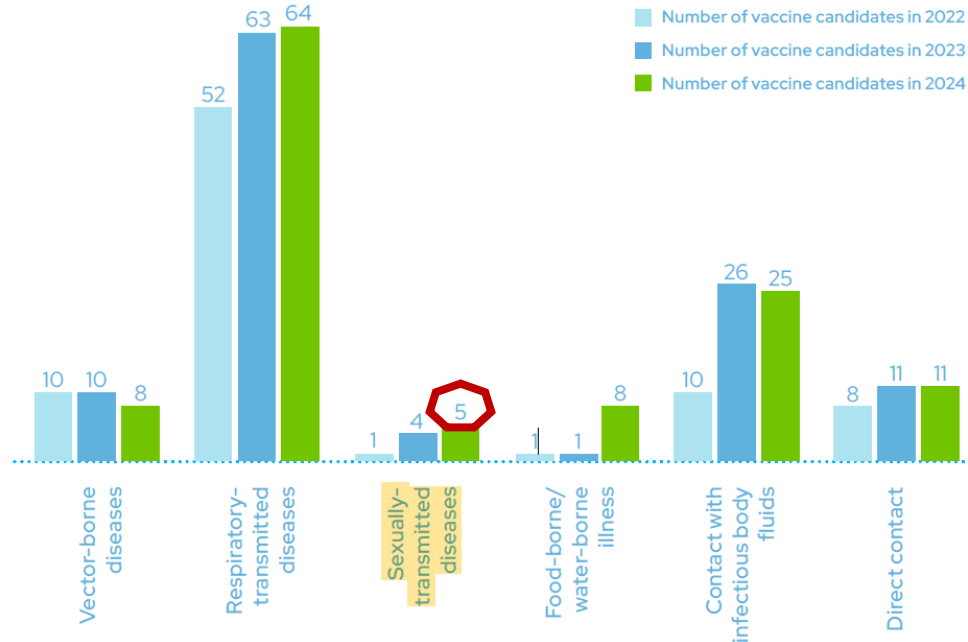


Vaccines Europe pipeline review 2024

Innovating for tomorrow, today

Figure 8

Number of vaccines in development by disease transmission route.



GONORRHOEA (87), (88)

- Preventable and curable sexually-transmitted infection caused by the bacterium *Neisseria gonorrhoea*.
- In 2020 there were an estimated 82.4 million new infections among adults globally.
- In the EU/EEA region, there were over 70,000 cases of gonorrhoea in 2022.
- Increasing antimicrobial resistance to antibiotics have been observed in *N. gonorrhoea*.

PIPELINE CANDIDATES: 1

HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV)

- Group of viruses that can cause cervical cancer, which is the fourth most common type of cancer in women aged 15–44 years.
- Each year, there are around 33,000 cases of cervical cancer in the EU, and 15,000 deaths.
- At global level, there were approximately 660,000 new cases and 350,000 deaths in 2022. About 94% of the new deaths in 2022 occurred in low- and middle-income countries.

PIPELINE CANDIDATES: 1

MPOX (120), (121), (130)

- Infectious disease caused by the Mpox virus that can cause a painful rash, enlarged lymph nodes and fever.
- Historically the disease is transmitted from animals to humans, however in the last years human-to-human transmission has been observed leading to global outbreaks.
- Between January 2022 and August 2024, over 99,000 cases of Mpox have been reported globally, with 208 deaths.

PIPELINE CANDIDATES: 1

HERPES SIMPLEX VIRUS (HSV) (95), (96)

- 2 types of HSV: HSV-1 and HSV-2. They can cause oral herpes (HSV-1), genital herpes (HSV-1 and HSV-2) and eye infection leading to blinding complications (HSV-1 and HSV-2).
- 3.7 billion people under age 50 (67%) with HSV-1 infection globally.
- 491 million people aged 15–49 (13%) worldwide with HSV-2 infection.
- Like Varicella Zoster virus, latent HSV infection can re-activate and lead to recurrent outbreaks of symptoms.

PIPELINE CANDIDATES: 2*

POPULATION	STATUS	PLATFORM
 Paediatric + Adults: (1)	 Phase II: (1)	 Generalised Modules for Membrane Antigens: (1)
 Paediatric + Adults: (1)	 Phase II: (1)	 Protein subunit: (1)
 Adults: (1)	 Phase I: (1)	 mRNA: (1)
 Adults: (2)	 Phase II: (2)	 Protein subunit: (1) mRNA: (1)



Vaccines to prevent bacterial sexually transmitted infections: Promise, progress, and public health potential

PLoS Med. 2025 Dec 9;22(12):e1004849.

