

INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL

Sandra Paredes
Marta Besa

14 d'octubre de 2021

DE QUÈ PARLAREM?

- Epidemiologia
- Síndrome secretora
- Síndrome ulcerada
- Vaginitis aguda
- ITS exofítics
- Estudi de contactes
- Sexe segur / risc segons RS

PERQUÈ PARLEM D'INFECCIÓ I NO DE MALALTIA?

Infecció: del llatí *Infectio*, contaminar amb gèrmens

Malatia: del llatí *male habitus*, sentir-se malament, mancat de salut



Com a sanitaris podem actuar davant la infecció, sense haver d'esperar a la malaltia.

A QUÈ ENS REFERIM QUAN PARLEM D'ITS?

Bactèries

Sífilis
Gonocòccia
Clamidiasi
Limfogranuloma veneri
Xancroide
Granuloma inguinal



Virus

Herpes genital
Condilomes
Mol·lusc contagiós
Hepatitis (VHA, B i C)
VIH

Protozous

Tricomoniasi vagin

Artròpodes

Pediculosi pubis
Escabiosi

ULCERES GENITALS:

✓ Herpes genital

✓ Sífilis

- ✓ Linfogranuloma veneri
- ✓ Xancre tou o xancroide
- ✓ Granuloma engonal

URETRITIS I CERVICITIS:

✓ Uretritis gonocòccica (25%)

✓ Uretritis: (no gonocòccica)

✓ *Chlamydia T* 15-40%

✓ *Ureaplasma U* 10-30%

✓ *Trichomonas*

✓ *Mycoplasma*

HB (HC-HA)

HIV

Sífilis

LESIONS PAPULOSES I BERRUGOSES:

✓ *Molluscum contagiosum*
(*poxvirus*)

✓ Condilomes acuminats
(*Virus del papiloma humà*)

VULVOVAGINITIS:

✓ Gonocòccica

✓ *Chlamydia*

✓ Trichomoniasis

✓ **Candidiàsica**

✓ **Vaginosis bacteriana**

FARINGE / ANUS:

- Úlceres: xancre sifilític
- Gonococ / *Chlamydia*

LESIONS CUTÀNIES:

- *Pediculosis pubis*
- Escabiosis

EPIDEMIOLOGIA

- Situació epidemiològica actual de les ITS i la infecció pel VIH a Catalunya.



TENDÈNCIA DE LES ITS

1981-1996

Disminució de les ITS

VIH

Campanyes de sexe segur



1996- 2008

Europa- Barcelona

Brot en homosexuals

VIH +:

Hepatitis A

Gonocòccia

Sífilis

Limfogranuloma

inguinal

Moviments migratoris

Moviments de viatgers

Relaxació mesures preventives

Mitjans comunicació

1996- TARGA



Canvis de comportament sexual

Eines diagnòstiques més eficaces

TENDÈNCIA DE LES ITS

**Finals de 1996:
augment de
gonococ,
clamídia, sífilis a
Europa (brots
HSH)**

**1999: augment
d'ITS a Catalunya,
particularment en
HSH
Coinfecció**

**A partir de 2000-
2002 es detecta
aquest augment
d'ITS a la resta
d'Espanya**

TENDÈNCIA DE LES ITS

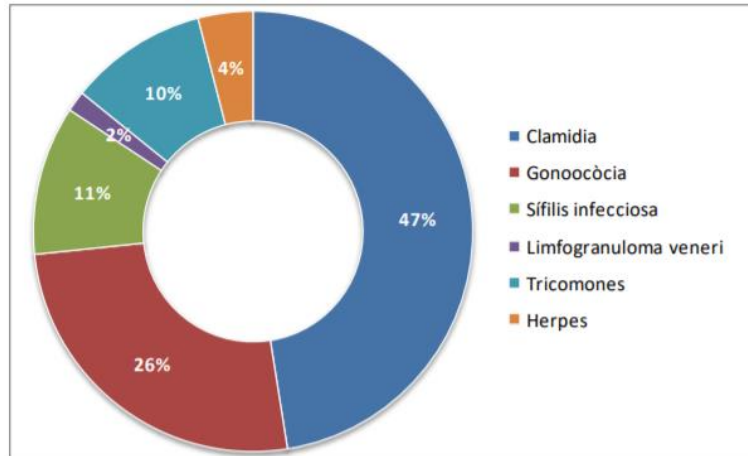


Figura 1. Distribució de les ITS notificades als sistemes de vigilància, Catalunya 2019.

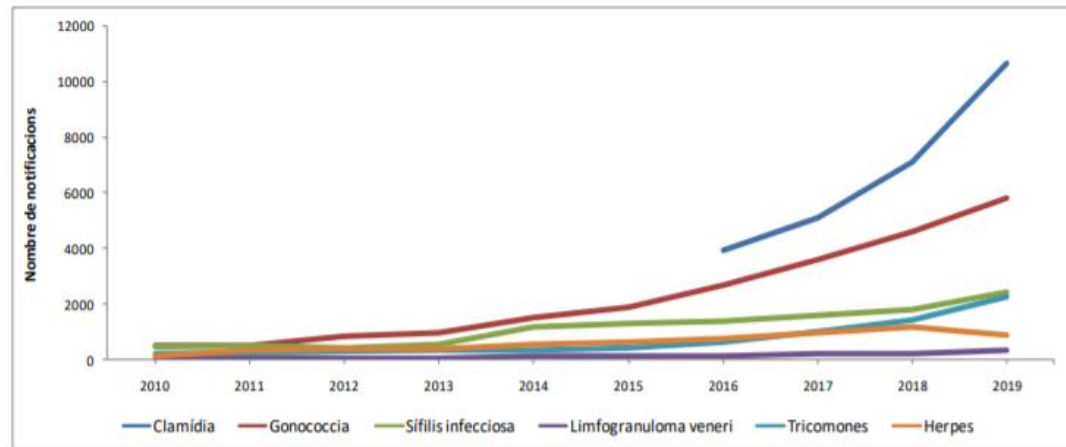


Figura 2. Evolució del nombre de casos d' ITS notificades als sistemes de vigilància, Catalunya, 2010-2019.

