



ARGUMENTARIO PROTOCOLO DoxyPEP



Profilaxis postexposición con doxiciclina para la prevención de ITS bacterianas: evidencia, recomendaciones internacionales y marco de implementación para profesionales sanitarios

Documento de posicionamiento argumentativo · Octubre de 2026 · Dirigido a profesionales sanitarios (Medicina de Adicciones, Medicina Preventiva, Urgencias, Microbiología Clínica, Enfermería, Farmacia Hospitalaria)

Escanear el código QR para descargar el documento en PDF con sus enlaces a sus referencias documentales.

1. Objetivo y ámbito del documento

Este argumentario tiene como finalidad dotar a los profesionales sanitarios de un marco sólido, basado en evidencia y consenso institucional, para la consideración y la implementación del protocolo DoxyPEP (profilaxis postexposición con doxiciclina) como estrategia de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) bacterianas en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres transgénero (MTG) con riesgo elevado o ITS recurrentes. Se fundamenta en: (i) los ensayos clínicos aleatorizados publicados; (ii) el Documento de Posicionamiento sobre el uso profiláctico de doxiciclina para prevenir las ITS (doxi-PEP) de la SEIMC, a través de GEITS, GESIDA y GEMARA (marzo de 2024); y (iii) de manera central, la primera directriz de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre DoxyPEP (2026), que emite una recomendación formal a favor de su uso en las poblaciones diana.

Documentos fuente: [Directriz OMS sobre DoxyPEP \(2026\)](#) · [Documento de posicionamiento SEIMC GEITS-GESIDA-GEMARA \(2024\)](#)

2. Contexto epidemiológico: la necesidad de nuevas herramientas

- Las ITS bacterianas (sífilis, clamidiasis y gonococia) muestran un aumento sostenido de incidencia en Europa y España en los últimos años, con especial impacto en HSH y MTG, colectivos desproporcionadamente afectados.
- La sífilis presenta brechas importantes de diagnóstico, seguimiento y tratamiento; sus consecuencias (neurosífilis, sífilis congénita) son evitables pero siguen produciéndose.



- La Profilaxis Preexposición (PrEP) frente al VIH ha transformado la prevención del VIH pero se ha asociado a cambios conductuales con aumento de ITS bacterianas, generando una brecha preventiva que los condones por sí solos no están cerrando.
- La comunidad ya utiliza doxiciclina de forma informal (autocompra, pastillas sobrantes, compras por internet). Prescribir de forma supervisada desplaza este uso descontrolado hacia un uso con seguimiento, información y vigilancia.

3. Qué es el protocolo DoxyPEP

La DoxyPEP consiste en la administración de doxiciclina 200 mg por vía oral lo antes posible tras un contacto sexual oral, anal o vaginal sin preservativo, idealmente dentro de las primeras 24 horas y nunca más allá de las 72 horas. En la directriz de la OMS la pauta es de dosis única (200 mg) tras el contacto, en modalidad event-driven, sin más de una dosis en un periodo de 24 horas. El protocolo debe integrarse dentro de un paquete integral de salud sexual: cribado periódico de ITS, prevención del VIH (PrEP), consejo sobre reducción de riesgos, preservativos y servicios de rastreo de contactos. No protege frente a ITS virales (VIH, mpox, VHB) y no sustituye a ninguna medida preventiva existente.

4. Base de evidencia científica

4.1. Ensayos clínicos aleatorizados (ECA)

Los ECA evaluados en el propio documento de posicionamiento SEIMC (tabla 1) muestran resultados consistentes en la población diana:

- 1. Estudio IPERGAY:** Francia (estudio ANRS IPERGAY, Molina et al., Lancet Infect Dis 2018; subestudio abierto aleatorizado en HSH y MTG en PrEP con doxiciclina): reducción del 70% de clamidia (HR 0,30; IC 95% 0,13-0,70) y del 73% de sífilis (HR 0,27; IC 95% 0,07-0,98). Calidad de evidencia: alta.
- 2. Estudio DoxyPEP:** Estados Unidos (Luetkemeyer et al., N Engl J Med 2023; N=554 HSH y MTG, en PrEP o con VIH): reducción de la primera ITS del 67% en participantes en PrEP (RR 0,33; IC 95% 0,23-0,47) y del 58% en personas con VIH (RR 0,42; IC 95% 0,25-0,75). Calidad de evidencia: alta.
- 3. Estudio DOXYVAC:** Francia (ANRS 174 DOXYVAC, Molina et al., CROI 2023; N=502 HSH en PrEP, ensayo abierto aleatorizado): reducción significativa de clamidia y sífilis, con buena tolerancia.
- 4. Estudio dPEP:** Kenia (Stewart et al., N Engl J Med 2023; N=449 mujeres cisgénero): sin reducción de la incidencia de ITS. Resultado crucial: define el límite de la evidencia y justifica restringir la recomendación a HSH y MTG.



4.2. Datos de mundo real

En San Francisco, tras la implementación de las directrices de DoxyPEP (octubre 2022), un análisis de serie temporal interrumpida sobre vigilancia poblacional (Cohen et al., JAMA Intern Med 2024-2025) encontró a los 13 meses reducciones respecto a lo proyectado del 49,6% (IC 95% -59,1 a -38,1) en clamidia y del 51,4% (IC 95% -58,2 a -43,5) en sífilis primaria temprana entre HSH y MTG, sin descenso de gonorrea; el aumento concurrente de clamidia en mujeres cisgénero (población sin recomendación) respalda la atribución a la DoxyPEP. A nivel de clínica, la Magnet Clinic de San Francisco reportó descensos del 67% en clamidia y del 78% en sífilis entre sus usuarios de PrEP, con una adopción del 28-39%. En King County (Seattle), la incidencia de sífilis primaria temprana entre HSH descendió ~46% desde 2023. En España, una cohorte de alto riesgo de HSH del sur del país atendida en servicios de PrEP mostró aceptación elevada y reducciones sustanciales de incidencia por 100 personas-año (C. trachomatis de 31,4 a 7,8; N. gonorrhoeae de 41,5 a 28,9; sífilis de 21,5 a 3,2), confirmando seguridad y eficacia en atención rutinaria.

4.3. Síntesis de efectividad en la directriz OMS

La OMS estima que DoxyPEP reduce sustancialmente la incidencia de sífilis (RR 0,20; IC 95% 0,11-0,37; certeza alta) y clamidia (RR 0,15; IC 95% 0,10-0,23; certeza alta), con reducción moderada e inconsistente de la gonorrea (RR 0,52; IC 95% 0,40-0,68; certeza moderada) dependiente de los niveles locales de resistencia a tetraciclinas. El Grupo Desarrollador de la Directriz consideró que la potente protección frente a la sífilis es el beneficio más valioso, dados su patogenicidad, su impacto sanitario y las brechas de su atención clínica.

4.4. Impacto sobre el microbioma y el resistoma intestinal

El único estudio metagenómico publicado hasta la fecha sobre DoxyPEP (Chu et al., Nature Medicine 2024; subanálisis del ensayo DoxyPEP con metagenómica y metatranscriptómica de hisopos rectales en 150 participantes durante 6 meses) aporta el dato experimental más directo sobre las dos principales incógnitas de seguridad poblacional. Sus resultados, en síntesis:

- El microbioma intestinal permanece esencialmente estable: sin cambios en diversidad alfa ni beta, masa bacteriana ni taxonomía a los 6 meses de uso, y sin aumento de patógenos de interés (C. difficile, N. gonorrhoeae, M. genitalium).
- El resistoma muestra expansión proporcional modesta de genes de resistencia a tetraciclinas (46% → 51% del resistoma por metagenómica; 4% → 15% de la fracción expresada), con incremento dependiente de la dosis: solo los participantes con >25 dosis acumuladas (uso intensivo, por encima de la mediana del ensayo) mostraron cambios significativos.
- No se observó co-selección de resistencias a otras familias de antibióticos (incluidas beta-lactámicos y macrólidos) ni detección de carbapenemasas de alta preocupación (KPC, NDM, VIM, OXA-48).