Sami L. Gottlieb^{1*}, Helen Rees², Remco P. H. Peters¹

N. Meningitis serogrupo B – Gonorrea: 6

N. Gonorrhoeae: 1

Chlamydia trachomatis: 1

Table 1. Randomized controlled trials of bacterial STI vaccine candidates in the clinical pipeline*.

Trial number	Phase/type of study	Study name	Location, number of participants	Population	Status
<i>Neisseria meningitidis</i> serogroup B vaccines for preventing gonococcal infection					
ACTRN12619001478101	Phase 3 randomized controlled trial (RCT) efficacy, immunogenicity	MenGO: Does the licensed meningococcal vaccine Bexsero provide cross-protection against gonorrhea?	Australia 130	Men who have sex with men (MSM)	Results expected late 2025
NCT04415424	Phase 3 RCT efficacy, immunogenicity	GoGoVax: Efficacy study of 4CMenB (Bexsero) to prevent gonorrhea infection in gay and bisexual men	Australia 730	MSM	Results expected late 2025
NCT05766904	RCT efficacy	Efficacy trial on meningococcal B vaccine for preventing gonorrhea infections	Hong Kong 150	MSM	Results expected late 2025
NCT04350138	Phase 2 RCT efficacy	Safety and efficacy study of meningococcal group B vaccine rMenB+OMV NZ (Bexsero) to prevent gonococcal infection	USA, Thailand, Malawi 2,200	Adults	Results expected mid-2026
NCT06446752	Phase 3 RCT efficacy	BIYELA: Efficacy of Bexsero in preventing gonococcal infection among South African cis-gender women	South Africa 1,100	Cis-gender women	Results expected late 2026
NCT05294588	RCT efficacy in controlled human infection challenge model	Efficacy of immunization with 4CMenB in preventing experimental urethral infection with <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	USA 140	Men	Results expected 2028
<i>N. gonorrhoeae</i>-specific vaccines					
NCT05630859	Phase 1/2 RCT safety, efficacy, immunogenicity	Safety and efficacy of GSK <i>N. gonorrhoeae</i> GMM (NgG) investigational vaccine when administered to healthy adults 18–50 years of age	Multi-country 1,004	Adults	Data collection complete in May 2025. Results not yet reported, but developer reports product will be removed from pipeline (https://www.gsk.com/media/1kkikfqi/q3-2024-pipeline-assets-and-clinical-trials-report.pdf)
<i>Chlamydia trachomatis</i> vaccines					
NCT06891417	Phase 1/2 RCT safety, efficacy, immunogenicity	Phase 1/2 study of <i>C. trachomatis</i> mRNA vaccine in adults aged 18–29 years	Australia 1,560	Adults	Results expected 2028

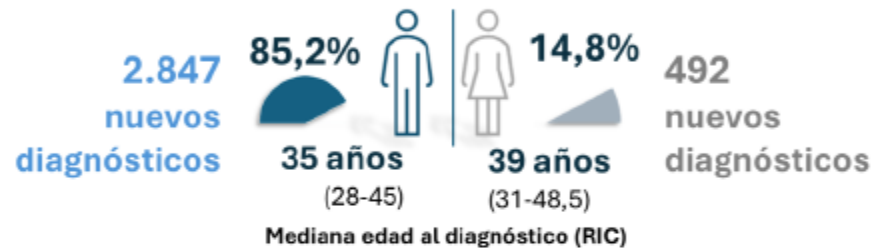
*as of 18th November 2025.



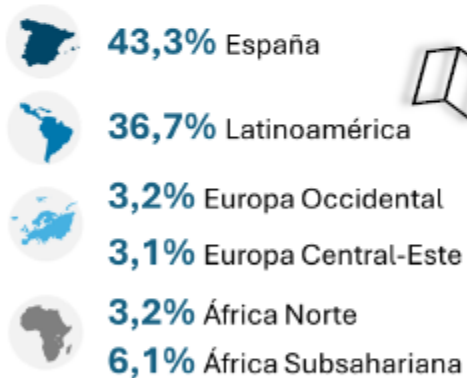
Vigilancia Epidemiológica del VIH en España, 2024