Vigilància epidemiològica de les Infeccions de Transmissió Sexual (ITS) a Catalunya

Informes anual 2019

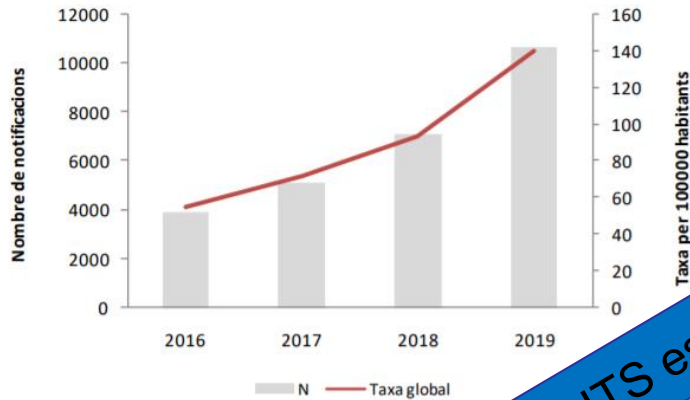


Figura 3. Evolució de la taxa per 100000 habitants dels casos notificats de clamídia, Catalunya, 2016-2019

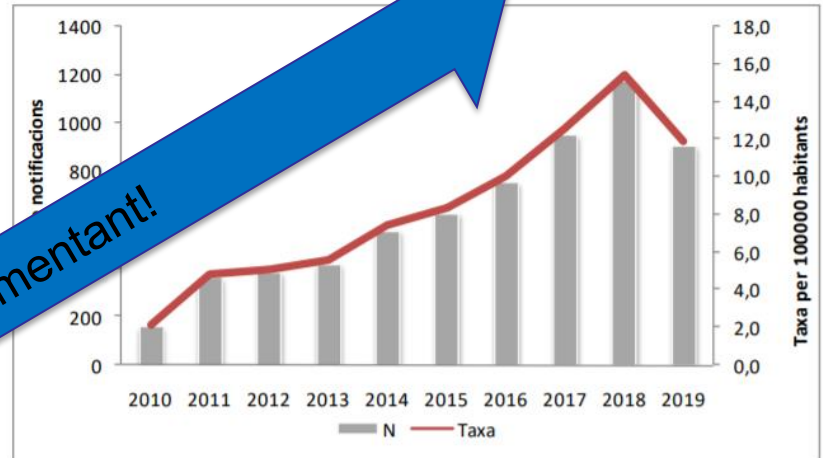


Figura 39. Evolució de la taxa per 100000 habitants dels casos notificats d'herpes, Catalunya 2010-2019.

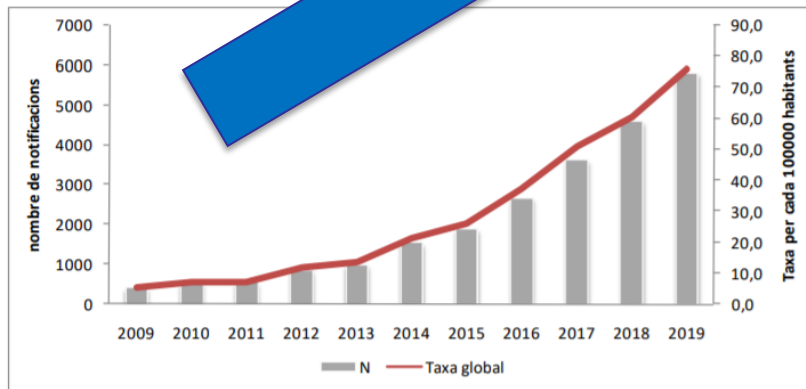


Figura 11. Evolució de la taxa per 100000 habitants dels casos notificats de gonocòccia, Catalunya 2010-2019.

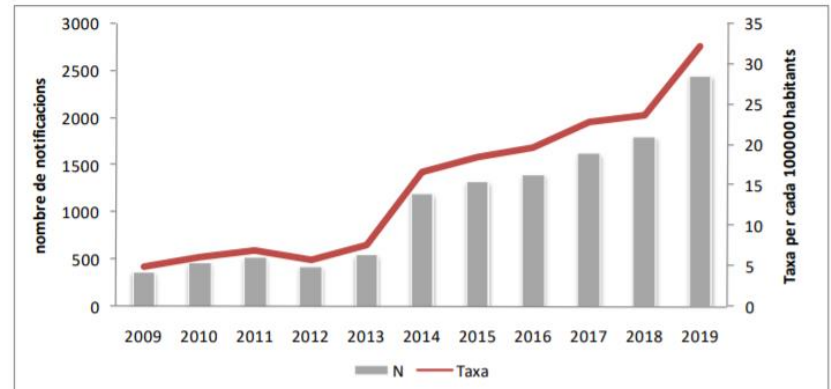


Figura 22. Evolució de la taxa per 1000000 habitants dels casos notificats de sífilis, Catalunya, 2010-2019.

Les ITS estan augmentant!



NOTIFICACIÓ DE LES ITS

MALALTIES DE DECLARACIÓ OBLIGATÒRIA

ITS	Codi	Tipus de declaració
Infecció genital per <i>Chlamydia trachomatis</i> D-K	A56.0; A56.1; A56.3; A56.4	MDO individualitzada (MDI)
Limfogranuloma veneri (CT L1-L2-L3)	A55	MDO individualitzada (MDI)
Infecció genital per <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	A54.0; A54.1; A54.5; A54.6; A54.9	MDO individualitzada (MDI)
Berrugues genitals o condilomes	A63.0	MDO numèrica
Tricomonosi	A59	MDO numèrica
Herpes genitals	A60.0; A60.1; A 60.9	MDO numèrica
Sífilis infecciosa o precoç	A51.0; A51.9	MDO individualitzada (MDI)
Sífilis no infecciosa o tardana	A52.0; A52.9	MDO numèrica
Infecció per VIH / SIDA	B20.3; B23; B24	MDO individualitzada (MDI)
Contacte sexual de persona amb ITS	Z20.2	-----

ENQUESTA EPIDEMIOLOGICA

Enquesta epidemiològica individualitzada de les infeccions de transmissió sexual. Informe de cas

Dades sociodemogràfiques

1. CIP 2. Nom i cognoms
3. Sexe Home Dona 4. Data de naixement (dd/mm/aa)
5. Municipi de residència habitual (adreça completa) Districte municipal Telèfon
6. País d'origen Any arribada (si no és nascut a Espanya)
7. Si resideix a l'estranger, especificar país
8. Nivell d'instrucció Sense formació Educació primària Educació secundària Educació universitària Desconegut/no hi consta

Dades del metge/ssa notificant

9. Nom i cognoms 10. Centre sanitari 11. Telèfon
12. Unitat ASSIR EAP Referent d'ITS UITS Dermatologia Urgències Unitat VIH Urologia
 Altres
13. Data de notificació (dd/mm/aa) Signatura

ITS que poden cursar amb
síndrome secretora
(cervicitis, uretritis, proctitis)

Més freqüent

•Gonorrea (NG):

- Exsudat purulent
- Incubació 2-7 dies
- Asimptomàtica (en 70% ♀ i en 10% ♂)