Valoración argumentativa: el estudio confirma que la presión selectiva de la DoxyPEP existe pero es específica de tetraciclinas, modesta, dependiente del volumen de exposición y —hasta donde alcanza el dato actual— sin traducción demostrada en resistencia fenotípica clínicamente relevante. Refuerza dos decisiones del protocolo: la indicación restringida a usuarios intensos (que son precisamente los que más se benefician) y la vigilancia de resistencias como componente obligado de la implementación.

5. Contexto temporal y peso de cada documento: evolución 2024 → 2026

Es esencial situar cada documento en su momento del ciclo de evidencia, porque su peso argumentativo difiere:

- **El documento SEIMC (marzo de 2024) es anterior a la directriz OMS:** Fue redactado cuando los cuatro ECA estaban publicados, pero el posicionamiento global estaba fragmentado: los CDC solo describían cómo administrarla, la IAS-USA la limitaba a uso individualizado, la EACS la consideraba en ITS recurrentes, y BASHH/UKHSA no la respaldaban. La propia SEIMC constataba que la OMS no había emitido declaración alguna. En ese contexto, su prudencia —limitar la doxi-PEP a prescripción individualizada en HSH/MTG con ITS reiteradas— era la posición técnicamente correcta para su fecha. Sus ocho consideraciones operativas (decisión compartida, no sustitución de medidas preventivas, exclusión de mujeres cisgénero y hombres trans, necesidad de estudios longitudinales) permanecen vigentes como marco de prudencia clínica.
- **La directriz de la OMS (2026) es posterior y de mayor jerarquía:** Se ha emitido tras un proceso formal de desarrollo de directrices (segunda edición del Manual OMS, revisión sistemática con GRADE y CERQual, grupo desarrollador internacional, comité externo de revisión y consulta global comunitaria). Incorpora además evidencia acumulada desde 2024: datos de mundo real de San Francisco y Seattle, el consenso australiano de 2024, la guía clínica específica de los CDC (junio de 2024), la cohorte española de usuarios de PrEP y estudios de consumo de antibióticos. Su recomendación condicional con certeza moderada convierte a la DoxyPEP en estrategia avalada por el organismo de salud pública de máxima autoridad sanitaria, con el mandato explícito de integrarla en programas con vigilancia de RAM.
- **Consecuencia argumentativa:** El documento SEIMC 2024 no contradice la directriz OMS 2026: la precede y la condicionaba precisamente a la existencia de ese consenso. La lectura correcta en 2026 es de continuidad y actualización: los criterios operativos SEIMC (indicación individualizada, decisión compartida, paquete integral de prevención, exclusión de poblaciones sin evidencia, vigilancia de resistencias) se mantienen, y la directriz OMS aporta lo que faltaba en 2024 — legitimidad institucional global, priorización poblacional y mandato de implementación programática. Citar el documento SEIMC como "argumento en



contra" en 2026 es anacrónico: sus propios firmantes se comprometieron a revisión periódica de la evidencia en una u otra dirección.

6. Recomendaciones de organismos y sociedades científicas

6.1. Organización Mundial de la Salud (directriz 2026)

Recomendación central: "La DoxyPEP puede ofrecerse a hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transgénero para la prevención de ITS bacterianas" (Recomendación condicional; certeza moderada de la evidencia).

- Priorizar a HSH y MTG con ITS bacteriana reciente o recurrente, especialmente sífilis, y a quienes pertenecen a redes o entornos de alta incidencia.
- Exigir integración en un paquete integral de prevención de ITS (no sustituye al preservativo ni al cribado).
- No recomendarla para otras poblaciones (incluidas mujeres cisgénero, en coherencia con el ensayo dPEP) ni como profilaxis preexposición diaria (PrEP con doxiciclina).