3.340 nuevos diagnósticos

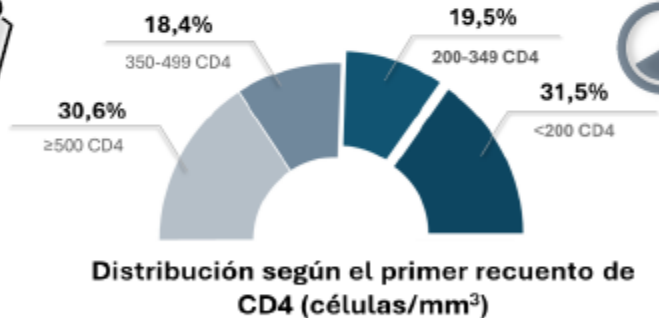
Porcentaje de hombres y mujeres



Distribución por país de origen



Diagnóstico tardío
<350 CD4 cel/mm³



PUNTOS CLAVE

- Descenso continuo de las tasas nuevos diagnósticos
- Mayor afectación en hombres y adultos jóvenes
- Mitad de los casos son retrasos diagnósticos



Personas que se inyectan drogas

1,5%

54,3%

Hombres que tienen sexo con hombres

Hombres heterosexuales

17,6%

Mujeres heterosexuales

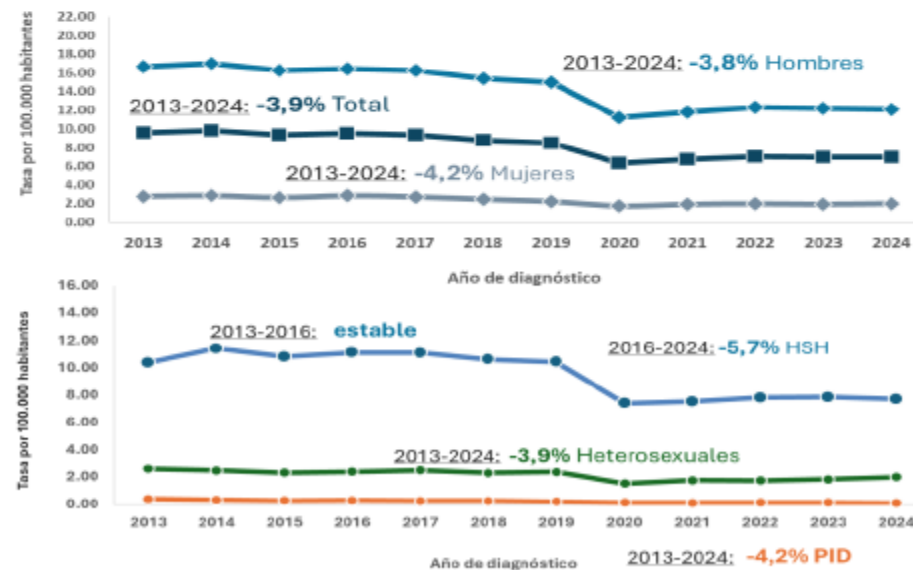
11,1%

Otros/NC

15,4%

Distribución por mecanismo de transmisión

Porcentaje anual de cambio en las tasas de nuevos diagnósticos de VIH por 100.000 hab., 2013-2024



HSH: hombres que tienen sexo con hombres; PID: personas que se inyectan drogas

Profilaxis pre-exposición VIH - PrEP

Recomendaciones sobre Profilaxis Pre-Exposición en adultos para la Prevención de la Infección por VIH en España

Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA)

Julio 2016

DOCUMENTO DE CONSENSO

PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN AL VIH EN ESPAÑA



RECOMENDACIONES SOBRE LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH EN ESPAÑA

Enero 2018

ACTUALIZACIÓN ENERO 2023

¿Qué es la Profilaxis Preexposición frente al VIH?
Probablemente la conocerás como **"PrEP"** (su abreviatura en inglés)

Es una estrategia para prevenir la infección por el VIH, que consiste en tomar un medicamento llamado **Truvada®** de forma diaria.

Profilaxis
→ tratamiento para prevenir o controlar la transmisión de una infección.

Pre
→ antes (previo)

Exposición
→ contacto de riesgo con personas con infección por el VIH.

La PrEP puede ayudar a disminuir el riesgo de infección por el VIH, a personas con elevado riesgo de contraerla, antes de su exposición.

La PrEP es una medicación bajo prescripción médica especializada. Truvada® es uno de los fármacos utilizados para tratar el VIH. Consulte a su médico para saber si la PrEP es una estrategia de prevención adecuada para Ud.