•Clamídia (CT):

- Exsudat seropurulent
- Incubació 2-6 setm
- Asimptomàtica (en 80% ♀ i en 50% ♂)

•*Mycoplasma genitalium* (MG)

•*Ureaplasma urealyticum* (UU)

•*Trichomonas vaginalis* (TV)

•Adenovirus

•VHS1 y VHS2

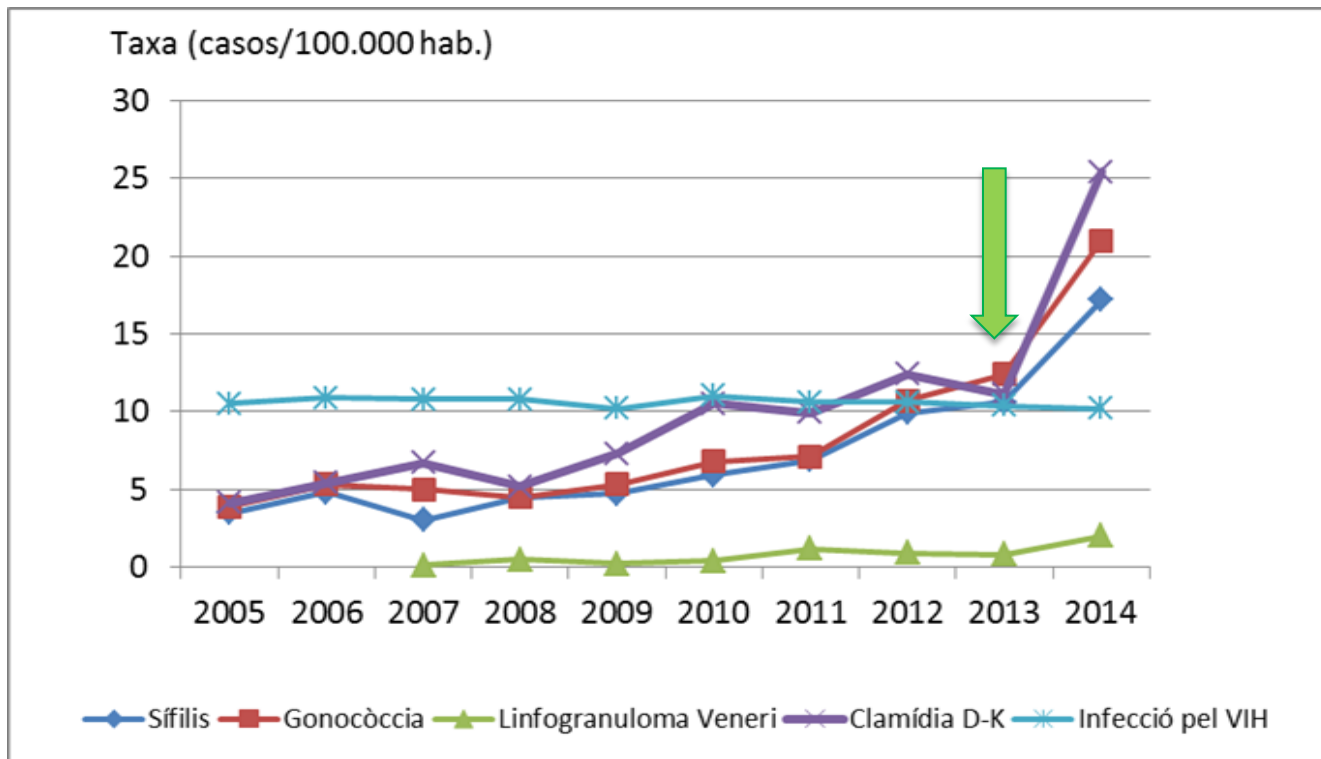
•*Haemophilus influenzae*...



20-40%
coïnfecció



ALGUNES DADES DE CATALUNYA



Evolució anual incidència casos nous a Catalunya 2005-2014. Informe SIVES 2015/CEEISCAT

Canvis recents en l'epidemiologia de les ITS (I)

➤ Al 2015:

- **865 diagnòstics nous del VIH (taxa de 12,0 x 100.000 hab).**
 - 273 casos corresponen a persones nouvingudes.
 - V. transmissió més freqüent: sexual: HSH o bisexuals (67,0% dels casos) i homes heterossexuals (16,0%).
- **Clamídia, nous diagnòstics: taxa de 37,6 x 100.000 hab.**
- **Gonocòccia, nous diagnòstics: taxa de 25,0 x 100.000 hab.**
- **Sífilis infecciosa, nous diagnòstics: taxa de 18 x 100.000 hab.**

➤ Excepte la clamídia, les altres ITS incloent-hi el VIH, els nous casos diagnosticats: més en homes que en dones, i entre els 20 i 40 anys.

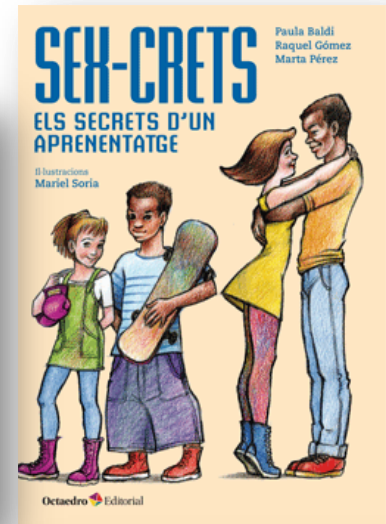
Canvis recents en l'epidemiologia de les ITS (II)

- **La taxa global de sífilis s'ha incrementat més d'un 350%** en el període 2005-2015, sobretot en homes i específicament en HSH.
- **La taxa global de gonocòccia s'ha incrementat en més d'un 400%**, en el període 2005-2015, la qual cosa és preocupant per la possibilitat d'aparició de resistències microbianes.
- **La taxa global de clamídia s'ha incrementat més d'un 600%** en el període 2005-2015. Aquesta infecció és freqüentment de naturalesa asimptomàtica i, per tant, el diagnòstic depèn de les polítiques de cribratge i de les estratègies de diagnòstic.



