

# INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL

**Marta Besa i Castellà**

Metgessa de Família

*GERMIAP- subgrup ITS*

# De què parlarem?

- ✓ Epidemiologia
- ✓ ITS que cursen amb **síndrome secretora**
- ✓ ITS que cursen amb **síndrome ulcerada**
- ✓ ITS **exofítiques**
- ✓ Estudi de **contactes** / cribratge

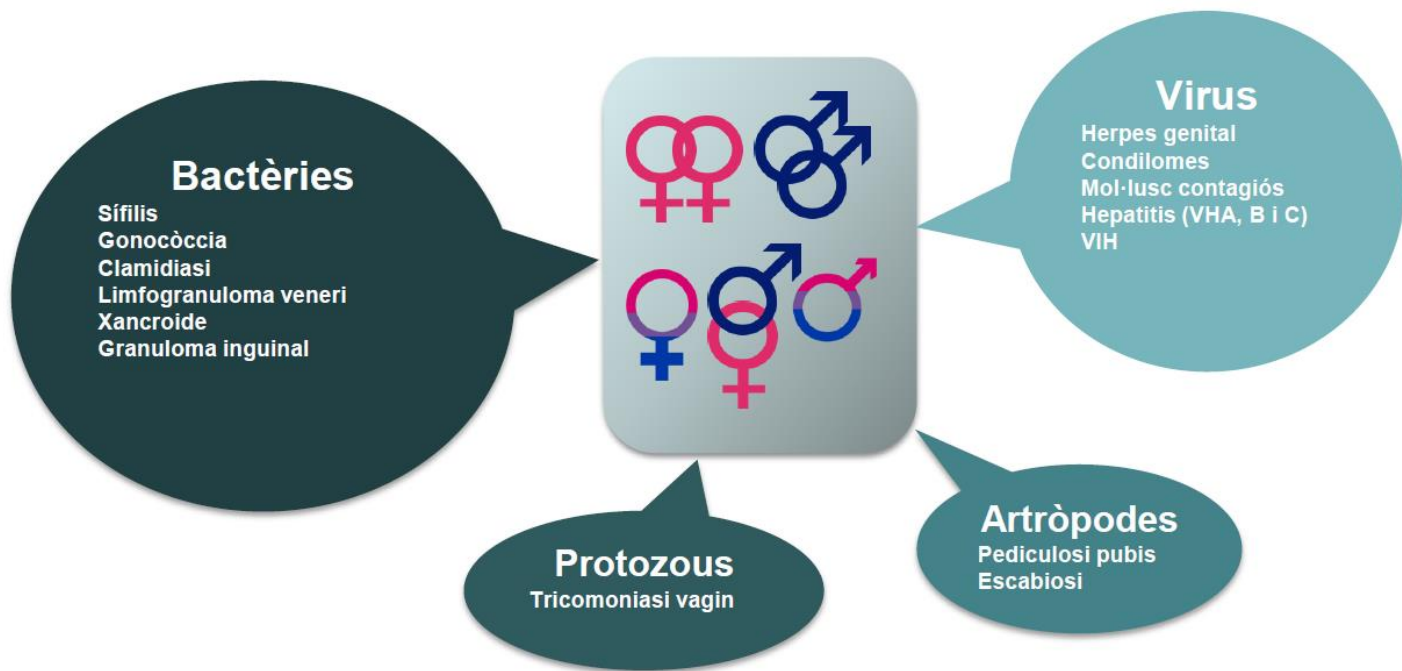
# Perquè parlem d'**infecció** i no de malaltia?

- **Infecció:** del llatí *Infectio*, contaminar amb gèrmens
- **Malaltia:** del llatí *male habitus*, sentir-se malament, mancat de salut



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

# A què ens referim quan parlem d'ITS?



# Factors de risc de patir una ITS

- Sociodemogràfics

Edat: <25a

Sexe: major risc en dones

Origen: zones amb alta prevalença

Cultura i tradició

Règim d'internament penitenciari

Poca accessibilitat als serveis sanitaris

- Hàbits tòxics

- Mèdics:

Antecedent d'ITS

Infecció pel VIH

- Conducta sexual:

Nova parella sexual en el darrer any

Parelles sexuals múltiples

Parella sexual amb ITS

Tipus de RS (vaginals, anals, orals)

Utilització incorrecta del preservatiu

Sexe comercial (treballador o usuari)

RS en zones d'altra prevalença d'ITS

RS amb persones amb factors de risc



- **Augment significatiu** del número d'ITS declarades a Catalunya pels sistemes de vigilància
- Grup d'infeccions amb el major número de casos notificats entre les malalties de notificació obligatòria
- **2019**: increment anual del 43'9% (17.974 ITS declarades)
- **2020**: pandèmia covid-19, disminució del número de notificacions (19'3% en global)
- **2021**: retorn als nivells pre-pandèmics (increment del número de casos del 37'4% respecte 2019) (19.866 ITS notificades)

\*\* Vigilància epidemiològica de les infeccions de Transmissió Sexual (ITS) a Catalunya. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les infeccions de Transmissió Sexual i SIDA de Catalunya. (CEEISCAT) Informe anual 2021.



