analesdepediatría

www.analesdepediatria.org

ARTÍCULO ESPECIAL

Nuevos avances y retos en infecciones de transmisión sexual en la población adolescente. Documento de Grupo de trabajo de VIH e ITS de la SEIP

Cristina Epalza Ibarrondo[a], Arantxa Berzosa Sánchez[b,*], Lola Falcón[c], María Espiau[d], Anna Gamell[e], José Tomás Ramos[f] y María Luisa Navarro Gómez[g]

[a] *Unidad de Enfermedades Infecciosas Pediátricas, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario 12 de Octubre. Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (imas12), Madrid, España*
[b] *Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Pediatría, Hospital Clínico San Carlos. Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC). CIBERINFEC, Madrid, España*
[c] *Sección de Infectología, Reumatología e Inmunología Pediátrica, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España*
[d] *Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias de Pediatría, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España*
[e] *Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona, Barcelona, España*
[f] *Servicio de Pediatría, Hospital 12 de Octubre. Universidad Complutense de Madrid (UCM). Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (imas12), CIBERINFEC, ISCIII, Madrid, España*
[g] *Sección de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. IISGM, Universidad Complutense de Madrid (UCM), CIBERINFEC ISCIII, Madrid, España*

Recibido el 30 de enero de 2026; aceptado el 2 de febrero de 2026
Disponible en Internet el 2 de abril de 2026

PALABRAS CLAVE
Infección transmisión sexual;
Adolescente;
Retos y avances;
Prevención

Resumen Las infecciones de transmisión sexual son un problema de salud pública con una incidencia creciente en los últimos años. El manejo de estas infecciones en población adolescente es un reto urgente y actual, que debe basarse en intervenciones educativas (como el acceso a una educación sexual integral desde primera infancia y la formación en salud sexual de profesionales sanitarios), estrategias preventivas (acceso a vacunación, ofreciendo programas de profilaxis pre y post-exposición y programas de cribado de ITS), y garantizar el acceso libre y confidencial a los servicios sanitarios públicos a la población adolescente que permita un diagnóstico y un tratamiento adecuado y precoz, evitando complicaciones y reduciendo el estigma asociado a estas infecciones. En este documento se describen los principales avances en cuanto a la atención de las infecciones de transmisión sexual en población adolescente, analizando las peculiaridades de esta población vulnerable.
© 2026 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: arantxa.berzosa@gmail.com (A. Berzosa Sánchez).

https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2026.504172
1695-4033/© 2026 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

KEYWORDS
Sexually transmitted infections;
Adolescents;
Challenges and progress;
Prevention

New advances and challenges in sexually transmitted infections in the adolescent population. Document of the Working Group on HIV and STIs of the Spanish Society of Pediatric Infectious Diseases (SEIP)

Abstract Sexually transmitted infections (STIs) constitute a significant public health concern, with an increasing incidence in recent years. The management of these infections among the adolescent population represents a current challenge and should be based in comprehensive educational interventions (such as access to comprehensive sexuality education from early childhood and specialized training in sexual health for health care professionals), preventive strategies (including access to vaccination, implementation of pre- and post-exposure prophylaxis programs, and organized STI screening initiatives), and ensuring free, confidential access to public health care services for adolescents. This approach facilitates timely and appropriate diagnosis and treatment, thereby preventing complications and reducing the stigma associated with these infections. This document describes the main advances in the management of sexually transmitted infections in the adolescent population, with an analysis of the specific characteristics of this vulnerable group.
© 2026 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

Abordar las infecciones de transmisión sexual (ITS) en la población adolescente hoy en día es un tema actual, necesario y urgente. La adolescencia es una etapa en la vida de una persona que está sujeta a cambios importantes, tanto físicos como psicológicos y sociales. Estos cambios hacen al adolescente vulnerable al dejar de depender de sus tutores y referentes para afrontar su ocio y al carecer de percepción de riesgo. El inicio de las relaciones sexuales cada vez es más precoz, unido al uso irregular de métodos de barrera, el incremento en el número de parejas sexuales, la normalización de prácticas sexuales de riesgo, la dificultad de acceso al sistema sanitario, el fácil acceso a la pornografía y la ausencia de una educación afectivo sexual integral, curricular y temprana han contribuido de forma alarmante al aumento de las ITS en la población adolescente.

En este contexto, la adquisición de una ITS en esta etapa puede tener consecuencias relevantes en salud no solo a corto plazo, sino también a medio y a largo plazo, incluyendo embarazos no deseados, complicaciones reproductivas, transmisión de infecciones de forma vertical y a sus iguales, impacto psicosocial y estigmatización.