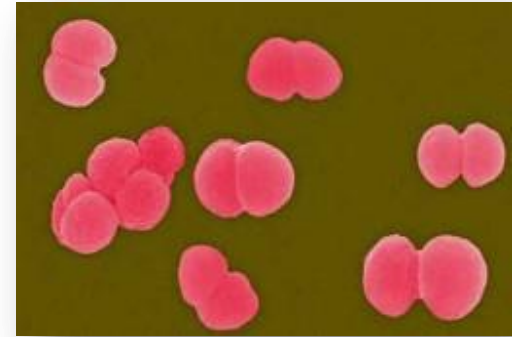
Factors o determinants específics que augmenten el risc de *Chlamydia trachomatis* D-K

- Tenir 25 anys o menys i ser sexualment actiu
- Tenir parella sexual nova o més de dues parelles sexuals diferents en el darrer any
- Tenir antecedents d'ITS
- Tenir contacte sexual amb una persona infectada
- Tenir parelles sexuals múltiples
- Treballa en el sexe comercial o ser-ne client
- No utilitzar de forma sistemàtica el preservatiu durant les relacions sexuals
- Consumir drogues (per via endovenosa o per altres vies) durant les relacions sexuals



Factors o determinants específics que augmenten el risc de *Neisseria gonorrhoeae*

- Tenir 25 anys o menys i ser sexualment actiu
- Patir una situació de precarietat social o econòmica
- Tenir contacte sexual amb persones que viuen en zones d'alta prevalença de gonocòccia
- Tenir contacte sexual amb una persona infectada
- Treballar en el sexe comercial o ser-ne client
- Tenir antecedents d'altres ITS
- Tenir parelles sexuals múltiples
- Tenir antecedents de gonocòccia



CHLAMYDIA TRACHOMATIS D-K

- És un bacteri intracel·lular gramnegatiu obligat
- La font d'infecció són les secrecions genitals de persones infectades (vaginals, anals o orals)
- Afecta membranes mucoses genitals i també de conjuntiva, faringe o recte.
- **Període d'incubació** de 2 a 6 setmanes.
- La infecció pot persistir durant diversos mesos i originar complicacions.
- Si no es complica abans, la infecció es pot resoldre de forma espontània en un any
- Asimptomàtica 70-80% de dones i 50% d'homes
- Si dona clínica: **uretritis i cervicitis**. També poden afectar la faringe, l'anus i la conjuntiva ocular.

NEISSERIA GONORRHOEAE

- *Neisseria gonorrhoeae* és un diplococ gramnegatiu
- La **font d'infecció** són les membranes mucoses (uretra, endocèrvix, faringe, recte, conjuntiva ocular)
- **Transmissió directa** per la inoculació de secrecions infectades des d'una membrana mucosa cap a una altra.
- **Període d'incubació** entre 2 i 7 dies.
- sense tractament, la **contagiositat** pot durar diversos mesos, i poden aparèixer complicacions.
- **Asimptomàtic** en 70% de les dones (o manifestacions lleus), un 10% dels homes
- Les **formes clíniques** més importants i freqüents són la **uretritis i la cervicitis**
- Pot afectar faringe, recte o membrana conjuntival
- La presència de gonocòccia **afavoreix la transmissió del VIH**

FORMES CLÍNiques

Formes clíniques de la infecció per *Chlamydia trachomatis* D-K

- Asimptomàtica en el 70-95% de casos en la dona i en el 50% de casos en l'home



En la dona

- Cervicitis (coll de la cèrvix friable, inflamació, edema)
- Sagnat postcoital o intermenstrual
- Augment del flux vaginal (leucorrea)
- Dolor al baix abdomen
- Uretritis aguda
- Dolor als annexos amb l'exploració vaginal
- Malaltia inflamatòria pelviana

En l'home

- Secreció mucosa o mucopurulenta escassa
- Uretritis aguda
- Disúria
- Dolor testicular
- Epididimitis
- Balanitis
- Proctitis



En ambdós sexes

Formes asimptomàtiques de localització faríngia

Formes asimptomàtiques de localització rectal

Artritis reactiva, síndrome de Reiter

Dolor a hipocondri dret, perihepatitis, síndrome de Fitz-Hugh-Curtis

FORMES CLÍNiques

Formes clíniques de la infecció per *Neisseria gonorrhoeae*

- Asimptomàtica en el 70% dels casos en la dona i el 10% dels casos en l'home



En la dona

- **Augment del flux vaginal (leucorrea)**
- Cervicitis (secreció endocervical mucopurulenta i cèrvix friable)
- Uretritis aguda
- Asimptomàtiques les afeccions rectals i faríngies
- Metrorràgia o menorràgia
- Dolor al baix abdomen
- Malaltia inflamatòria pelviana

En l'home

- **Secreció uretral mucosa i després purulenta amb disúria o sense**
- L'afectació rectal pot ser asimptomàtica o be amb **secreció o dolor rectal (proctitis)**
- **Molèsties perianals**
- La localització faríngea sol ser asimptomàtica
- Orquitis – epididimitis

FORMES CLÍNIQUES



MÈTODES DIAGNÒSTICS

Recomanacions actuals per al diagnòstic microbiològic de les ITS, tècniques d'amplificació dels àcids nucleics

Dra Antonia Andreu

**Servei de Microbiologia. Hospital Universitari Vall d'Hebrón
anandreu@vhebron.net**

II Jornada de treball de la Comissió corporativa de Referents territorials d'ITS de l'APS de
l'ICS

HOME

URETRITIS: sol·licitar

PCR de l'exsudat ureteral o del primer raig d'orina per *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* i altres agents de transmissió sexual.

En cas de secreció molt purulenta, afegirem:

Cultiu de l'exsudat ureteral per *Neisseria gonorrhoeae*

Segons pràctiques sexuals, afegirem:

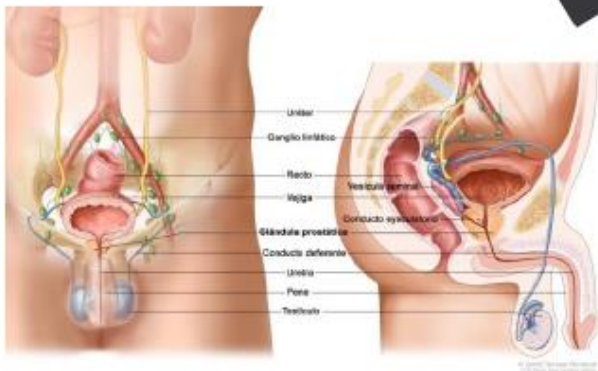
PCR de l'exsudat rectal per *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*

PCR de l'exsudat faringi per *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*

Si hi ha secreció molt purulenta a uretra, afegirem:

Cultiu de l'exsudat rectal per *Neisseria gonorrhoeae*

Cultiu de l'exsudat faringi per *Neisseria gonorrhoeae*



Amb exsudat:



- 
- PCR-uretral CT, NG, MG, UU, TV
 - Cultiu uretral NG

Sense exsudat o contacte:



- PCR-Orina CT, NG, MG, UU i TV [Orina del primer raig (>2h sense orinar)]

DONA

CERVISCITIS o SOSPITA D'INFECCIÓ PER sol·licitar *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*

PCR de l'exsudat endocervical o de l'exsudat vaginal per *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*.