6.2. Sociedades científicas españolas: Documento de Posicionamiento SEIMC (GEITS, GESIDA y GEMARA, marzo 2024)

El documento SEIMC constata que los ECA evidencian una reducción significativa del riesgo de sífilis, clamidiasis y, en menor medida, gonorrea. Sin embargo, por ser anterior a la directriz OMS, lo formula con cautela: considera la evidencia aún insuficiente para recomendar su utilización sistemática y propone limitarla de manera individualizada. Sus ocho consideraciones concretas son:

- 1. Punto 1:** La doxiciclina no está aprobada para la prevención de ITS: su uso en este contexto se considera fuera de indicación.
- 2. Punto 2:** La prescripción se valorará únicamente y de manera individualizada en HSH o MTG que tienen sexo con hombres y que han presentado reiteradas ITS en el último año.
- 3. Punto 3:** La toma (200 mg) debe hacerse lo antes posible tras un contacto sexual oral, anal o vaginal sin preservativo, idealmente en las primeras 24 horas, y nunca después de las 72 horas.
- 4. Punto 4:** La decisión debe ser compartida con el paciente, informándole de que el uso está fuera de indicación y exponiéndole la efectividad, beneficios y riesgos.
- 5. Punto 5:** La prevención con doxi-PEP no debe realizarse a expensas de las medidas preventivas establecidas: es fundamental informar sobre la importancia de mantener relaciones sexuales con preservativo.
- 6. Punto 6:** No se ha demostrado eficacia en mujeres cisgénero ni en hombres trans, por lo que no debe considerarse en estos grupos.



7. Punto 7: Es necesario generar evidencia sobre el impacto a medio y largo plazo en la selección y diseminación de resistencias a tetraciclinas y en la alteración de la microbiota, desarrollando estudios longitudinales.

8. Punto 8: Es fundamental revisar periódicamente las evidencias sobre beneficios y riesgos para que los profesionales tomen las decisiones más oportunas.

Lectura argumentativa: la directriz de la OMS (2026) resuelve exactamente las dos cautelas que la SEIMC condicionaba en 2024 —la ausencia de posicionamiento de la OMS y el consenso internacional—, manteniendo inalterados el resto de criterios (indicación individualizada, decisión compartida, no sustitución de medidas preventivas, exclusión de mujeres cisgénero y hombres trans, vigilancia de RAM). La implementación según la directriz OMS es, por tanto, plenamente coherente con el documento SEIMC.

6.3. Otros marcos internacionales

- CDC (EE. UU.): guía clínica específica publicada en junio de 2024 (actualizada posteriormente), recomendando ofrecer DoxyPEP a HSH y MTG con ITS en el último año, como parte de un abordaje integral de salud sexual.
- IAS-USA: uso individualizado a la espera de más datos sobre RAM y microbioma.
- EACS: la doxi-PEP puede considerarse en individuos con ITS recurrentes, tanto si viven con el VIH como si están en PrEP.
- BASHH / UKHSA (Reino Unido): no respaldan su utilización como PEP o PrEP hasta contar con más evidencia — discrepancia que la recomendación formal de la OMS contribuye a matizar, aunque reafirma la necesidad de vigilancia de RAM.
- Sociedad Australiana de Medicina del VIH (ASHM, 2024): consenso favorable "principalmente" para prevención de sífilis en HSH en riesgo.

El posicionamiento global converge en una conclusión práctica: DoxyPEP es una herramienta eficaz y aceptable cuando se aplica a la población correcta, con selección individualizada y seguimiento.

7. Argumentos a favor de la implementación

1. Legitimidad institucional: La OMS ha elevado la DoxyPEP de "evidencia emergente" a "recomendación formal", lo que habilita su integración en los programas de salud pública y reduce la incertidumbre jurídico-asistencial de prescribirla.

2. Eficacia demostrada: Reducción de sífilis ~80% y clamidia ~85% (certeza alta OMS) en poblaciones en las que estas infecciones alcanzan tasas epidémicas. Ninguna otra intervención disponible hoy ofrece esta magnitud de protección.



3. Seguridad y coste: La doxiciclina es un antibiótico de perfil de seguridad bien caracterizado, barato y disponible. Los efectos adversos fueron leves (predominantemente gastrointestinales) y los eventos adversos graves fueron raros e iguales entre usuarios y no usuarios.