Por todo ello, es necesario resaltar esta realidad entre los profesionales que atienden a adolescentes. El objetivo de este documento es mostrar la situación epidemiológica actual y los avances en cuanto a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las ITS en adolescentes, así como los retos actuales para la atención de esta población tan vulnerable.

Epidemiología actual de las ITS en adolescentes

Las ITS constituyen un problema de salud pública por su incidencia creciente y sus complicaciones si no se tratan. Existen ocho patógenos responsables de la mayoría de casos de ITS: *Chlamydia trachomatis* (CT), *Trichomonas vaginalis* (TV), *Neisseria gonorrhoeae* (NG), *Treponema pallidum* (TP), virus herpes simplex (VHS), virus del papiloma humano (VPH), virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)[1].

A nivel global, se calcula que más de un millón de personas de entre 15 y 49 años adquieren diariamente una ITS curable, lo que supone una incidencia anual aproximada de 376 millones de nuevos casos. Estas cifras reflejan la magnitud del problema y su persistencia a pesar de los avances en diagnóstico y tratamiento. Así, actualmente se están llevando a cabo más cribados de ITS para detectarlas a tiempo, y a su vez se dispone de pruebas diagnósticas mejores, como son las técnicas de biología molecular, lo cual hace que se diagnostiquen más casos, pero el incremento de las mismas en términos globales es una realidad, y la carga de enfermedad es especialmente elevada en adolescentes y adultos jóvenes, en quienes confluyen factores de riesgo biológicos y conductuales[1].

En Europa, los sistemas de vigilancia epidemiológica han evidenciado un incremento notable de las ITS en los últimos años. En 2023 se confirmó un aumento del 31% en los casos de gonorrea y del 13% en los de sífilis respecto al año anterior, y un incremento acumulado del 300% y del 200%, respectivamente, en comparación con 2014. Ese mismo año se notificaron aproximadamente 230.000 casos de infección por CT, lo que la convierte en la ITS bacteriana más frecuentemente diagnosticada.

En España, la tendencia es similar a la observada en el conjunto de Europa. La incidencia de gonorrea se ha casi triplicado en los últimos cinco años y es actualmente más de once veces superior a la registrada en 2014. La infección por CT mantiene también una incidencia creciente. El grupo de edad de 15 a 24 años concentra una proporción significativa de los casos diagnosticados, con diferencias relevantes según sexo. En este grupo etario, las mujeres jóvenes presentan tasas más elevadas de clamidia y gonorrea, lo que puede explicarse en parte por factores biológicos, así como

por una mayor probabilidad de cribado en comparación con los hombres[2].

Estas cifras deben interpretarse teniendo en cuenta que muchas ITS cursan de forma asintomática, especialmente en mujeres, lo que conduce a un infradiagnóstico y a una subestimación de la incidencia real. Esta característica refuerza la importancia de las estrategias de cribado sistemático en adolescentes sexualmente activos.

Factores asociados: biológicos, conductuales, sociales y estructurales

La ectopia cervical observada en las adolescentes y la composición de la microbiota cervical y vaginal parece aumentar el riesgo de ITS[3].

Los factores conductuales incluyen el adelanto de la edad de inicio de las relaciones sexuales (16,5 años en 2023)[4], el aumento de parejas sexuales, el uso no adecuado de preservativos (77% entre 15 y 19 años)[4] y las prácticas sexuales bajo los efectos del alcohol y otras drogas.

La falta de una educación sexual integral reglada en niños y adolescentes y el acceso precoz a la pornografía favorecen las prácticas sexuales de riesgo[3].

Es imprescindible garantizar el acceso fácil y la confidencialidad de la población adolescente a los servicios sanitarios[3].

Avances recientes

Avances en el diagnóstico

En los últimos años se han producido avances significativos en el diagnóstico de las ITS, con un impacto especialmente relevante en la población adolescente. Las últimas actualizaciones de guías nacionales e internacionales recomiendan el cribado de CT y NG al menos anual en mujeres sexualmente activas menores de 25 años y en hombres que tengan sexo con hombres, así como testar VIH y sífilis a partir de los 15 años, con periodicidad variable según prácticas sexuales[3,5]. Para el cribado de CT y NG debe considerarse la recogida de la muestra con autotoma vaginal en adolescentes con vagina y en primer chorro miccional para personas con pene, pues presentan alta sensibilidad y favorecen su aceptabilidad, además del exudado faríngeo y rectal según prácticas[3-6].