En cas de secreció endocervical molt purulenta, afegirem:

Cultiu de l'exsudat endocervical per *Neisseria gonorrhoeae*

Segons pràctiques sexuals, afegirem:

PCR de l'exsudat rectal per *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*

PCR de l'exsudat faringi per *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*

Si hi ha secreció molt purulenta a endocervix, afegirem:

Cultiu de l'exsudat rectal per *Neisseria gonorrhoeae*

Cultiu de l'exsudat faringi per *Neisseria gonorrhoeae*

Cervicitis ♀ o contacte:



- PCR-vaginal o endocervical CT, NG, MG, TV
- Cultiu endocervical NG (només si molt exsudat)
- Cultiu vaginal



- Orina del primer raig (>2h sense orinar)
- PCR-Orina Clamídia i Gonococ

CONSERVACIÓ DE MOSTRES

- PCR (tub vermell)
 - a nevera (4°C)
 - Aguanta fins a 5 dies



- Cultiu (tub blau)
 - a nevera (4°C)
 - Estudis recents corroboren la supervivència de GC en nevera



DETECCIÓ D'ALTRES ITS

Detecció oportunista (cribratge)

- Serologia VIH (detecció Ac i Ag)
- Serologia Sífilis (EIA o CLIA)
- Detecció AgsVHB

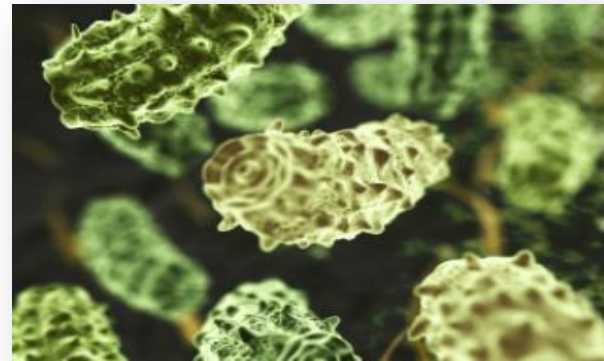
Detecció segons risc

- Serologia VHC
- Serologia VHA

Detecció segons clínica

- Cultiu per a tricomonos
- Detecció herpes genital (PCR)

**Oferir vacunació contra
l'hepatitis B
o A+B**



TRACTAMENT



ALGUNES DADES SOBRE LA RESISTÈNCIA DEL GONOCOC ALS ANTIBIÒTICS



En les darreres dècades, en diferents països del món i a causa de mecanismes diversos, *Neisseria gonorrhoeae* ha anat **desenvolupant resistències** a alguns antibiòtics, com ara les sulfonamides, les penicil·lines, les tetraciclines, els macròlids i les fluoroquinolones

•**Results from the European Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme (Euro-GASP)** show that the percentage of isolates with decreased susceptibility to the recommended drug for treatment of gonorrhoea (cefixime) rose from 4% in 2009 to 9% in 2010.

TRACTAMENT DE LA INFECCIÓ GENITAL PER *CHLAMYDIA TRACHOMATIS D-K*

➤ Formes clíniques no complicades

- Elecció: doxiciclina 100 mg/12h per via oral durant 7 dies (d'elecció en rectal)
o bé
azitromicina 1g per via oral en dosi única (incomplidor, no seguiment, embaràs)
- Segona línia: eritromicina 500 mg/12h via oral durant 10 dies
o bé
ofloxacino 200mg/12 h via oral durant 7 dies
- Embaràs i lactància: azitromicina 1g per via oral en dosi única o bé
eritromicina 500mg/6h per via oral durant 7 dies o bé
amoxicil·lina 500mg/8h per via oral durant 7 dies
- pacient amb infecció pel VIH: mateixes pautes per a la resta de pacients

TRACTAMENT DE LA INFECCIÓ GENITAL PER *CHLAMYDIA TRACHOMATIS D-K*

Seguiment clínic

- Segons les característiques de la persona i de la clínica que presenta, pot estar indicada una visita de seguiment al cap de 48-72 hores d'instaurar el tractament (telefònica)
- abstinència sexual 7 dies

Seguiment postractament

- Si les mesures de tractament i prevenció secundària s'han complert, **no caldria fer cap test per comprovar la curació**. Però segons algunes GPC tendència a recomanar-la atès que el nombre de reinfeccions va augmentant Pot ser en **població jove o molt jove**
- **El test postractament està indicat en** dona embarassada, fàrmac de segona línia
- **Quan s'empren TAAN (PCR) cal deixar passar unes 4 setmanes abans de realitzar el test postractament**

TRACTAMENT DE LA INFECCIÓ GENITAL PER *NEISSERIA GONORRHOEAE*

Formes clíniques no complicades

Elecció: ceftriaxona 1g per via intramuscular en dosi única

Segona línia: Cefixima 400mg dosi única + (Azitromicina 2g dosi única
o Doxiciclina 100mg/12h durant 7 dies) (NO cobreix infecció faríngia)

o bé

Azitromicina 2g vo en dosi única

o bé

ciprofloxacino 500mg vo dos única + (azitromicina o
doxiciclina)

Embaràs o lactància: ceftriaxona 1g intramuscular dosi única

pacient amb infecció pel VIH: mateixes pautes per a la resta de pacients

TRACTAMENT DE LA INFECCIÓ GENITAL PER *NEISSERIA GONORRHOEAE*

Seguiment clínic

- Segons les característiques de la persona i de la clínica que presenta, pot estar indicada una visita de seguiment al cap de 48-72 hores d'instaurar el tractament

Seguiment postractament

- Encara que les mesures de tractament i prevenció secundària s'hagin complert, **cal fer un test per comprovar la curació, sigui quina sigui la localització anatòmica de la infecció**
- Aquest test es pot fer mitjançant cultiu i TAAN (PCR)
- Si s'empren TAAN (PCR) cal deixar passar unes 4 setmanes posteriors a l'inici del tractament

TRACTAMENT EMPÍRIC

- **Primera línia**

Ceftriaxona 1gr intramuscular dosi única

+

Doxiciclina 100 mg/12h 7 dies o Azitromicina 1gr dosi única (millor doxi que azitro)

- **Segona línia o al·lèrgia** → test of cure

Cefixima 400 mg dosi única (no cobreix faringe)

+

Azitromicina 2g dosi única o doxiciclina 100mg/12h durant 7 dies

o

Azitromicina 2g dosi única

o

Ciprofloxacino 500mg vo dosi única + (azitromicina o doxiciclina)