Efectos secundarios leves:
En algunas personas pueden aparecer trastornos leves como malestar estomacal, náuseas o falta de apetito, que generalmente desaparecen en el primer mes. Si estos síntomas no desaparecen o se agravan, deberá acudir al médico.

Antes de iniciar la PrEP es preciso comprobar el buen funcionamiento renal.

RECUERDE: la PrEP no elimina completamente el riesgo de transmisión del VIH, ni previene la transmisión de otras infecciones de transmisión sexual. Por ello, se **RECOMIENDA** utilizar siempre preservativo

SERVICIO MULTICANAL DE INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN DEL VIH
900 111 000

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Plan Nacional sobre el Sida

https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/vihSida/PrEP/docs/PROFILAXIS_PREEXPOSICION_VIH.pdf

<https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/03/Guia-profilaxis.pdf>

<https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/vihSida/prevencionDiagnostico/docs/infografiaProfilaxisPrEP.pdf>



Profilaxis pre-exposición a VIH - PrEP

Personas sin infección por VIH, con **edad igual o mayor de 16 años**, y que cumplan los siguientes criterios:

- **HSH y personas transgénero** que presenten al menos dos de los siguientes criterios:
 - Más de 10 parejas sexuales diferentes en el último año.
 - Práctica de sexo anal sin preservativo en el último año.
 - Uso de drogas relacionado con el mantenimiento de relaciones sexuales sin preservativo 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 cis**, que refieran un uso no habitual del preservativo y que presenten al menos dos de los mismos criterios que en HSH y personas transgénero.
- **Usuarios de drogas inyectadas** con prácticas de inyección no seguras.

Fármaco de elección

■ Truvada®

(200 mg Emtricitabina + 245 mg Tenofovir)

■ Pauta – 2 opciones

❖ 1 comp/24 horas

❖ **A demanda** (4 comp. en 3 días: dos entre 24 y 2 h antes de relación sexual, seguidos de un comprimido cada 24 h hasta 48 h después de la última relación sexual)

- ✓ Eficacia sólo demostrada en hombres cis que tienen sexo con hombres.
- ✓ No aprobada por la EMA, aunque sí contemplada como opción por la OMS.

<https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/03/Guia-profilaxis.pdf>



Profilaxis post-exposición VIH - PEP

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

Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA), Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST), Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT), Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública (SESLAP), Asociación Nacional de Médicos del Trabajo en el Ámbito Sanitario (ANMTAS), Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Grupo de Estudio de Hepatitis Virales-SEIMC (GEHEP) y Federación Española de la Enfermería del Trabajo (FEDEET).



Profilaxis postexposición frente al VIH

Es una manera muy eficaz de prevenir la infección por VIH tras una exposición de riesgo

¿Qué es la Profilaxis postexposición?

La Profilaxis postexposición consiste en la administración de fármacos utilizados habitualmente para el tratamiento de la infección por el VIH.

Se aconseja en personas con una exposición de riesgo al VIH esporádica y excepcional.

Puede ser una medida secundaria muy eficaz para prevenir la infección por el VIH cuando la prevención primaria (uso de preservativo o cuadrante de látex) ha fallado.



¿Qué es una relación sexual de riesgo?

sexo oral* anal o vaginal

+

no haber utilizado preservativo, este se ha roto o estaba mal colocado,



+

con una persona con infección por el VIH o que no sabe si tiene la infección.



* Cuando existe contacto con sangre, por lesiones en labios, mucosa oral, pene, ano o vagina.

¿Qué puedes hacer?

- Lavar la zona expuesta con agua y jabón**.
- Acudir lo antes posible a un Servicio de Urgencias hospitalario. En las **6 primeras horas** tras la relación sexual de riesgo es cuando la profilaxis es más eficaz.
- Si esto no es posible, debes acudir siempre **antes de las 72 horas** tras la relación sexual de riesgo.



- No está demostrada la eficacia de la PPE después de las 72 horas.

** Excepto en casos de agresiones sexuales, en estos casos debe acudir de forma **urgente** a un hospital antes de realizar cualquier acción.

¿Qué debes saber sobre la profilaxis Postexposición?

- La mejor forma de prevenir la infección por VIH es practicar sexo seguro.
- Aunque es una medida muy eficaz, la PPE no elimina por completo el riesgo de transmisión del VIH. No sustituye el uso habitual del preservativo.
- La PPE no elimina el riesgo de transmisión de otras infecciones de transmisión sexual.
- Será el médico quien valorará la necesidad de la profilaxis según el riesgo al que se ha estado expuesto.
- La PPE consiste en la administración de un tratamiento antirretroviral durante 28 días.
- Los medicamentos pueden producir efectos secundarios, por lo que es necesario un seguimiento médico.