# Tendència de les ITS

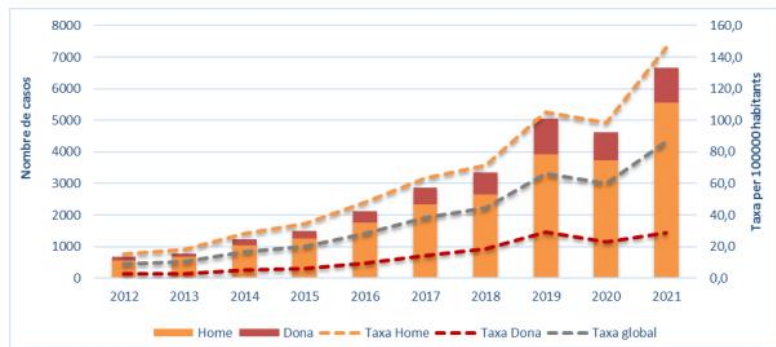


Figura 12. Evolució de la taxa per 100000 habitants de gonocòccia per sexe, Catalunya 2012-2021.

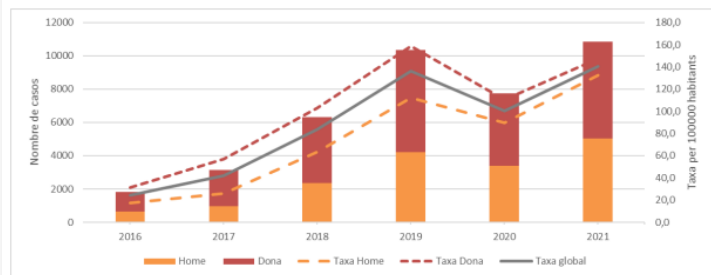


Figura 3. Evolució de la taxa per 100000 habitants de la infecció genital per clamídia segons sexe, Catalunya 2016-2021.

Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

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

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

Informe anual 2021

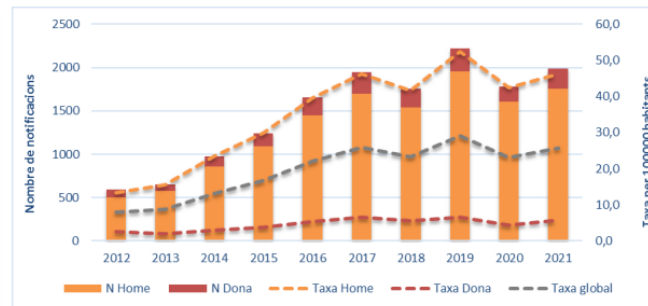


Figura 22. Evolució de la taxa per 100000 de sífilis infecciosa segons sexe, Catalunya 2012-2021.

# 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<br>Sífilis no infecciosa o tardana | A51.0; A51.9<br>A52.0; A52.9      | MDO individualitzada (MDI)<br>MDO numèrica |
| Infecció per VIH / SIDA  | B20.3; B23; B24                   | MDO individualitzada (MDI)                 |
| Contacte sexual de persona amb ITS                             | Z20.2                             | -----                                      |

**S'HAN DE  
NOTIFICAR**



# Enquesta epidemiològica

## 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

# Síndrome secretora

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

# Síndrome secretora

Processos inflamatoris **d'etiologia infecciosa** causades pel **mateix germen** i amb **maneig terapèutic** i preventiu similar

- URETRITIS (mucosa uretral)
- CEREVICITIS (endocèrvix del coll uterí)
- PROCTITIS (mucosa rectal)

*Chlamydia trachomatis* D-K (CT L1, L2, L3 LGV)  
*Neisseria gonorrhoeae*

*Mycoplasma genitalium*  
(*ureaplasma urealyticum*)

Coinfecció  
20-40%



# *Chlamydia trachomatis* DK

- ❑ És una bactèria intracel·lular gramnegativa obligada.
- ❑ 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 70-95% 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 *Chamydia trachomatis* D-K

Asimptomàtica en el 70-95% de les dones i el 50% en homes

- 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
- 

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

- 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 de les dones i el 10% en homes

- **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



- **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





# Recollida de mostres

- Homes:
  - ❓ **PCR orina** (primera raig d'orina, 2 hores sense orinar) CT/NG (TV/MG)
  - ❓ Si existeix **secreció** ureteral: mostra per **cultiu**
- Dones:
  - ❓ Recollim **2 mostres** vaginal/endocervical per **cultiu** i per **PCR CT/NG (TV/MG)**
  - ❓ No recollim mostra d'orina
- Segons pràctiques sexuals: mostra **faríngia** o **rectal** per PCR sempre, i per cultiu si exsudat

On guardem les mostres?