Las técnicas moleculares están recomendadas para la detección de ITS como CT o NG, y los modelos *point-of-care* (POC), en 90 minutos en nuestro medio y 30 minutos con técnicas disponibles en Estados Unidos, facilitan no solo el tratamiento dirigido, que limita el desarrollo de resistencias, sino también una reducción de los adolescentes con ITS que no reciben tratamiento[6,7]. Los test de 4.ª-5.ª generación para diagnosticar el VIH, que detectan anticuerpos y antígenos, permiten reducir la ventana diagnóstica a 15-45 días[8].

Avances en el tratamiento

El tratamiento de las ITS incluye tanto el beneficio individual como en términos de salud pública y debe considerarse esencial como estrategia preventiva, especialmente por la dificultad en los avances con las vacunas. En los adolescentes se recomienda un tratamiento presuntivo basado en síndromes clínicos, si no se dispone de técnicas rápidas de diagnóstico, pues el seguimiento suele ser un desafío[5,6].

La adherencia al tratamiento es una de las grandes dificultades en los adolescentes. Por ello, se recomiendan las pautas cortas (azitromicina 1 g en toma única) en CT y toma simplificada (un comprimido cada 24 horas), o, en el caso de infección por VIH, fármacos de larga duración (inyectables de cabotegravir-rilpivirina cada 2 meses)[5-9].

El tratamiento se muestra en la tabla 1.

Avances en la prevención

La educación sexual integral desde la infancia es esencial para la prevención de las ITS e incluye no solo las ITS, sino la salud mental, el respeto y el placer en la sexualidad. Se debe proporcionar información adecuada a la edad, e incluir diferentes formatos (online, aplicaciones) puede ser útil, especialmente en adolescentes[6].

Además de las vacunas frente a tres ITS virales (VHB, VHA y VPH), con la inclusión de chicos en los programas de VPH, existe la vacuna frente a Mpox a partir de los 12 años. Aunque no para esta indicación, la vacuna frente al meningococo 4CMenB ha demostrado una reducción de un 30% para gonococo, especialmente en adolescentes[6,7].

La profilaxis pre-exposición (PrEP) es altamente eficaz para reducir las nuevas infecciones por VIH y está aprobada en España a partir de los 16 años. La dificultad de la adherencia a la toma de una pastilla diaria es una de las grandes limitaciones de la eficacia de la PrEP, y diferentes estrategias inyectables cada 2 (cabotegravir) o 6 meses (lenacapavir), aún no disponibles en nuestro país, han mostrado su eficacia[8].

A la eficacia de la profilaxis post-exposición (PEP) conocida frente al VIH se añade la de la PEP con doxiciclina, llamada DoxiPEP (200 mg en las 72 h siguientes a exposición sexual de riesgo), frente a las infecciones por CT, sífilis, y algo menor en NG, en poblaciones seleccionadas, con alta predisposición a las ITS (no estudiada en población adolescente)[7,8].

Programas exitosos

Las intervenciones recientes frente a las ITS en adolescentes buscan facilitar el acceso tanto para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento, y todo ello ha demostrado mejorar los resultados en salud. Las características comunes de estas intervenciones incluyen la gratuidad, la confidencialidad, la ausencia de barreras administrativas y la adaptación a las necesidades de la juventud. Así, por ejemplo, en Francia, para menores de 26 años existe el acceso gratis y sin necesidad de petición médica para las pruebas. También hay algunos programas que permiten el acceso sanitario gratuito y sin cita en centros monográficos para la juventud o las ITS, aún limitados a las grandes ciudades en nuestro país y que permiten la petición de pruebas online con resultados por este medio en Drassanes Exprés <https://drassanesexpres.vallhebron.com/pacientes> o <TESTATE https://testate.org>, disponibles en Cataluña.

Tabla 1 Tratamientos empíricos basados en síndromes y regímenes de tratamiento para infecciones específicas en adolescentes