MESURES NO FARMACOLÒGIQUES

- **No tenir relacions sexuals** fins que hagin passat **7 dies** des de l'inici del tractament farmacològic
- Rebre **aconsellament** i educació sanitària per tal que adoptin conductes sexuals més segures i utilitzin **mètodes barrera** de manera correcta i sistemàtica en totes les relacions sexuals (vaginals, anals i orals)



ESTUDIS DE CONTACTES

Taula 2. Període retrospectiu d'identificació de parelles sexuals segons ITS des de l'inici dels símptomes en el cas índex⁹

Infecció de transmissió sexual		Període
Gonocòccia		3 2 mesos
Infecció pel VIH		mesos 3 mesos en cas d'infecció recent o bé des de la última prova del VIH negativa del cas índex.*
Limfogranuloma veneri		3 2 mesos
Sífilis	Sífilis primària	3 mesos
	Sífilis secundària	6 mesos
	Sífilis precoç latent	1 any
Infecció per clamídies D-K		3 2 mesos
		mesos

DETECCIÓ OPORTUNISTA DE CT I NG EN PERSONES ASIMPTOMÀTIQUES

GRUP	Gonococ	Clamídia
Homes que tenen sexe amb homes	Anualment, considerant faringe i recte	anualment
dones < 25 anys	Sí, si practiques de risc	sí
Homes heterosexuales < 25 años	Sí, si practiques de risc	sí
Dones embarassades	Sí, si practiques de risc	sí

Adaptat de M. Zurro et al.

CAPÍTULO 49

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) E INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Jordi. Casabona i Barbarà, Mireia. Albernay Iglesias y Jorge Pallarés.

URETRITIS NO GONOCÒCIQUES

- ITS que afecten la uretra i que no estan causades per *Neisseria Gonorrhoeae*.
- Gèrmens més freqüents (a més de *Chlamydia trachomatis D-K*) són ***Mycoplasma genitalium*** i ***Ureaplasma urealyticum*** (pot trobar-se en forma de germen colonitzador en el 30-40% dels individus sans sexualment actius)
- Contagi: transmissió directa per inoculació de secrecions genitals o rectals durant les relacions sexuals
- Període d'incubació: **d'1 a 5 setmanes**
- Clínica:
 - Asimptomàtic 70-95% homes i 50% dones
 - Home: disúria, secreció ureteral escassa i mucosa. Complicacions: Epididimitis, prostatitis i balanopostis.
 - Dona: leucorrea i cervicitis.



URETRITIS NO GONOCÒCIQUES

Diagnòstic:

- habitualment s'utilitzen les tècniques d'amplificació dels àcids nucleics (TAAN), PCR o altres per la detecció de MG i/o UU
- Mostres ureterals i orina en homes, vaginals en dones, i en recte per MG.
- Es pot utilitzar cultiu de la mostra per UU

URETRITIS NO GONOCÒCIQUES

Tractament

Mycoplasma genitalium

(tractar només si simptomàtic)

- Doxiciclina 100mg/12h durant 7 dies SEGUIU d'azitromicina 1g/dia SEGUIU de 500mg/dia durant 4 dies més
- Embaràs: azitromicina 1g dosi única el 1r dia i 500mg/dia vo del 2n al 5è dia.
- Alternatiu: moxifloxacino 400mg/dia per 14 dies

Ureaplasma urealyticum

(tractar només homes simptomàtics i embarassades)

- Doxiciclina 100mg/12h per 7 dies
- Embaràs: Azitromicina 1 gram dosi única
- Alternatiu: ofloxacino 200mg /12h per 7 dies

URETRITIS NO GONOCÒCIQUES

Seguiment clínic

Realitzar seguiment en uns dies d'haver iniciat el tractament → hi ha formes de **resolució lenta i formes recurrents**

- **Test post tractament a les 5 setmanes**
- Estudi de **contactes sexuals** dels darrers **3 mesos**
- Cal fer cribratge d'altres ITS

Tractament de les formes persistents o recurrents

- Recurrència: episodi que es presenta als 30-90 dies del primer episodi. Cal reavaluar i tornar a tractar
- Formes persistents: aquelles amb signes/síntomes que no es resolen. Valorar origen multifactorial (MU + *Trichomona vaginalis*)

Doxiciclina 100mg/12h vo durant 7 dies SEGUIT Azitromicina 1g/24h el 1r dia + 500mg/24h vo durant 5 dies.

+

Metronidazol 500mg/12 x 5 dies

URETRITIS NO GONOCÒCIQUES

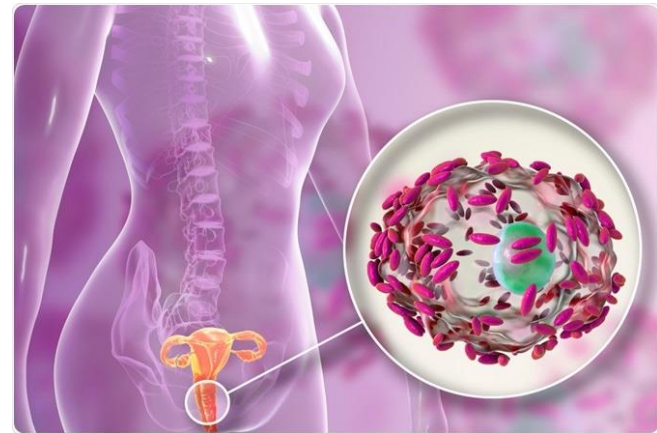
- Realitzar avaluació i tractament dels **contactes** sexuals dels darrers **3 mesos**
- **No tenir relacions sexuals** fins que hagin passat **7 dies** des de l'inici del tractament farmacològic
- Rebre **aconsellament** i educació sanitària per tal que adoptin conductes sexuals més segures i utilitzin **mètodes barrera** de manera correcta i sistemàtica en totes les relacions sexuals (vaginals, anals i orals)
- **Cribratge oportunista** d'altres ITS. Oferir sífilis, hepatitis B i VIH, així com gonococ i clamídia

ITS que poden cursar amb **lesió ulcerada**

Vaginitis aguda

ETIOLOGIA

- Bactèries (40-50%)
 - *Gardenella vaginalis*
 - *Prevotella spp*
 - *Mycoplasma hominis*
- Fongs (20-25%)
 - *Cándida albicans*
- Protozous (20%)
 - *Trichomona vaginalis*