**PCR → sempre nevera**

**Cultiu → fora de nevera** (però hi ha estudis que mostren que el gonococ sobreviu millor a 4°C)

# Home (recollida de mostres)



**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 (recollida de mostres)

## 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

# Tractament



## 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)



# Tractament farmacològic

- **EMPÍRIC** (no coneixem agent causal)

**Ceftriaxona 1g dosi única im** +

**doxiciclina 100 mg/12h x 7 dies vo**

**o**

**azitromicina 1g dosi única vo**

# Tractament farmacològic

## Coneixem l'agent causal

| Germen                       | Tractament de 1a elecció   | Tractament alternatiu   | Tractament durant l'embaràs o lactància   | Tractament en VIH |
|------------------------------|--|---|---|-------------------|
| <b>Chlamydia trachomatis</b> | Doxiciclina 100mg/12h vo 7 dies<br>o<br>Azitromicina 1g vo dosi única  | ofloxacino 200mg/12h vo 7 dies<br>o<br>eritromicina 500mg/6h vo 7 dies                                | Azitromicina 1g vo dosi única<br>o<br>eritromicina 500mg/6h vo 7 dies<br>o<br>amoxicilina 500mg/8h vo 7 dies  | Mateixa pauta     |
| <b>Neisseria gonorrhoeae</b> | Ceftriaxona 1g dosis única im  | Cefixima 400g vo dosis única<br>+<br>Azitromicina 2g dosis única<br>o<br>Azitromicina 2 g dosis única | Ceftriaxona 1g dosi única im<br>o<br>Azitromicina 2g vo dosi única<br>o<br>amoxicilina 500mg/8h durant 7 dies | Mateixa pauta     |
| <b>Mycoplasma genitalium</b> | Doxiciclina 100mg/12h vo durant 7 dies, seguit de Azitromicina 1g vo el primer dia y 500 mg/dia vo durant 4 dies més | Moxifloxacino 400mg/24h vo 10 dies  | Azitromicina 5 dies, 1g vo el 1r dia i 500mg/dia del 2n al 5è   | Mateixa pauta     |

# Seguiment clínic

- ❑ Realitzarem un seguiment clínic a les 48-72 hores
- ❑ **Infecció per CT**
  - Habitualment **no precisa control** post tractament
  - Excepció: dones gestants o risc de reinfecció
  - Repetir PCR a les **4 setmanes**
- ❑ **Infecció per NG:**
  - Realitzarem un **test per comprovar la curació PCR** a les **4 setmanes**
  - ❖ localització faríngia
  - ❖ una dona gestant
  - ❖ en casos d'evolució clínica desfavorable
  - ❖ s'ha usat un tractament diferent al d'elecció sense conèixer el perfil de sensibilitat.

Estudi i tractament  
dels contactes a les  
parelles de **3**  
**mesos** anteriors



# Detecció oportunista de CT i NG en persones asimptomàtiques

| GRUP                                     | Gonococ                                | Clamídia  |
|--|--|-----------|
| <b>Homes que tenen sexe amb homes</b>    | Anualment, considerant faringe i recte | Anualment |
| <b>Dones &lt; 25 anys</b>                | Si, si pràctiques de risc              | Si        |
| <b>Homes heterosexuales &lt; 25 anys</b> | Si, si pràctiques de risc              | Si        |
| <b>Dones embarassades</b>                | Si, si pràctiques de risc              | Si        |

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 balanoposits.
  - 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 gonocòcica

## 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 1 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

## 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/símptomes 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 gonocòcica

## 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

# Vulvovaginitis

- Inflamació de la mucosa i la pell vulvar. Prurigen, secreció vaginal alterada, coïssor.
- Causa:
  - **Tricomoniasis (15-20%) → ÚNICA ITS**
  - Vaginosis bacteriana (40-50%): *gardenella vaginalis*
  - Candidiasis vulvovaginal (20-25%)
  - No infeccioses (5-10%) atrofiques, al·lèrgiques

# Trichomona vaginalis

- Es considera una **ITS**
- Prevalença subestimada degut a l'alta freqüència de pacients asimptomàtics
- Clínica: asimptomàtica. Leucorrea groc-verdosa, espumosa, mala olor, disparèunia, 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** (4 setmanes anteriors)
  - ❑ Metronidazol vo 2g dosi única (8 comprimits de 250mg)
  - ❑ Metronidazol 500mg/12h vo, 7 dies (embaràs, lactància, insuficiència hepàtica, VIH)
  - ❑ Alternatiu: Tinidazol 2g dosi única
- No cal control posterior si asimptomàtica



# Tractament específic

| Etiologia                    | Clínica   | Diagnòstic   | Tractament  | Alternativa   |
|------------------------------|---|--------------|---|---|
| <b>Neisseria gonorrhoeae</b> | Urethritis, cervicitis, proctitis orquiepididimitis   | PCR i cultiu | Ceftriaxona 1g IM   | Azitromicina 2 g DU +/- Cefixima 400g vo DU   |
| <b>Chlamydia trachomatis</b> | Urethritis, cervicitis, salpingitis, endometritis, MIP, orquitis, epididimitis, prostatitis ( <b>Chlamydia D-K</b> )<br>Proctitis, ptoctocolitis ( <b>Chlamydia L1-L3 LGV</b> ) | PCR          | Doxiciclina 100mg/12h 7 dies (D-K)<br><br>Doxiciclina 100mg/12h 21 dies (L1-L3)   | Azitromicina 1g DU (3 setm LGV)   |
| <b>Mycoplasma genitalium</b> | Urethritis, cervicitis  | PCR          | <b>Només tractar si símptomes</b><br>Doxiciclina 100mg/12h 7 dies +<br>Azitromicina 1g(1r dia) +<br>500mg/dia 2n-4t dia | Azitromicina 1g vo el 1r dia y 500mg/día del 2n al 5è<br>Moxifloxacino 400mg/24h vo 7-14d |
| <b>Trichomona vaginalis</b>  | Vaginitis   | PCR i cultiu | Metronidazol 2g dosi única (H)<br>Metronidazol 500mg/12 5-7 d (D)   | Tinidazol 2g DU   |