Síndrome	Tratamiento	Comentarios
Uretritis / Cervicitis / Proctitis	Ceftriaxona 500 mg i.m. en dosis única Y Azitromicina 1 g vía oral en dosis única (preferible para la adherencia al tratamiento) O Ceftriaxona 500 mg i.m. en dosis única Y Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas durante 7 días (más efectivo para la infección rectal por clamidia)	En caso de proctitis, extender la doxiciclina a 21 días si se confirma o sospecha LGV
Primer episodio clínico de herpes genital	Aciclovir 400 mg vía oral cada 8 horas durante 7-10 días O Valaciclovir 1 g vía oral cada 12 horas durante 7-10 días	El tratamiento debe iniciarse dentro de los primeros 5 días, o mientras aparezcan nuevas lesiones o persistan los síntomas sistémicos
Terapia episódica para el herpes genital recurrente	Aciclovir 800 mg vía oral cada 12 horas durante 5 días O Aciclovir 800 mg vía oral cada 8 horas durante 2 días O Valaciclovir 500 mg vía oral cada 12 horas durante 3 días O Valaciclovir 1 g vía oral cada 24 horas durante 5 días	El tratamiento episódico del herpes recurrente es más eficaz si la terapia se inicia dentro del día siguiente a la aparición de la lesión o durante los pródromos
Microorganismo	**Tratamiento**	**Comentarios**
Neisseria gonorrhoeae	Ceftriaxona 500 mg i.m. en dosis única	Realizar test de curación 14 días después del tratamiento en caso de infección faríngea
Chlamydia trachomatis	Azitromicina 1 g vía oral en dosis única (preferible para la adherencia al tratamiento) O Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas durante 7 días (más efectivo para la infección rectal por clamidia)	Realizar test de curación después del tratamiento si no se utiliza doxiciclina
Sífilis primaria, secundaria y latente temprana	Penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades i.m. en dosis única O 50.000 UI/kg con un máximo de 2,4 millones de unidades	
Sífilis latente tardía, sífilis indeterminada y sífilis terciaria con examen de LCR normal	Penicilina G benzatina 7,2 millones de unidades en total, administradas en 3 dosis de 2,4 millones de unidades i.m. (o bien 50.000 UI/kg con un máximo de 2,4 millones de unidades) cada una a intervalos de 1 semana	
Neurosífilis, sífilis ocular y otosífilis	Penicilina G sódica, 18 a 24 millones de unidades por día, administradas en dosis de 3 a 4 millones de unidades i.v. cada 4 horas durante 10 a 14 días (o bien 200.000-300.000 UI/kg con un máximo de 2,4 millones de unidades cada 4 horas durante 10 a 14 días)	

i.m.: intramuscular, i.v.: intravenoso, LCR: líquido cefalorraquídeo, LGV: linfogranuloma venéreo.

Retos actuales

A pesar de los avances descritos, persisten algunos retos y peculiaridades en la atención a población adolescente en el contexto de las ITS, además de las propias del grupo de edad.

En primer lugar, *el acceso a servicios de salud es más dificultoso* que en personas adultas, por la necesidad (o la creencia en la necesidad) del consentimiento y la notificación a los progenitores, la preocupación acerca de la confidencialidad, la falta de información sobre los procedimientos para obtener atención sanitaria y la escasez de proveedores especializados[9,10], existiendo también diferencias locales, en relación con el número de recursos en las zonas urbanas frente a las rurales. Por otra parte, es necesario resaltar que a partir de los 12 años existe la figura de menor maduro que permite al médico evaluar si un menor presenta la madurez suficiente para tomar una decisión médica concreta[11]. Hacer que los servicios sean accesibles incluye garantizar la confidencialidad (informando de ella a los usuarios, así como de los límites de esta) y que se presten en horarios convenientes. En cualquier caso, se debe permitir a los adolescentes acceder a asesoramiento y orientación sin el consentimiento de sus padres o tutores, independientemente de su edad.

En este sentido, otro reto pendiente en el manejo de las ITS en la población adolescente es *la implementación de una educación sexual integral* en el currículum escolar y en el de los docentes. Una investigación reciente sobre la inclusión de la educación sexual en los planes de estudio de las titulaciones educativas del sistema público universitario español constata que se mantiene una insuficiente presencia en la formación inicial del profesorado[12]. En cuanto al currículum escolar, el Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes, el Ministerio de Sanidad y el Grupo de Trabajo de Escuelas Promotoras de Salud incluyen la propuesta de incluir la educación afectivo-sexual en los contenidos escolares, pero señalan que cada centro educativo cuenta con autonomía para adaptar esta propuesta a la realidad de su entorno y población, y a las necesidades de su alumnado y profesorado[13], lo que limita enormemente su implementación real.

En relación con la educación afectivo-sexual, el hecho de que muchas personas adolescentes recurran a internet como su principal fuente de información sobre sexualidad es otro de los desafíos actuales. Aunque pueden encontrar recursos valiosos, también es común que accedan a contenido erróneo o inadecuado. Un estudio actual que examina las fuentes que respaldan la información sobre salud sexual en TikTok demostró que el contenido en redes carece de fuentes fiables[14].