Gardenella vaginalis

- **No** és considerada una **ITS** → no necessari tractar parella (excepte si clínica o episodis recorrents)
- Clínica: dona 50% asimptomàtics. Inflamació lleu de la mucosa vaginal (vaginosis), secreció blanc-grisosa malolent.
- Diagnòstic → Criteris d'Amsel (3 de 4)
 - Flux vaginal blanc grisós adherent
 - pH vaginal >4'5 (sensibilitat 97%, especificitat 49%)
 - Test d'amines positiu
 - 20% de Clue cells (cèl·lules guia visualitzades al microscopi òptic, cèl·lules epitelials rodejades de bacteries “arrebossades”)
- Tractament
 - Metronidazol vol 500mg/12h 5-7 dies
 - Clindamicina vaginal (crema 2%), 5g a la nit, 7 dies

Càndida albicans

- **No** és considerada una **ITS** → no necessari tractar parella (a no ser que presentin símptomes)
- **Clínica**: prurigen, leucorrea blanquinosa amb grumolls, plaques adherides a la paret vaginal i coitàlgia. pH <4'5
- **Diagnòstic**: només en pacient simptomàtiques. Cultiu de mostra d'exsudat vaginal.
- **Tractament**:
 - Clotrimazol tòpic al 2%, 5g/dia, 3 dies
 - Clotrimazol 500mg vaginals dosi única o 200mg vaginals durant 3 dies
 - Fluconazol 150mg vo dos única

Embaràs:

- Clotrimazol tòpic al 2%, 5g/dia, 7 dies
- Clotrimazol 100mg vaginal/dia, 7 dies

Episodis recurrents (4/any)

- Tractament inicial: fluconazol vo 150 mg 3 dies
- Tractament de manteniment: fluconazol vo 150mg, 1vegada/setmana durant 6 mesos

Trichomona vaginalis

- Es considera una **ITS**
- Prevalença subestimada degut a l'alta freqüència de pacients asimptomàtics
- Clínica: asimptomàtica. Leucorrea groc-verdosa, espumosa, mala olor, dispareúnia, prurigen. pH >4'5
- S'associa a MIP, complicacions en l'embaràs i part prematur.
- Diagnòstic: exploració cèrvix “en maduixa” i cultiu de mostra d'exsudat vaginal
- Tractament: **CAL TRACTAR LA PARELLA**
 - Metronidazol vo 2g dosi única (8 comprimits de 250mg)
 - Metronidazol 500mg/12h vo, 7 dies

ITS exofítiqves

CONDILOMES

- Causat pel **Virus papil·loma humà (VHP)**
- Més de 100 serotips
 - 90% dels condilomes són serotips 6 o 11
 - Període d'incubació de 6 setmanes a 2 anys
- Transmissió per **CONTACTE**
- 30% curen sense tractament en 6 mesos, no tractar també és una opció
- Virus eliminat en 2 anys
- Molta estigma dona → càncer

CONDILOMES

- Neoformacions exofítiques, amb projeccions papilomatoses
- Mida variable, poden créixer ràpidament fins a la típica forma “coliflor”
- Altament contagioses



CONDILOMES

- PRÀCTICA CLÍNICA
 - Si pràctiques anals → anuscopia
 - Revisar la resta d'ITS
 - Tractament:
 - Informar al pacient
 - No fumar
 - Us de mètodes barrera
 - No depilació/rasurat (fenomen de Koebner)
 - Dependrà del tipus de lesió, localització, número, característiques del pacient, decisió conjunta

CONDILOMES



- **Crioterapia**
 - 3 cicles d'uns 10 segons depenent de la mida, pacient, localització
 - Cura tòpica 3 dies
 - Repetir cada 7-14 dies fins a desaparició
 - Mínim dolor, paracetamol
- **Imiquimod (Imunocare)**
 - CAR
 - Cremades, irritació
 - Aplicació cada 2-3 dies en lesions externes, deixar actuar 6-10h.
 - Màxim 10 setmanes
- **Podofilotoxina (Wartec)**
 - Cada 12h durant 3 dies, 4 dies de descans. Màxim 4 setmanes
 - No en l'embaràs
- **Bisturí elèctric, tisores, TCA, podofilina i IQ....** → especialitats



CONDILOMES

VACUNA VPH

- Cevarix: VPH 16 i 18
- Gardasil: VPH 6, 11, 16 i 18
- Gardasil 9: VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58

Indicada a partir dels 9 anys d'edat

Vacunació sistemàtica iniciada a Catalunya el curs 2008-2009 per nenes de 6è d'educació primària (11-12 anys)

Actualment pauta de 2 dosis de vacuna nonavalent

Pauta: entre 9 i 14 anys dues dosis (separades 6 mesos).

A partir de 15 anys o immunodeprimits, 3 dosis en els mesos 0, 2 i 6

CONDILOMES

Vacunació selectiva d'altres grups de risc

- Dones diagnosticades de neoplàsia intraepitelial cervical moderada o d'un grau més avançat (CIN 2+) o un adenocarcinoma endocervical *in situ* (AIS). Es recomana l'administració de la vacuna tan aviat com sigui possible i fins a 1 any després de la intervenció.
- Dones i homes amb infecció pel VIH fins als 26 anys
- Dones amb TPH (trasplantament de progenitors hematopoètics) fins al 26 anys
- Dones amb TOS (trasplantament d'òrgan sòlid) fins als 26 anys
- Dones i homes amb síndrome d'insuficiència medul·lar congènita (inclou anèmia de Fanconi i disqueratosi congènita, entre d'altres)
- Homes que mantenen relacions sexuals amb altres homes fins als 26 anys
- Treballador@s del sexe comercial fins als 26 anys
- Persones que han patit abús sexual fins als 26 anys

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

- Infecció per POXVIRUS
- Molt freqüent en nens
- Molt contagiós
- tendeix a autoinvolucionar en 1-2 anys
- Pàpules perlades, petites i brillants que estan umbilicades
- Tractament:
 - Curetatge, TCA
 - Crioteràpia



PARÀSITS

- Escabiosi



- Pediculosi púbica



Estudi de contactes

Cribratge/estudi com a contacte/persona asimptomàtica

- **Z20.2** contacte / VIH **Z20.6**

Contacte de VIH, CT, LGV, NG, MG o sífilis:

→ cal **agafar mostres** per estudi microbiològic i demanar serologies

→ Donarem **tractament** sense esperar els resultats si la persona ha tingut contacte sexual dins del **període d'incubació**, encara que estigui asimptomàtica



Estudi de contactes en infeccions de transmissió sexual

INFORMACIÓ PER A LA PERSONA QUE HA ESTAT EN CONTACTE SEXUAL AMB EL/LA PACIENT

En els últims mesos, o setmanes, has estat exposat a una infecció de transmissió sexual (ITS).