# Lesió ulcerada

ITS que poden cursar amb lesió ulcerada

# ITS que poden cursar amb Sdr Ulcerada

| Síndrome       | ITS                         | Agent biològic                                    | Tipus                  | Transmissió sexual | Curació |
|----------------|-----------------------------|---|------------------------|--------------------|---------|
| Úlcera genital | Herpes genital              | <i>Herpes simplex tipus 1 i 2 (VHS-1 i VHS-2)</i> | Virus                  | Sí                 | No      |
|                | Sífilis                     | <i>Treponema pallidum</i>                         | Bactèria (espiroqueta) | Sí                 | Sí      |
|                | Xancroide o xancre tou      | <i>Haemophilus ducrey</i>                         | Bactèria               | Sí                 | Sí      |
|                | Linfogranuloma veneri (LGV) | <i>Chlamydia trachomatis</i> L1-L2 i L3           | Bactèria               | Sí                 | Sí      |
|                | Limfogranuloma inguinal     | <i>Klebsiella granulomatis</i>                    | Bactèria               | Sí                 | Sí      |
|                | Verola del mico             | <i>Poxvirus</i>                                   | Virus                  | Sí*                | Sí      |

# SÍFILIS

# SÍFILIS: ETIOLOGIA

- Treponema pallidum* (spirocheta)
- Reservori exclusivament humà
- Font d'infecció: lesions a pell i mucoses de persones infectades
- Vies de transmissió:



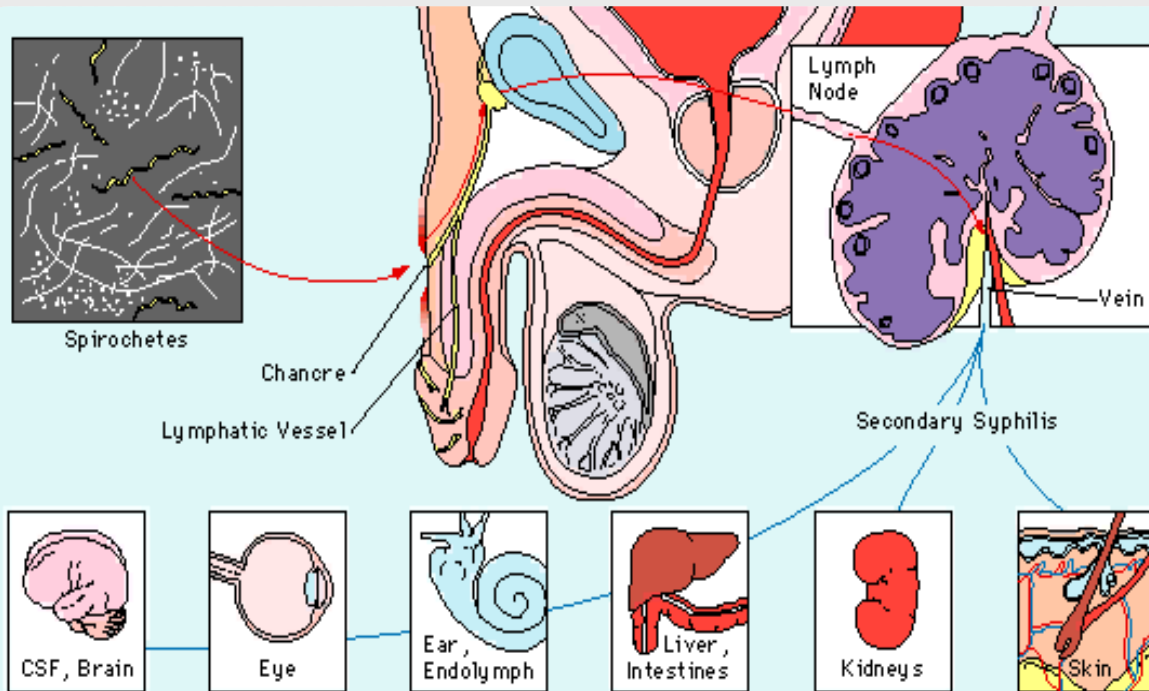
SEXUAL

VERTICAL

HEMÀTICA

La sífilis **facilita** la transmissió de la infecció pel **VIH**

# SÍFILIS: PATOGÈNIA



- Introducció per microtraumes a la pell o mucoses
- Lesions a la zona d'inoculació
- Disseminació limfàtica generalitzada
- Acantonament en ganglis limfàtics i paret vascular (endarteritis)
- Infecció sistèmica