En comparación con los jóvenes heterosexuales y cisgénero, los jóvenes pertenecientes a minorías sexuales y de género informan de una menor tasa de uso del preservativo en su última relación sexual, un inicio sexual más temprano (antes de los 13 años) y un mayor número de parejas sexuales a lo largo de su vida, en relación con diferentes factores[15], lo que puede conducir a un aumento de las tasas de ITS[16]. Además, tienen un peor acceso a los servicios de salud debido a un entorno sanitario no inclusivo[16]. Los pediatras deben estar familiarizados con los conceptos de minorías sexuales y de género y ser conscientes de que la identidad sexual es una propiedad de los individuos que se desarrolla a lo largo de la infancia y la adolescencia[17].

Por último, aunque no exclusivo de la adolescencia, es un motivo global de preocupación en el ámbito de las ITS *la aparición de resistencias a los antimicrobianos de uso habitual*, principalmente en relación con NG y *Mycoplasma genitalium* (MG)[18].

Perspectivas futuras

En el momento actual, las líneas de investigación prioritarias en ITS, tanto en la población general como en adolescentes, se centran en diferentes ejes[19].

Prevención

Vacunas

En cuanto a NG, estudios observacionales y de casos y controles sugieren que la vacuna de 4 componentes antigénicos (4CMenB), originalmente diseñada para meningococo B, podría reducir la incidencia de gonorrea hasta en un 31-47% en poblaciones jóvenes[20]. Aunque no se ha confirmado en el único estudio aleatorizado realizado en hombres que tienen sexo con hombres[21] y no se dispone de datos exclusivos de población adolescente, su eficacia está aún por determinar en estudios en curso. El desarrollo de vacunas específicas contra NG está en fase preclínica y clínica temprana[22].

Para CT existen candidatos vacunales que han demostrado seguridad e inmunogenicidad en ensayos clínicos de fase I en mujeres adultas[23]. A pesar de estos avances, ninguna vacuna contra CT ha sido aprobada para uso clínico, ni en adolescentes ni en adultos.

Respecto al VHS, dos vacunas basadas en tecnología mRNA han iniciado ensayos clínicos en adultos jóvenes, con potencial para uso preventivo y terapéutico en adolescentes en el futuro[24].

Tecnologías multipropósito de prevención.

Las llamadas tecnologías multipropósito de prevención (MPT por sus siglas en inglés) combinan anticoncepción y prevención de ITS. Están en rápido desarrollo y abarcan varias formulaciones y vías de administración. Las MPT en investigación incluyen píldoras orales, anillos vaginales, implantes, inyectables, películas vaginales y parches. Los productos orales y anillos vaginales se encuentran en fases clínicas más avanzadas y son especialmente interesantes para la población adolescente por su potencial de alta adherencia y autonomía[25].

Estrategias educativas

Recientemente se han evaluado intervenciones que incluyen recursos digitales que pueden ser aplicadas en entornos clínicos o comunitarios, mostrando eficacia en la reducción de conductas de riesgo y aumento en la realización de pruebas para ITS, aunque la valoración de su impacto en la prevalencia de ITS es limitado[26].

Estas nuevas intervenciones deben alinearse con la forma en que los adolescentes buscan y comparten información[27]. Esto implica hacerles partícipes en el diseño de estas estrategias, conocer sus canales digitales habituales, integrar

Tabla 2 Recomendaciones de vacunación para la prevención de ITS en adolescentes

	Pauta	Comentarios
Hepatitis A	Dos dosis (0-6 meses)	Si tiene vacunas administradas se recomienda serología para objetivar respuesta vacunal adecuada
Hepatitis B	Tres dosis (0-1-6 meses)	
Virus papiloma humano	Dosis única	
Mpox	Adolescentes mayores 12 años. • Pre-exposición: dos dosis (0-1 mes) • Post-exposición: dosis única (0,5 ml vía subcutánea)	Pre-exposición: adolescentes con prácticas sexuales de riesgo reiteradas Post-exposición: tras contacto estrecho, idealmente en primeros cuatro días (aunque puede ofrecerse hasta 14 días)
NG y 4CMenB	Dos dosis (0-1 mes) si no vacunado en la infancia Dosis única (si vacunado en la infancia)	Hay estudios que demuestran la reducción en el riesgo de adquirir gonorrea tras vacunación frente a meningococo B con vacuna 4CMenB, por lo que debería considerarse su uso en adolescentes con riesgo de ITS[38]

contenidos en las plataformas donde construyen nuevos vínculos afectivos y sexuales, y mantener sistemas de respuesta rápida capaces de contrarrestar mitos que puedan circular con gran velocidad.