Plan Nacional sobre el Sida



Fuente: Elaborado por PNS a partir del Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH-VHB y VHC en adultos y niños, Marzo 2015.

[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/informacion/docs/Profilaxis_postexposicion_ocupacional_y_no_ocupacional_VIH_VHB_VHC\(PPE\).pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/informacion/docs/Profilaxis_postexposicion_ocupacional_y_no_ocupacional_VIH_VHB_VHC(PPE).pdf)

<https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/vihSida/prevencionDiagnostico/docs/profilaxisPostexposicionVIH20Jul17.pdf>



Doxi - PEP



DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO

SOBRE EL USO PROFILÁCTICO DE DOXICICLINA PARA PREVENIR LAS ITS (DOXI-PEP)

DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA (SEIMC)
A TRAVÉS DEL GRUPO DE ESTUDIO EN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (GEITS), DEL GRUPO DE ESTUDIO DEL SIDA (GESIDA) Y DEL GRUPO DE ESTUDIO DE LOS MECANISMOS DE ACCIÓN Y DE LA RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS (GEMARA)

Marzo, 2024

Tabla 1: Resumen de los ensayos clínicos aleatorizados sobre el uso de doxi-PEP para la prevención de las infecciones bacterianas de transmisión sexual.

Estudio	Países participantes	Pacientes y Métodos	Intervención	Variable principal y Hallazgos	Limitaciones	Calidad Evidencia
iPrEx Trial	Francia 2018 (2)	ECA N=232 HSH y MTG en TDF/FTC como PrEP (VIH-)	Doxiciclina hclato 200 mg oral una dosis en las 24-72 h después de tener sexo anal u oral sin condón versus ninguna profilaxis	- Primera ITS (NG, CT, TP) durante un periodo de seguimiento de 10 meses - Reducción del riesgo de adquisición de CT del 70% (HR 0.30 (IC 95% 0.13-0.70) y TP del 73% (HR 0.27 (IC 95% 0.07-0.98) - No se observaron diferencias significativas en NG	Abierto Seguimiento corto	Alta
DoxyPeP	EE. UU. 2023 (3)	ECA N=554 HSH y MTG (N=360 en PrEP, N=194 VIH+)	Doxiciclina hclato 200 mg oral una dosis en las 72 horas después de tener sexo sin condón versus ninguna profilaxis	-Riesgo relativo de adquirir una ITS por trimestre -PrEP: 65 puntos finales de ITS (29,5%) ocurrieron en controles y 47 (9,6%) en participantes de Doxy-PEP (RR 0,33; IC del 95% 0,23-0,47; p<0.0001) - VIH: 30 puntos finales de ITS (27,8%) en controles y 31 (11,7%) en participantes de Doxy-PEP (RR 0,42; IC del 95% 0,25-0,75; p=0,0014).	Abierto Seguimiento corto	Alta
DOXYVAC	Francia 2023 (4)	ECA N=502 HSH en PrEP para el VIH (VIH-)	Doxiciclina monohidrato 200 mg oral una dosis en las 24-72 horas después de tener sexo sin condón versus ninguna profilaxis	-Impacto en el tiempo en la aparición de un primer episodio de infección por CT o TP desde el inicio de doxi-PEP -La doxi-PEP redujo la infección por CT y TP (aHR 0.11 (IC del 95%: 0.04-0.30) y 0.21 (IC del 95%: 0.09-0.47), respectivamente)	Abierto Seguimiento corto	Alta
dPEP	Kenia 2023 (5)	ECA N= 449 Mujeres cisgénero	Doxiciclina hclato 200 mg oral una dosis en las 72 horas después de tener sexo sin condón versus ninguna profilaxis	-Cualquier episodio de infección por CT, NG o TP -No se observaron diferencias en la incidencia de CT, NG o TP. Todas las ITS bacterianas (RR 0.88; IC del 95% 0.60-1.29); CT (RR 0.73; IC del 95% 0.47-1.13); NG (RR 1.64; IC del 95% 0.78-3.47). Solo hubo dos infecciones por TP durante el estudio	Abierto Seguimiento corto	Alta