4. Aceptabilidad: Alta aceptabilidad entre usuarios, especialmente integrada en servicios existentes de salud sexual. Los usuarios valoran la autonomía, la confidencialidad y recibir información clara sobre beneficios y riesgos.

5. Control del uso real: El uso informal de doxiciclina como "PEP casera" ya existe. Prescribir dentro de protocolo permite identificar a los usuarios, informarles, cribarles periódicamente y monitorizar resistencias; no prescribir no detiene el fenómeno, solo lo deja invisibilizado.

6. Equidad: La directriz OMS subraya que la disponibilidad de una guía formal mejora la equidad (acceso a medicamentos de calidad garantizada, reducción de canales informales), la confianza entre sistemas sanitarios y comunidades, y la lucha contra el estigma.

7. Coste-efectividad potencial: El ahorro derivado del menor diagnóstico y tratamiento de ITS sintomáticas puede compensar parcialmente los costes de implementación, aunque se reconoce incertidumbre en este punto.

8. Respuesta a las objeciones habituales

1. Ante la objeción: "Fomentará resistencias a los antimicrobianos (RAM)": La OMS clasifica la certeza de la evidencia sobre impacto de DoxyPEP en RAM como baja, y en su mayoría muy baja. No se ha demostrado resistencia de *C. trachomatis* ni de *T. pallidum* a doxiciclina. Existe señal de selección de resistencia a tetraciclinas en *N. gonorrhoeae*, pero el balance beneficio-daño es favorable si se prioriza a quien más se beneficia (riesgo alto, ITS recurrente), se usa dosis event-driven y se mantiene la vigilancia microbiológica. Precisamente la evidencia insuficiente es un argumento para implementar con monitorización, no para dejar el uso sin supervisión — exactamente lo que pedía también el punto 7 del documento SEIMC.

2. Ante la objeción: "Es un uso fuera de indicación": En España el uso profiláctico de doxiciclina está fuera de ficha técnica (punto 1 del documento SEIMC). Este es un obstáculo regulador manejable, no un argumento clínico: es la situación habitual de numerosas prácticas basadas en evidencia. La vía adecuada es la prescripción individualizada con decisión compartida e información documentada al paciente (punto 4 SEIMC), exactamente como recomienda SEIMC y la OMS. Además, la recomendación formal de la OMS es el primer paso para que las autoridades sanitarias reconsideren la indicación.

3. Ante la objeción: "Puede alterar el microbioma": La evidencia disponible no demuestra efectos clínicamente relevantes sobre el microbioma. Es un área de investigación activa y de seguimiento razonable (punto 7 SEIMC), pero con evidencia actual insuficiente para contraindicar la intervención en poblaciones con alto riesgo de ITS.



4. Ante la objeción: "No protege bien de la gonorrea": La eficacia frente a gonorrea es moderada (RR 0,52) y depende de la resistencia basal local a tetraciclinas — la propia SEIMC ya la califica de menor medida. Los datos de mundo real de San Francisco muestran incluso un posible repunte de gonorrea a nivel poblacional, coherente con niveles altos de resistencia a tetraciclinas. La respuesta práctica no es descartar DoxyPEP, sino: (a) informar al paciente de que el beneficio principal es sífilis y clamidia; (b) realizar cribados periódicos de gonorrea con sensibilidad antimicrobiana; (c) no utilizar la dosis de DoxyPEP como tratamiento de una gonococia establecida.

5. Ante la objeción: "Falló en mujeres cisgénero, ¿por qué funcionaría aquí?": El ensayo dPEP en mujeres cisgénero (Kenia) fue negativo. Tanto la recomendación OMS como el punto 6 del documento SEIMC limitan explícitamente la indicación a HSH y MTG (y SEIMC excluye además a hombres trans). Aplicar el protocolo solo a su población diana es precisamente lo que la evidencia respalda.