Diagnóstico

Además de las técnicas diagnósticas POC, que son rápidas y de bajo coste, como perspectivas futuras para emplear de forma rutinaria destaca el desarrollo de dispositivos moleculares de un solo uso que permiten la detección simultánea de NG, CT y TV en muestras autorrecogidas, con resultados en menos de 30 minutos y una precisión comparable a pruebas de laboratorio convencionales[28]. Asimismo, se han validado pruebas basadas en amplificación isotérmica (LAMP) que permiten también la detección rápida de múltiples patógenos en menos de una hora[7].

Este tipo de tecnología facilita el diagnóstico inmediato y la toma de decisiones terapéuticas en la misma consulta, lo que es especialmente relevante en adolescentes por su alta tasa de abandono y dificultad de seguimiento

Tratamiento

Las innovaciones en relación con el tratamiento incluyen nuevos antibióticos, el tratamiento guiado según resistencias (*resistance-guided therapy* [RGT]) de MG y el tratamiento acelerado de parejas (*expeditive partner treatment* [EPT]).

Gepotidacina, zoliflodacina y lefamulina son nuevos antimicrobianos que se encuentran actualmente en evaluación clínica para el tratamiento de la infección gonocócica en adultos y adolescentes[29].

La RGT para MG utiliza técnicas moleculares para identificar resistencias genotípicas a macrólidos y fluoroquinolonas. Con este enfoque se administra doxiciclina 7 días mientras se esperan los resultados, de forma que se puede completar el tratamiento de forma dirigida[30].

La EPT, que permite tratar a las parejas sexuales sin visita médica previa, está respaldada por sociedades estadounidenses como los CDC y la Academia Americana de Pediatría[31,32], pero no forma parte de las guías europeas actuales. Es necesario valorar los riesgos y los beneficios de esta estrategia y avanzar en su implementación si el balance es favorable.

Recomendaciones del grupo de trabajo de VIH e ITS de SEIP

- Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a recibir educación sexual integral desde la primera infancia. Dicha educación debe ofrecerse desde el ámbito sanitario, educativo y comunitario. La información debe ser adaptada a la edad, empleando un lenguaje claro, inclusivo, comprensible y aportando herramientas que les permitan vivir su sexualidad de una forma positiva. Se deben abordar temas como la afectividad, la sexualidad, el género, la orientación, el consentimiento y la violencia. Además, se debe incluir formación sobre métodos de prevención, reconocimiento de síntomas y signos asociados con la presencia de ITS así como la importancia de recibir tratamiento adecuado y realizar estudio de contactos[33].
- De igual forma, consideramos que es fundamental la formación en salud sexual de los profesionales sanitarios que trabajan con niños, niñas y adolescentes, especialmente en el ámbito de la pediatría, para que puedan realizar un abordaje actualizado, integral y libre de estigmas.
- Es necesario garantizar el acceso libre, sencillo y confidencial de los adolescentes a los servicios sanitarios públicos, que deben ofrecer atención integral, de calidad y adaptada a esta población[34]. En nuestro país, la mayoría de edad sanitaria se establece en los 16 años, pero hemos de saber que entre los 12 y los 15 años el pediatra puede considerar que el menor cuenta con madurez suficiente («menor maduro») para aceptar la realización de pruebas, tratamientos y decidir si se informa o no a su familia[35].
- También debe asegurarse el acceso libre y gratuito a diferentes métodos de barrera (preservativos) y lubricantes desde centros sanitarios, comunitarios o educativos.
- La vacunación es una de las herramientas más útiles para la prevención de enfermedades infecciosas, entre ellas las ITS. Actualmente está aprobado y debe revisarse el

calendario vacunal y recomendarse las vacunas que se presentan en la tabla 2[36,37].

- El cribado en adolescentes debe realizarse ante vida sexual activa, debiéndose facilitar mediante la autotoma. En los niños y niñas el cribado se llevará a cabo siempre que exista sospecha de violencia sexual.
- Es importante asegurar el seguimiento y la recogida de resultados de pruebas realizadas, así como el acceso a tratamiento en caso de ser necesario. En caso de dudas sobre adherencia al tratamiento, deben ofrecerse pautas cortas, unidosis, administradas en la misma consulta, asegurando así que se realiza de forma correcta.
- Es importante realizar estudio de contactos, abordando así a población asintomática que puede propagar ITS a nivel comunitario.
- Deben conocerse y facilitarse el acceso a los programas de profilaxis pre y post-exposición de VIH. La PrEP ha demostrado ser eficaz y segura y está aprobada en nuestro país en adolescentes desde los 16 años[39].
- Las ITS deterioran la calidad de vida por las posibles complicaciones derivadas (como infertilidad) y por el estigma adicional asociado a las ITS que dificulta que se disfrute de una vida sexual plena. Es por ello que se debe monitorizar e incorporar la medición de la calidad de vida en la práctica clínica habitual, promover la salud psicosocial de la población adolescente, e incidir en la eliminación de las barreras sociales y legales y la reducción del estigma[40].