HSH: hombres que tienen sexo con hombres; MTG: mujeres transgénero; ECA: ensayo clínico aleatorizado; CT: Chlamydia trachomatis; NG: Neisseria gonorrhoeae; TP: Treponema pallidum

- Pendiente de evidencia y consenso, el uso de doxiciclina como medidas de profilaxis postexposición debe limitarse a pacientes con alta tasa de ITS.
- La reducción significativa en el riesgo de adquisición de infecciones de transmisión sexual (MTG) que tienen sexo con hombres y que han presentado reiteradas ITS en el último año. Resultados prometedores en hombres que tienen sexo con hombres.
- La toma de doxi-PEP (200 mg/día) debe hacerse (MTG) antes o posible tras un contacto sexual oral, anal o vaginal sin preservativo, idealmente en las primeras 24 horas, y nunca después de las 72 horas (efectos adversos o alteración del microbioma), como poblacional (resistencia a los antimicrobianos).
- No se ha demostrado hasta el momento la eficacia de la doxi-PEP en mujeres cisgénero ni en hombres transsexuales, por lo que no debe ser considerada en estos colectivos.
- Es necesario generar evidencia científica sobre el impacto a medio y largo plazo.



Trends Analysis of Sexually Transmitted Infections Before and After Human Immunodeficiency Virus Pre-exposure Prophylaxis in the United States 2001–2022

Zaiting Xing^{1,2} and Daniel Escudero^{2,3}

Open Forum Infect Dis. 2025 Aug 18;12(9):ofaf491.

¿Diagnóstico de casos asintomáticos?