# SÍFILIS: HISTÒRIA NATURAL DE LA INFECCIÓ

## CONTACTE

- Incubació 21 dies (3-90 dies)

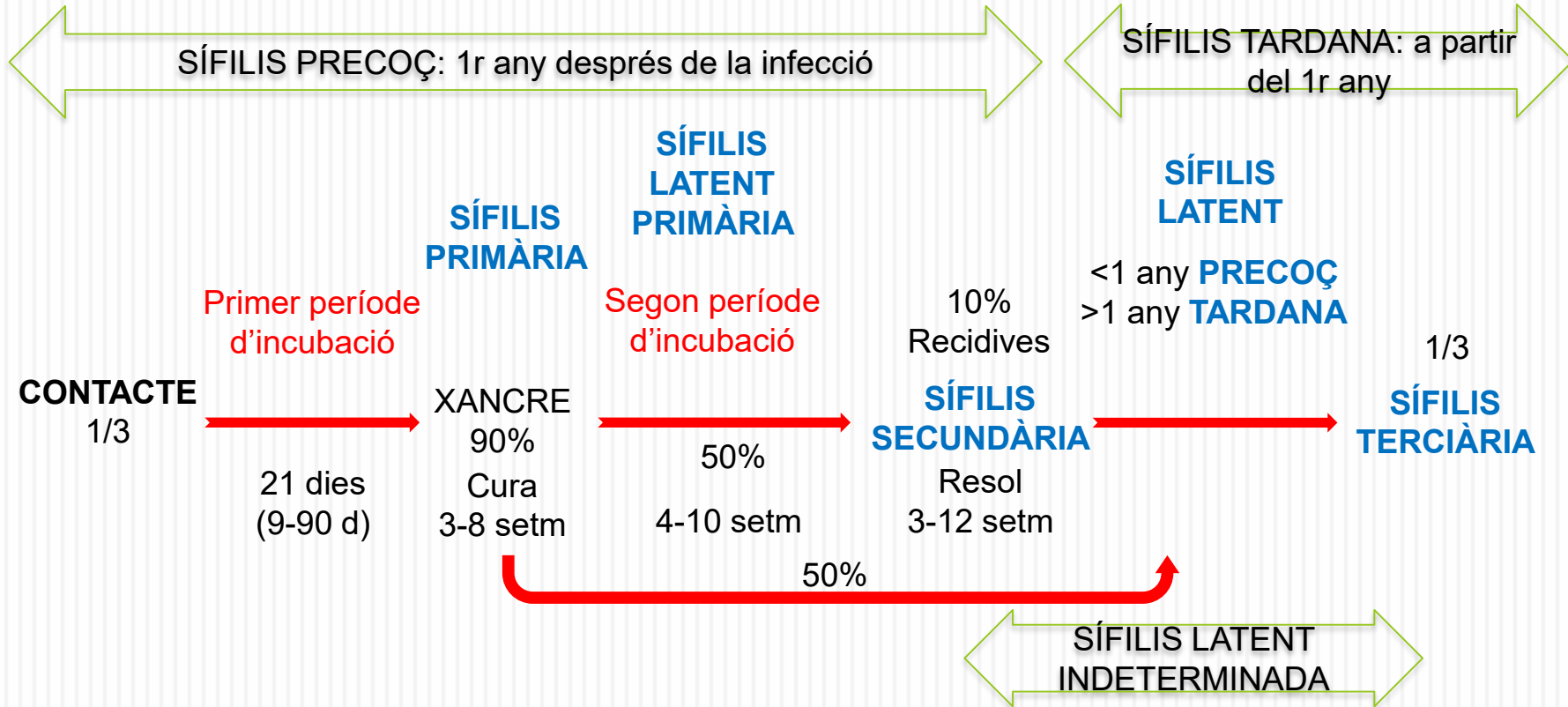
## SÍFILIS PRECOÇ

- **Primària** 3-8 setmanes
- **Secundària** 3-12 setmanes
- **Latent precoç** Període **ASIMPTOMÀTIC** durant 1r any

## SÍFILIS TARDANA

- **Latent tardana** Període **ASIMPTOMÀTIC** passat l'any
- **Terciària** 20-40 anys

# SÍFILIS: HISTÒRIA NATURAL DE LA INFECCIÓ





Cura espontània  
3-8 setmanes

## XANCRE SIFILÍTIC



### Localització

- Genitals externs
- Zona anal o perianal
- Cavitat oral

### Característiques

- Lesió ulcerada
- Habitualment única
- No dolorosa
- Indurada

### Adenopaties

- Múltiples
- Indurades
- No inflamatòries

# SÍFILIS SECUNDÀRIA

La gran simuladora

4-8 setmanes de  
resoldre's el xancre

## ❑ Manifestacions cutànies: **MOLT CONTAGIOSES**

Rash maculopapulós generalitzat no pruriginós amb descamació a la perifèria de la màcula (collaret de Biètt)



**Rosèola  
sifilítica**



**Sifílides  
palmoplantars**



**Alopècia en  
plaques**



**Condiloma lata  
o pla**



**Plaques  
mucoses**

- ❑ **Manifestacions sistèmiques:** Febre, MEG, anorèxia, meningisme, uveítis, coriorretinitis, linfoadenopaties perifèriques, neuritis, hepatitis, glomerulonefritis, esplenomegàlia...