Financiación

Red de Investigación CIBERINFEC del ISCIII (CB21/13/00077).

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud, 2025. Infecciones de transmisión sexual (ITS). Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)
2. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2024. 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.
3. Ministerio de Sanidad, Grupo de Estudio del Sida (GeSIDA), SEIMC, SEIP. Documento de Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Plan Nacional sobre el Sida (PNS). 2024. Disponible en: https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/seimc-dc-2024-Documento-ITS-geits-gesida-gehep.pdf
4. Informe Juventud en España 2024. Entre la emergencia y la resiliencia. Ministerio de Juventud e Infancia. Disponible en: https://www.injuve.es/sites/default/files/EJ190/02_INFORME-JUVENTUD-2024_RESUMEN.pdf
5. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70:1–187.
6. Jimenez-Betancort J, Broto C, Espiau M, Epalza C. Sexually transmitted infections in adolescents: age-specific issues. Pediatr Infect Dis J. 2025;44:e296–9, http://dx.doi.org/10.1097/INF.0000000000004864.
7. Peters R, Grinsztejn B, Celum C, et al. Innovations in the biomedical prevention, diagnosis, and service delivery of HIV and other sexually transmitted infections. Lancet. 2025;406:2133–51, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00983-3.
8. Ashby J, Browne R, Dwyer E, et al. BASHH National Guideline on the management of sexually transmitted infections and related conditions in children and young people (2021). 2021. Disponible en: https://www.bashh.org/_userfiles/pages/files/resources/children_and_yp_2021.pdf
9. Oberg C, Hogan M, Bertrand J, et al. Health care access, sexually transmitted diseases, and adolescents: identifying barriers and creating solutions. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2002;32:320–39.
10. Garney WR, Flores SA, Garcia KM, et al. Adolescent healthcare access: a qualitative study of provider perspectives. J Prim Care Community Health. 2024;15, 21501319241234586.
11. Coleman DL, Rosoff PM. The legal authority of mature minors to consent to general medical treatment. Pediatrics. 2013;131:786–93.
12. Fernández Fernández D, Calvo González S, San Fabián Maroto JL. La educación sexual como contenido curricular en la formación inicial del profesorado. Revista Internacional de Educación para la Justicia Social. 2023;12:171–90, http://dx.doi.org/10.15366/riejs2023.12.2.010.
13. Educación afectivo-sexual en los contenidos educativos. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/docs/temas/3.5.1.Educacionafectivo-sexualenlosconteni doseducativos.pdf
14. Amondara A, Herrero Curiel E. La alfabetización mediática en la educación sexual de adolescentes en centros públicos españoles. Comunicación y Sociedad. 2025, http://dx.doi.org/10.32870/cys.v2025.89364.
15. Diamond LM, Alley J. Rethinking minority stress: a social safety perspective on the health effects of stigma in sexually-diverse and gender-diverse populations. Neurosci Biobehav Rev. 2022;138:104720.
16. Pierluigi D, Esposito S. Epidemiology, risk factors, and prevention strategies of HIV, HPV, and other sexually transmitted infections among cisgender and transgender youth: a narrative review. Front Public Health. 2024;12:1342532.
17. Long JR, Damle LF. Adolescent sexuality. Obstet Gynecol Clin North Am. 2024;51:299–310.
18. Jensen JS, Unemo M. Antimicrobial treatment and resistance in sexually transmitted bacterial infections. Nat Rev Microbiol. 2024;22:435–50, http://dx.doi.org/10.1038/s41579-024-01023-3.
19. Gottlieb SL, Spielman E, Abu-Raddad L, Aderoba AK, Bachmann LH, Blondeel K, et al. WHO global research priorities for sexually transmitted infections. Lancet Glob Health. 2024;12:e1544–51.
20. Hang WE, Kirkcaldy RD, Bernstein KT, Galloway E, Learner ER. Effectiveness of menb-4C vaccine against gonorrhea: a systematic review and meta-analysis. J Infect Dis. 2025;231:61–70.
21. Molina JM, Bercot B, Assoumou L, Rubenstein E, Algarte Genin M, Pialoux G, et al., ANRS 174 DOXYVAC Study Group. Doxycycline prophylaxis and meningococcal group B vaccine to prevent bacterial sexu ally transmitted infections in France (ANRS 174 DOXYVAC): a multicentre, open-label, randomised trial with a 2 × 2 factorial design. Lancet Infect Dis. 2024;24:1093–104, http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(24) 00236-6.
22. Roe SK, Zheng B, Gulati S, Genco C, Ram S, Massari P. Preclinical in vivo evaluation of a gonococcal multivalent vac-