- Mejores técnicas diagnósticas
- Cribados

Fundamental

Integrar la educación integral sobre salud sexual con la prevención de VIH

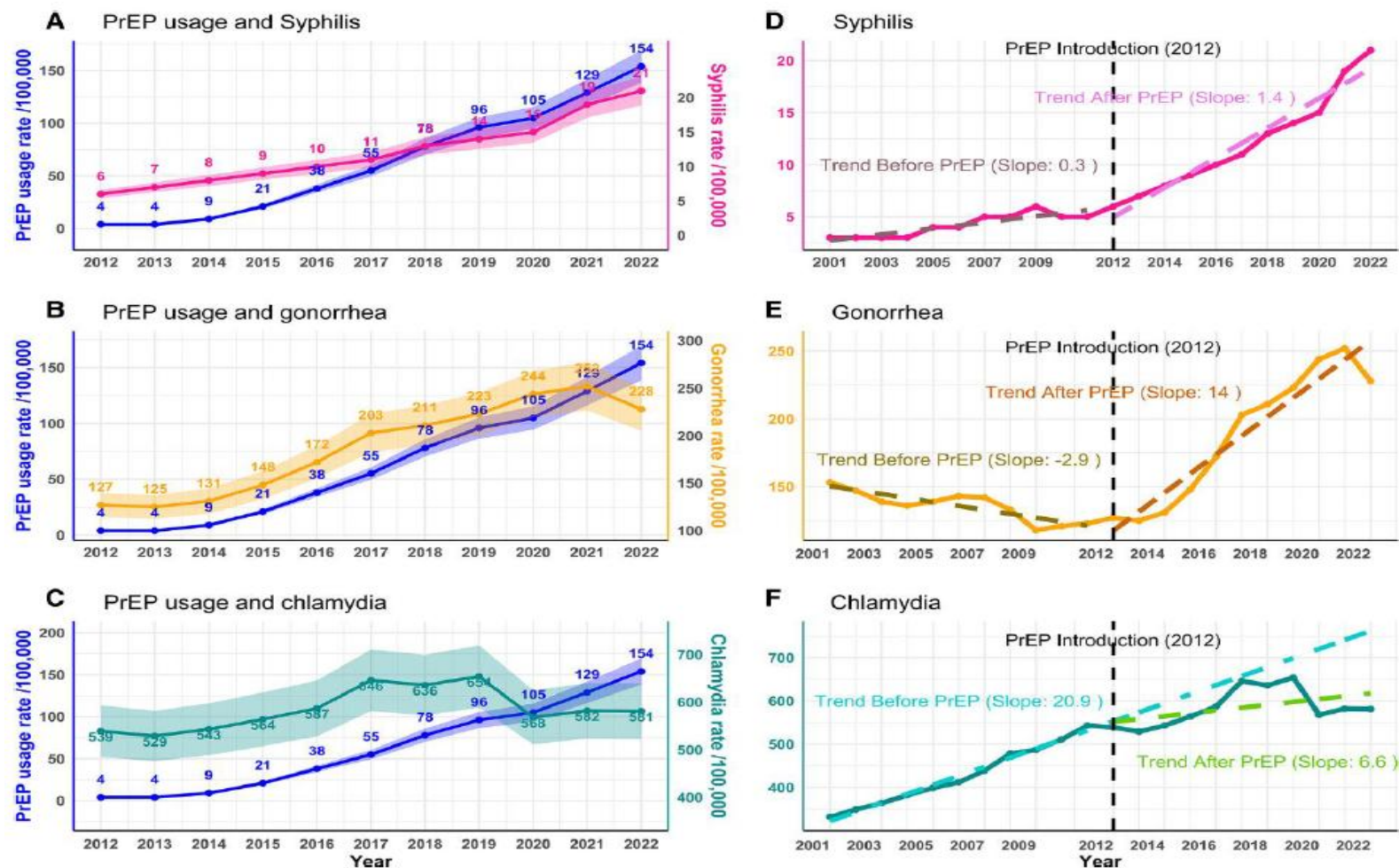


Figure 1. Trend analysis of pre-exposure prophylaxis (PrEP) usage and sexually transmitted infection (STI) rate in the United States, 2001–2022. (A–C) illustrate the trends in syphilis, gonorrhea, and chlamydia rates with PrEP usage from 2012 to 2022. (D–F) depict the trends in syphilis, gonorrhea, and chlamydia rates before and after the introduction of PrEP. The solid lines represent the actual trends, while the dashed lines illustrate the predicted trends. Y-axis scales vary to highlight trends within each STI.

Conclusions. We found significant changes in the rate of incident STIs from 2012 to 2022 and a high correlation between PrEP usage and reported cases of syphilis and gonorrhea. Given the role of PrEP in comprehensive HIV prevention in the United States, its impact on rates of STI infection should be further studied.

Vacunación frente a ITS

Retos éticos y sociales en la vacunación contra ITS en adolescentes

■ Autonomía del adolescente y consentimiento informado

3.5.2. EDAD, MADUREZ, CONSENTIMIENTO Y REPRESENTACIÓN EN MATERIA VACUNAL. ¿TODOS LOS MENORES DE EDAD ESTÁN EN LA MISMA SITUACIÓN? (MENORES MADUROS Y MAYORES DE DIECISÉIS AÑOS CUMPLIDOS)

Hasta los 12 años: consienten los padres o tutores

A partir de los 12 años: los menores pueden consentir por sí mismos, teniendo en cuenta su grado de madurez (menores maduros), pero los padres deben codecidir, en ejercicio de la patria potestad

Con 16 años: se alcanza la mayoría de edad sanitaria y pueden consentir por sí mismo

Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). Aspectos legales de las inmunizaciones. Manual de inmunizaciones en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; ene/2022. [consultado el 06/03/2026]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-46>

Superarlos requiere políticas sensibles al contexto cultural, programas educativos basados en evidencia y estrategias de comunicación que fortalezcan la confianza social.



★ VACUNACIÓN FRENTE A ITS ★

MENSAJES CLAVE

VACÚNATE PARA PREVENIR LAS ITS

Las vacunas son una forma segura y eficaz de protegerte contra algunas infecciones que se pueden transmitir por vía sexual. En España, el Sistema Nacional de Salud las cubre de manera gratuita para toda la población con criterio de recibirlas. Protegerte hoy reduce el riesgo de complicaciones futuras.



No olvides utilizar métodos de protección adicionales como el preservativo, ya que hay infecciones de transmisión sexual para las que no existen vacunas efectivas y, además, estos métodos refuerzan la protección.

HEPATITIS A, VACÚNATE Y EVITA RIESGOS



La hepatitis A se transmite principalmente por vía fecal-oral a través del consumo de agua y/o alimentos contaminados o por contacto directo de persona a persona, por lo que puede transmitirse por la realización de ciertas prácticas sexuales sin protección (sexo oral-anal).

La vacuna es altamente efectiva, y proporciona una protección de larga duración. Forma parte de las estrategias de prevención recomendadas para personas que realizan prácticas que conllevan un mayor riesgo de infección.

MPOX TAMBIÉN TIENE VACUNA

Esta infección viral se transmite por contacto estrecho como el que se da en las relaciones sexuales. La vacuna reduce el riesgo de infección, de síntomas y de complicaciones graves. Se administra a personas con alto riesgo de exposición al virus o tras el contacto con una persona infectada. Consulta a tu profesional sanitario de referencia.