# SÍFILIS TERCIÀRIA

| Estadi                 | Manifestacions clíniques  | Període d'incubació            |
|------------------------|---|--------------------------------|
| <u>Terciari</u>        |   |                                |
| Sífilis cardiovascular | Aneurisma aòrtic, regurgitació aòrtica, estenosi artèria coronària  | 10-30 anys                     |
| Neurosífilis           | Asimptomàtica<br>Simptomàtica: cefalees, vertígens, alteracions del caràcter, demència, atàxia, signe d'Argyl Robertson | 2-20 anys                      |
| Gomes                  | Formacions necròtiques a la pell, a l'os, al teixit subcutani o a les vísceres  | 1-45 anys (mitjana de 15 anys) |

# SÍFILIS: DIAGNÒSTIC

## MÈTODES DIRECTES

- Microscopia de camp fosc
- PCR



## MÈTODES INDIRECTES:

- Tests treponèmics
- Tests no treponèmics, reagínics o cardiolipínics



**MÈTODES DIRECTES:** Es basen en la detecció de *Treponema pallidum* a les lesions mucoses, teixits i ganglis limfàtics que continguin gran nombre d'espiroquetes

**Microscopia en camp fosc**

Detecció en el xancre, senzilla i ràpida, però requereix microscopi de camp fosc, observació immediata i experiència de l'observador (disponible a Drassanes)

**PCR**

Útil detecció de *Treponema pallidum* en lesions de **cavitat oral** o en altres localitzacions contaminades per treponemes sapròfits. Ús no tan generalitzat

**MÈTODES INDIRECTES:** Es basen en la detecció d'anticossos contra el *Treponema Pallidum*

**Tests treponèmics**

**Tests no treponèmics, reagínics o cardiolipínics**

# SÍFILIS: DIAGNÒSTIC – MÈTODES INDIRECTES

- **TESTS TREPONÈMICS**: Detecten anticossos **específics** contra antígens d'estructura del treponema:
  - EIA/**CLIA**: molt sensibles, **SCREENING**
    - IgM positivitzen a la 2<sup>a</sup> setmana post infecció
    - IgG positivitzen a la 5<sup>a</sup> setmana post infecció
  - **TPHA**: segon test treponèmic
  - **Immunoblot**: en cas de TPHA negatiu, confirma o descarta la presència d'Ac antitreponema
  - Sensibilitat 90-100% i especificitat 95-100%
  - **Test ràpids** (CRIBRATGE)
  - **MARCA LUÈTICA**: seran positius tota la vida (un % petit pot negativitzar en 2-3 anys)
  - Falsos negatius: anticipació, període finiestra, immunodepressió, tto precoç

# SÍFILIS: DIAGNÒSTIC – MÈTODES INDIRECTES

- ❑ **TESTS NO TREPONÈMICS, REAGÍNICS O CARDIOLIPÍNICS:** Detecten Ac **inespecífics** contra antígens de cèl·lules infectades per Treponema

- **RPR** (Ràpid Plasma Reagin Test) **CONTROL**
- VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory)
- Positivitzen a les 2-3 setmanes de l'aparició del xancre: PERÍODE FINESTRA

Poc sensible en les primeres fases de la sífilis

| FALSOS POSITIUS   | FALSOS NEGATIUS  |
|---|--|
| Malalties reumatològiques (LES, sd antifosfolípid), embaràs, neoplàsia, edat avançada, altes infeccions (hepatitis, varicel·la, VIH, Mononucleosi, Lyme, altres treponemes, TBC, Lepra, paludisme, vacunes, UDVP) | <ul style="list-style-type: none"><li>○ Sífilis secundària i sífilis latent precoç per <b>efecte prozona</b> (si concentració molt elevada d'Ag)</li><li>○ Anticipació, període finestra</li><li>○ Immunodepressió (coïnfecció VIH)</li><li>○ Tractament precoç</li><li>○ Consum de OH</li></ul> |

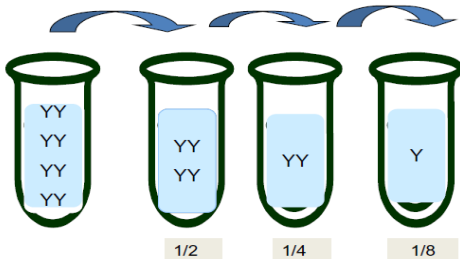
# SÍFILIS: DIAGNÒSTIC – MÈTODES INDIRECTES

## QUANTIFICACIÓ:

- Indica **activitat** de la malaltia i possibilitat **d'infectar**
- Poden ser positius molt temps, acaben **negativitzant** o quedant a nivells molt baixos
- Es torna a positivitzar en les reinfeccions