6. Ante la objeción: "Podría desincentivar el preservativo o el cribado": Tanto la OMS como la SEIMC (punto 5) condicionan la DoxyPEP a no realizarse a expensas de las medidas preventivas establecidas. Se recomienda prescripción por profesionales sanitarios y no disponibilidad en farmacia sin receta, precisamente para preservar la selección de candidatos y el seguimiento. El objetivo del protocolo es la prevención complementaria, no la sustitución del preservativo ni del cribado.

9. Propuesta de implementación práctica (síntesis OMS + SEIMC)

1. Población diana: HSH y MTG que tienen sexo con hombres, con ITS bacteriana (especialmente sífilis) reciente o recurrente en el último año, o integrados en redes de alta incidencia — criterio coincidente entre OMS y punto 2 del documento SEIMC. Reevaluar la elegibilidad periódicamente. Evitar el uso poblacional generalizado.

2. Pauta: Doxiciclina 200 mg VO lo antes posible tras contacto sexual sin preservativo, idealmente <24 h, máximo 72 h (pauta única según OMS; el documento SEIMC la redacta como 200 mg/día, entendiéndose toma tras el contacto de riesgo). Máximo una toma en 24 h. Uso event-driven; no existe evidencia para uso diario (no DoxyPrEP).

3. Paquete integral: Incluir oferta/continuidad de PrEP del VIH, cribado de ITS cada 3-6 meses (incluida gonorrea extragenital), consejo de reducción de riesgos, preservativos y rastreo de contactos. No a expensas de las medidas preventivas establecidas (punto 5 SEIMC).

4. Decisión compartida: Informar por escrito del uso fuera de indicación, efectividad, riesgos y limitaciones (sin protección frente a ITS virales ni garantizada frente a gonorrea) y obtener acuerdo documentado (punto 4 SEIMC).

5. Vigilancia de RAM y generación de evidencia: Cultivo/PCR con antibiograma de *N. gonorrhoeae* en casos de infección durante DoxyPEP; registro de pacientes en tratamiento;



coordinación con Microbiología y Unidad de Prevención; notificación a las redes de vigilancia de RAM. Desarrollo de estudios longitudinales que evalúen la selección de resistencias y alteración de la microbiota (punto 7 SEIMC).

6. Registro: Base de datos de pacientes en DoxyPEP para trazabilidad, seguimiento de resultados y alimentación de la evidencia nacional.

7. Formación: Incorporar formación específica a médicos de familia, urgencias, salud sexual y farmacias comunitarias, con material divulgativo adaptado para pacientes.

10. Conclusión

La evidencia científica disponible, la recomendación formal de la Organización Mundial de la Salud (2026) — posterior a y jerárquicamente superior al posicionamiento SEIMC (2024) — y el marco de indicación individualizada fijado por la SEIMC convergen en señalar que DoxyPEP es hoy una herramienta eficaz, segura, aceptable y de bajo coste para prevenir la sífilis y la clamidiasis en HSH y mujeres transgénero con riesgo elevado de ITS. La directriz OMS desbloquea precisamente las cautelas que el documento SEIMC de 2024 condicionaba a la falta de consenso internacional, manteniendo inalterados sus criterios de prudencia clínica; sus firmantes se comprometieron expresamente a revisar el posicionamiento a la luz de nueva evidencia, compromiso que la directriz OMS materializa. Los riesgos potenciales (resistencias, microbioma) son reales pero de magnitud incierta y gestionables mediante una implementación selectiva, supervisada y con vigilancia. Mantener la inacción institucional en 2026 no elimina el uso de doxiciclina —que ya ocurre de forma informal—, sino que renuncia a la oportunidad de canalizarlo hacia una práctica clínica segura, equitativa y monitorizada, y contradice el mandato de la directriz OMS. Recomendamos a los servicios y profesionales sanitarios la incorporación de DoxyPEP a su cartera de prevención de ITS siguiendo los criterios descritos.

11. Referencias principales (con enlaces)

1. World Health Organization. Guideline on doxycycline post-exposure prophylaxis for sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender women. Ginebra: OMS, 2026.