HEPATITIS B: RECUERDA TU VACUNA



La vacuna frente a la hepatitis B está incluida en el calendario de vacunación a lo largo de toda la vida desde el año 1992. Si no la has recibido, solicita asesoramiento a tu profesional sanitario de referencia.



Si te encuentras en una situación de mayor de exposición a estas infecciones, consulta acerca de las vacunas disponibles.

La salud sexual es un derecho, y vacunarte también lo es.

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH), ¡PROTEGETE!

El VPH se transmite por vía sexual y es el responsable de verrugas genitales y de la mayoría de los cánceres de cérvix y anales.

Existe una vacuna eficaz para prevenir la infección que se administra de manera sistemática en la adolescencia desde 2018, pero también se administra en la edad adulta en personas con prácticas con mayor riesgo de exposición o más vulnerables a las consecuencias de la infección. Consulta a tu profesional sanitario de referencia.

VACUNARTE ES UN ACTO DE CUIDADO PERSONAL Y COMUNITARIO

Al vacunarte, no solo te proteges tú, sino que también ayudas a frenar la transmisión de ITS a otras personas.

Más información en:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocion/prevencion/vacunaciones/monkeypox/>
<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocion/prevencion/vacunaciones/vacunas/profesionales/hepatitisA.htm>
www.sanidad.gob.es



Vacunarse es una de las medidas más eficaces para prevenir infecciones de transmisión sexual graves y sus consecuencias a largo plazo.



17 JORNADAS DE INMUNIZACIONES



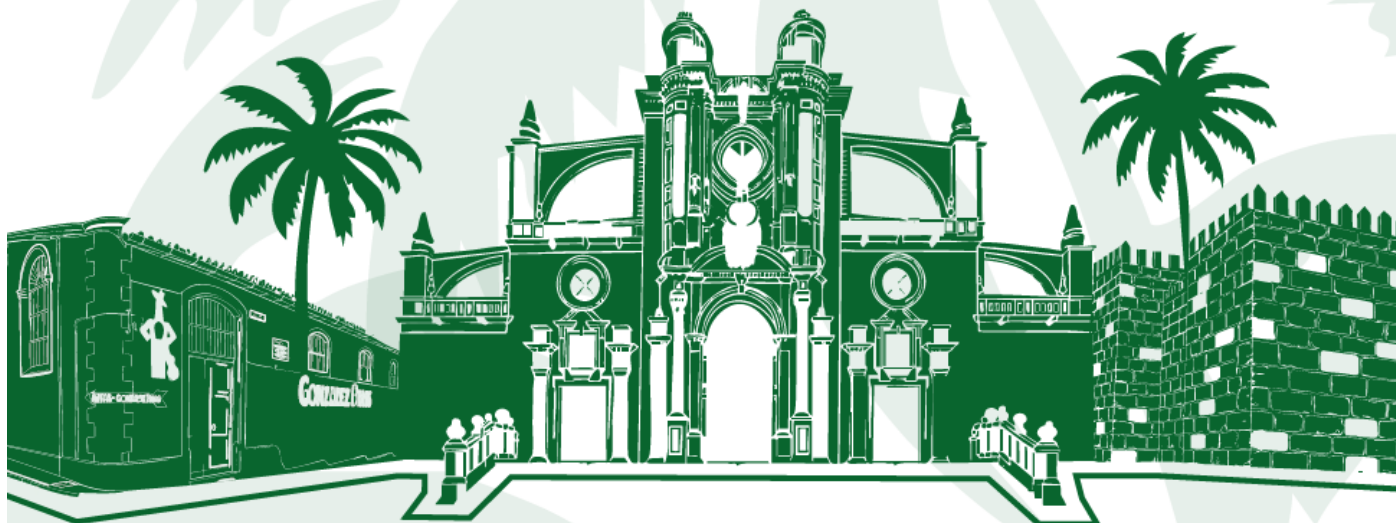
Asociación
Española de
Pediatría

CAV

Comité Asesor
de Vacunas
e Inmunizaciones

Jerez de la Frontera, 20 y 21 de marzo 2026

MUCHAS GRACIAS



17 Jerez de la Frontera, 20 y 21 de marzo 2026
JORNADAS DE INMUNIZACIONES



Asociación
Española de
Pediatría

CAV

Comité Asesor
de Vacunas
e Inmunizaciones