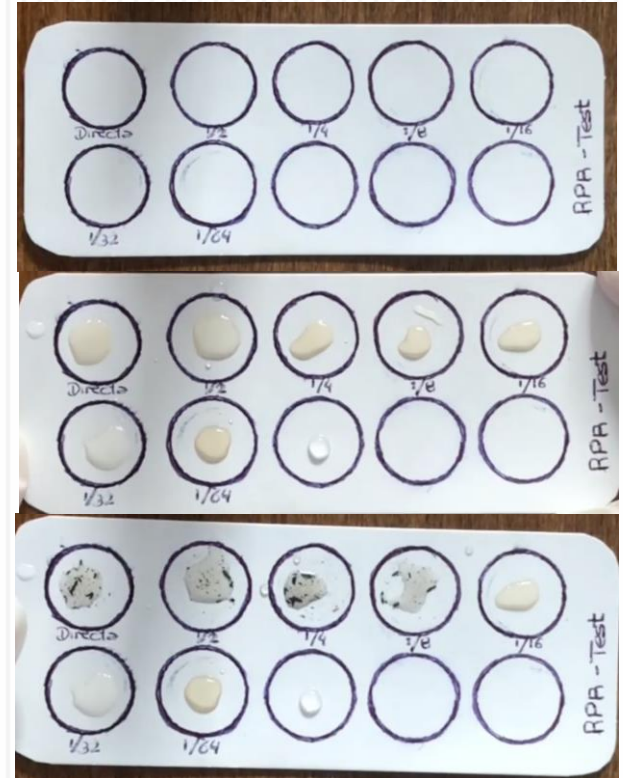
### PROVES D'AGLUTINACIÓ RPR i VDRL

RPR/ VDRL POSITIU: SEMPRE S'HA DE QUANTIFICAR



TÍTOL = DILUCIÓ

DILUCIONS A LA  
MEITAT





# SÍFILIS: DIAGNÒSTIC – MÈTODES INDIRECTES

**T**reponèmiques: **T**<sub>PHA</sub>, **T**<sub>PPA</sub>, **F****T**<sub>A-abs</sub> **y** **T**ests ràpids

**R**eagíniques: **VD****R**<sub>L</sub> **y** **R**<sub>P</sub>**R**

## TREPONÈMIQUES

Mesuren antigen específics contra  
T. Pallidum

Molt específiques

Confirmen el diagnòstic

Són positives Tota la vida

## NO TREPONÈMIQUES

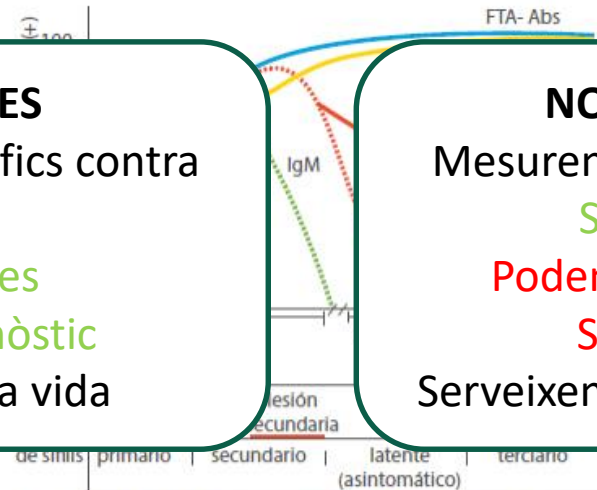
Mesuren Ac contra la cardiolipina

Sensibles i barates

Poden donar falsos positius

Són inespecífiques

Serveixen pel control de la malatia



**Mostra: Sèrum**

## **ESTUDI BACTERIOLÒGIC**

Treponema pallidum. Ac específics (CLIA)

**Positiu**

Treponema pallidum. Ac específics (TPHA)

**Positiu (+++)**

Treponema pallidum. Ac reagínics (RPR)

**Positiu. Títol = 1/32**

**Mostra: Sèrum**

## **ESTUDI BACTERIOLÒGIC**

Treponema pallidum. Ac reagínics (RPR)

**Positiu. Títol = 1/8**

---

## SÍFILIS PRIMÀRIA, SECUNDÀRIA O LATENT PRECOÇ:

Coneixem xancres, secundarisme luètic o tenim analítica negativa de fa menys d'un any

**Penicil·lina G benzatina 2'4 milions d'unitats IM en dosi única**  
(1'2 milions d'unitats en cada natja)

Dones gestants 3r trimestre i pacient VIH ? repetir segona dosi als 8-10 dies

Dones gestants +  
al·lèrgia a penicil·lina:  
tractament

**HOSPITALARI** per  
dessensibilització i  
posterior tractament  
amb penicil·lina

### Al·lèrgia a la penicil·lina:

Doxiciclina 100mg/24h oral x 14 dies

Eritromicina 500mg/6h oral x 14 dies

Azitromicina 2g dosi única oral

Ceftriaxona 500mg/24h im x 10 dies



## SÍFILIS LATENT TARDANA, LATENT DE DURADA DESCONEGUDA O TERCITÀRIA (EXCEPTE NEUROSÍFILIS):

**Penicil·lina G Benzatina 2'4 milions d'unitats IM**  
(1'2 milions d'unitats en cada natja)  
**3 dosis separades una setmana**