<https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/guidelines/stis-guidelines/doxyep>

2. SEIMC (GEITS, GESIDA, GEMARA). Documento de posicionamiento sobre el uso profiláctico de doxiciclina para prevenir las ITS (doxi-PEP). Marzo 2024. <https://seimc.org/wp-content/uploads/2025/06/seimc-rc-2024-GEITS-GEMARA-GeSIDA-Posicionamiento-DoxiPEP.pdf>

3. Luetkemeyer AF, Donnell D, Dombrowski JC, et al. Postexposure doxycycline to prevent bacterial sexually transmitted infections. N Engl J Med. 2023;388(14):1296-1306.

<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2211934>



- 4.** Molina JM, Charreau I, Chidiac C, et al. Post-exposure prophylaxis with doxycycline to prevent sexually transmitted infections in men who have sex with men: an open-label randomised substudy of the ANRS IPERGAY trial. *Lancet Infect Dis.* 2018;18(3):308-317. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(17\)30725-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30725-9)
- 5.** Molina JM, Bercot B, Assoumou L, et al. ANRS 174 DOXYVAC: an open-label randomized trial to prevent STIs in MSM on PrEP. *CROI 2023; Seattle.* <https://www.croiconference.org/abstract/anrs-174-doxylvac-an-open-label-randomized-trial-to-prevent-stis-in-msm-on-prep/>
- 6.** Stewart J, Oware K, Donnell D, et al. Doxycycline prophylaxis to prevent sexually transmitted infections in women. *N Engl J Med.* 2023;389(25):2331-2340. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2304007>
- 7.** Kong FYS, Kenyon C, Unemo M. Important considerations regarding the widespread use of doxycycline chemoprophylaxis against sexually transmitted infections. *J Antimicrob Chemother.* 2023;78(7):1561-1568. <https://doi.org/10.1093/jac/dkad129>
- 8.** CDC. Clinical Guidance on the Use of Doxycycline Postexposure Prophylaxis for Bacterial Sexually Transmitted Infection Prevention. Junio 2024. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/doxyep.htm>
- 9.** European AIDS Clinical Society (EACS). Guidelines v10.0 (español), sección de prevención de ITS. <https://www.eacsociety.org/media/guidelines-10.0-spanish.pdf>
- 10.** Saunders J, Kohli M, Medland N, Fifer H. BASHH updated position statement on doxycycline as prophylaxis for sexually transmitted infections (2021 update). *Sex Transm Infect.* 2022. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9016249/>
- 11.** BASHH/UKHSA. Position statement on doxycycline as prophylaxis for sexually transmitted infections, 2021 update (PDF oficial). https://www.bashh.org/_userfiles/pages/files/resources/position_statement_refresh_2021_v1_1.pdf
- 12.** Roster KIO, Grad YH. Estimating changes in antibiotic consumption in the USA with the introduction of doxycycline post-exposure prophylaxis. *Lancet Microbe.* 2024;5(1):e9. [https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(23\)00314-2](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(23)00314-2)
- 13.** Cornelisse VJ, Riley B, Medland NA. Australian consensus statement on doxycycline post-exposure prophylaxis for sexually transmitted infections. *Med J Aust.* 2024;220(7):381-386. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Australian+consensus+statement+doxycycline+postexposure+prophylaxis+Cornelisse>
- 14.** Chu VT, Glascock A, Donnell D, et al. Impact of doxycycline post-exposure prophylaxis for sexually transmitted infections on the gut microbiome and antimicrobial resistome. *Nat Med.* 2024. <https://www.nature.com/articles/s41591-024-03274-2>
- 15.** Cohen SE, et al. Doxycycline postexposure prophylaxis and sexually transmitted infection trends in San Francisco: interrupted time series analysis (*JAMA Intern Med*, 2024-2025). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11877200/>



- 16.** Gosmann C, et al. Datos de cohorte española en usuarios de PrEP que recibieron doxi-PEP en atención rutinaria (sur de España). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=doxycycline+post-exposure+prophylaxis+PrEP+Spain+cohort>