És necessari que et visiti un professional sanitari tan aviat com sigui possible, encara que no tinguis símptomes. Amb aquest full et pots adreçar al teu centre de salut de referència, o obtenir visita amb el metge/essa de família o infermer/a, llevador/a o ginecòleg/oga.

No mantinguis relacions sexuals fins que et visiti el metge/essa. Guarda aquesta targeta i entrega-la en el moment de la visita.

Si no saps a quin centre anar, pots trucar a CatSalut Respon al telèfon **061** a qualsevol hora.

PER ENTREGAR-HO AL METGE/METGESSA QUE VISITA A LA PERSONA QUE HA ESTAT EN CONTACTE AMB EL PACIENT

El portador d'aquesta targeta ha estat exposat a una infecció de transmissió sexual (ITS) per part d'un/a pacient visitat/da al nostre centre el dia de de i diagnosticat/da de:

TP NG CT VIH VHB LGV Altres (especificar)

La pauta de tractament utilitzada ha estat:

Es recomana l'avaluació d'aquesta infecció i d'altres ITS, i que se li ofereixi consell sanitari.

Ben cordialment,

Segell del Centre i signatura del metge

Tractament dels contactes

- **Clamídia:** Doxiciclina 100mg/12h x 7 dies o Azitromicina 1gr dosi única
- **Gonorrea:** ceftriaxona 1g im dosi única
 - Si al·lèrgia a penicil·lina → Azitromicina 2g dosi única
- **Sífilis** infecciosa (primària, secundària, latent precoç) Penicil·lina 2'4M im dosi única
- **VIH** (primeres 72h): segons risc derivar a hospital per valorar PEP (Profilaxis Post Exposició)
 - Si al·lèrgia a penicil·lina → doxiciclina 100mg/12h durant 14 dies

Cribratge/Estudi periòdic segons risc

Mínim un cop l'any / màxim cada 3 mesos

- Serologies:
 - **VIH** (detecció d'Ag p24 + Ac VIH)
 - **Sífilis** (CLIA, TPHA, RPR)
 - **Hepatitis B** (detecció d'Ag de superfície)
 - **Hepatitis C** (detecció d'Ac) si hi ha risc
 - Comprovar si **correctament vacunat per VHB** (Ac contra Ag de superfície VHB)
- Estudi microbiològic mitjançant **PCR** de **clamídia i gonococ sobre mostra recollida en part anatòmicament exposada**.
 - Tub vermell: cal etiquetar-lo i es pot guardar en nevera fins a **5 dies**
 - Home: oral, anal, orina primer raig
 - Dona: oral, anal, vaginal
 - Recollir mostra faríngia en HSH i en persones amb alt recanvi de parelles sexuals

Períodes de finestra

- **Gonococ i clamídia** → 5 dies a 2 setmanes (no parlem de període finestra sinó de temps d'incubació, en que la detecció pot ser negativa)
- **Sífilis** → 2 setmanes
- **Hepatitis B** → 4 setmanes
- **VIH**
 - Càrrega viral: 15 dies
 - Ag p24: 4-6 setmanes
 - Ac sols: 3 mesos
- **Hepatitis B**
 - càrrega viral: 14 dies
 - Ac: 6-7 setmanes

Sexe més segur (reducció de risc)



- Embarazos no deseados.
- Gonorrea, SIDA, Hongos, Hepatitis B, Vaginitis, Tricomonas, Herpes Genital, Sífilis, Cándidas, Condilomas, Treponemas, Chancro, Gonorrea, Uretritis, etc.



**Póntelo.
Pónselo.**

Actas Dermosifiliogr. 2016;107:175-7

MÉTODES BARRERA

Condó extern o preservatiu extern (masculí)


- Materials
 - Làtex (es trenquen menys)
 - poliuretà
- Comprovar tècnica d'us
- La mida importa
- Posar-lo abans de tocar els genitals
- S'ha de posar a les joguines
- S'ha de canviar en cada relació

YOUR PERFECT SIZED CONDOM

It only feels right, when it fits right!

Your advantage:
7 sizes for a perfect fit that offers greater safety and feeling.

Use the **MY.SIZE** measuring tape to find your perfect fitting condom.



It's so easy:
Cut the **MY.SIZE** measuring tape on the dotted line with scissors.

Carefully wrap the **MY.SIZE** measuring tape around the thickest part of your erect penis and read our recommended size shown by the arrow.

Attention: Be careful when cutting the measuring tape as paper edges could be sharp!

With the shown size you have found your perfect sized **MY.SIZE** condom.


Penis Circumference → **MY.SIZE Recommendation**

Penis Circumference	MY.SIZE Recommendation
69	69
64	64
60	60
57	57
53	53
49	49
47	47

Note: To find your perfect **MY.SIZE** condom the circumference of your penis is important, not its length.

Tip: If you like a closer or wider fit, try one condom size bigger or smaller. It is most important though that the condom doesn't slip off or restrict you!

YOUR PERFECT SIZED CONDOM



Condó intern o preservatiu intern (femení)

- Material: poliuretà
- Més flexibilitat per posar-lo
- Més car
- no es ven en farmàcies
- Fa soroll
- Protegeix més superfície



Barrera oral, dental Dam, Film

- Material: làtex
- Molt car
- No el venen en farmàcies
- Ningú el vol
- El 70% dels càncers orofaringis són per VPH



Guants

- Fisting, fingering, manosear
- Materials:
 - Làtex
 - Nitril
 - Vinil (no recomanables)
- Protecció tant receptiu com actiu
- Reducció de vaginosis
- Fetiche



Risc segons les pràctiques sexuals

Risc baix	Riscs mitjà	Risc alt
Parlar	Cunnilingus	Compartir fluids
Fer-se petons	Fel·lació	Annilingus/rimming
Massatges, tocaments, petting	tisores	Penetració vaginal
Jocs sensorials		Penetració anal
Masturbació simultània		Risc augmentat si presència de ferides, sang, ITS, drogues
Joguines eròtiques		
Sexe manual		

El sexe oral sense barrera pot ser un mecanisme de transmissió de gonococ, clamídia, sífilis, herpes i altres

L'atenció primària detecta cada cop més

infeccions de transmissió sexual

Casos nous registrats a l'atenció primària de l'ICS

	2016	2015
 Sífilis precoç i no especificada	560	418
 Clamídia D-K	1.518	908
 Gonocòccia	649	392
 Herpes genital	1.993	1.441
 Berrugues genitals	5.023	4.261
 Tricomones	776	687

Per què han augmentat els casos registrats?



Per canvis en les conductes sexuals de la població



Per millores en el diagnòstic



Per millores en el registre i la notificació



Per una major conscienciació de la població i dels professionals

Gràcies!



martabesa@yahoo.es
sandra.paredes91@gmail.com