cine containing antigens identified by CASS. Front Immunol. 2025;16:1688536.
23. Abraham S, Juel HB, Bang P, Cheeseman HM, Dohn RB, Cole T, et al. Safety and immunogenicity of the chlamydia vaccine candidate CTH522 adjuvanted with CAF01 liposomes or aluminium hydroxide: a first-in-human, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 1 trial. Lancet Infect Dis. 2019;19:1091–100.
24. Chang JY, Balch C, Oh HS. Toward the eradication of herpes simplex virus: vaccination and beyond. Viruses. 2024;16:1476.
25. Anderson DJ, Bearak JM, Grimstad FW, Palanee-Phillips T, van der Straten A. Biomedical innovations in contraception: gaps, obstacles, and solutions for sexual and reproductive health. Lancet Lond Engl. 2025;406:2119–32.
26. Henderson JT, Senger CA, Henninger M, Bean SI, Redmond N, O'Connor EA. Behavioral counseling interventions to prevent sexually transmitted infections: updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. JAMA. 2020;324:682–99.
27. Friedman JC, Cannon B, Tyson N, Kang M. Providing adolescent-friendly sexually transmitted infection screening and treatment services. Curr Opin Obstet Gynecol. 2024;36:362–71.
28. Wood SM, Bauermeister J, Fiks AG, Phillips AW, Richardson HM, Garcia SM, et al. Adolescent preferences for a pediatric primary care-based sexually transmitted infection and HIV prevention intervention. J Adolesc Health. 2024;74:1231–8.
29. Mitjà O, Suñer C, Giacani L, Vall-Mayans M, Tiplica GS, Ross JDC, et al. Treatment of bacterial sexually transmitted infections in Europe: gonorrhoea, *Mycoplasma genitalium*, and syphilis. Lancet Reg Health Eur. 2023;34:100737.
30. Murray GL, Plummer EL, Bodiyabadu K, Vodstrcil LA, Huaman JL, Danielewski JA, et al. gyrA mutations in *Mycoplasma genitalium* and their contribution to moxifloxacin failure: time for the next generation of resistance-guided therapy. Clin Infect Dis. 2023;76:2187–95.
31. Grubb LK, Powers M, Committee on Adolescence. Emerging issues in male adolescent sexual and reproductive health care. Pediatrics. 2020;145, e20200627.
32. CDC. Sexually Transmitted Infections (STIs). 2025 [consultado 16 Dic 2025]. Expedited Partner Therapy. Disponible en: https://www.cdc.gov/sti/hcp/clinical-guidance/expedited-partner-therapy.html
33. Global Health Sector Strategies on, Respectively, HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections for the Period 2022-2030. Geneva: World Health Organization; 2022.
34. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2022.
35. González León C. Aspectos legales sobre el paciente menor de edad. En: Congreso de Actualización en Pediatría 2022. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2022. p. 135–40.
36. Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Manual de inmunizaciones en línea de la AEP. Madrid: AEP; 2025 [consultado 12 Ene 2026]. Disponible en: http://vacunasaep.org/documentos/manual/manual-de-vacunas
37. 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. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/MonkeyPox/docs/Actualizacion_Propuesta_vacunacion_Monkeypox_sep2024.pdf
38. Wang B, Giles L, Andraweera P, McMillan M, Beazley R, Almond S, et al. Long-term protection against invasive meningococcal B disease and gonococcal infection 5 years after implementation of funded childhood and adolescent 4CMenB Vaccination Program in South Australia: an observational cohort and case-control study. Clin Infect Dis. 2025;81:e202–10, http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaf372. PMID: 40644358; PMCID: PMC12596398.
39. 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 de 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PrEP/Manual_PrEP_FINAL.pdf
40. Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España 2021-2030. Ministerio de Sanidad; 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planNalSida/Plan_de_Prevencion_y_Control1.pdf