Dones gestants +  
al·lèrgia a penicil·lina:  
tractament

**HOSPITALARI** per  
dessensibilització i  
posterior tractament  
amb penicil·lina

### Al·lèrgia a la Penicil·lina:

Doxiciclina 100mg/12h oral 21-28 dies

Eritromicina 500mg/6h oral 28 dies

**Si s'interromp la pauta → REINICIAR**

# SÍFILIS: TRACTAMENT EPIDEMIOLÒGIC

Tractament de la o les **PARELLES SEXUALS** dels darrers **90 dies** d'una persona amb sífilis **infecciosa**:

**Penicil·lina G benzatina, 2.4 milions d'unitats IM**  
(1.2 milions en cada natja), **en dosi única**

Doxiciclina 100 mg cada 12 hores o 200 mg cada 24 hores per via oral durant 14 dies  
(contraïndicada durant l'embaràs i la lactància)



**SÍFILIS PRIMÀRIA**  
**SÍFILIS SECUNDÀRIA**  
**SÍFILIS LATENT PRECOÇ**  
**(<1ANY)**  
**PARELLES SEXUALS**

**Penicil·lina G benzatina 2'4 milions d'unitats IM en**  
**dosi única**

**SÍFILIS LATENT TARDANA**  
**(>1ANY)**  
**SÍFILIS TERCIÀRIA**  
**SÍFILIS LATENT IDETERMINADA**

**Penicil·lina G Benzatina 2'4 milions d'unitats IM**  
**3 dosis separades una setmana**

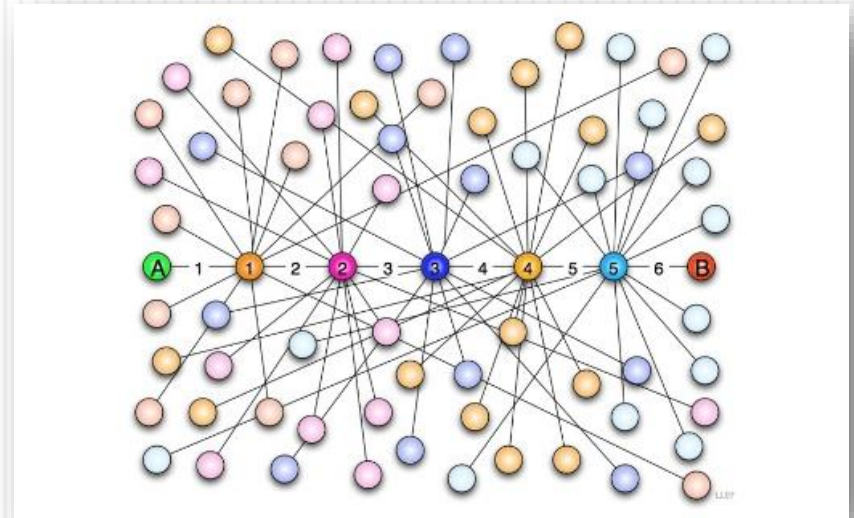
# SÍFILIS: ESTUDI DE CONTACTES

- Cal estudiar i tractar les parelles sexuals dels darrers:
  - ❓ 3 mesos (sífilis primària)
  - ❓ 6 mesos (sífilis secundària)
  - ❓ 12 mesos (sífilis latent precoç)

Estudiar les parelles sexuals el més precoç possible.

Si els resultats són **NEGATIUS** cal repetir-los als 2-3 mesos.

Si **NO** és possible el seguiment cal valorar el tractament epidemiològic.





# SÍFILIS: REACCIÓ DE JARISH-HERXHEIMER

- ❑ Quadre febril amb artràlgies, miàlgies, cefalea...
- ❑ Aparició sobtada a les 24 hores d'iniciar el tractament
- ❑ Tractament: Repòs i antitèrmics
- ❑ Causa: destrucció massiva d'espiroquetes
- ❑ 1/3 sífilis primària i 2/3 sífilis secundària
- ❑ La gestant que rebi tractament contra la sífilis durant la segona meitat de l'embaràs, i que presenti una reacció de Jarisch-Herxheimer, té un risc més alt de part prematur.



- ❑ Monitoratge dels títols dels tests cardiolipínics (RPR o VDRL)
  - Als **6 i 12** mesos en la **sífilis precoç**
  - Als **6, 12 i 24** mesos en la **sífilis tardana**
  - Als **3, 6, 12 i 24** mesos en infecció per VIH (tant la **sífilis precoç com la tardana**)
  - En cas d'embaràs, a les **28-32 setmanes** i en el moment del **part**, o **mensualment** fins al part si el **risc de reinfecció és alt**
  
- ❑ **Evitar les relacions sexuals fins a completar el tractament** o fins que els títols dels tests cardiolipínics hagin disminuït fins valors acceptables
  
- ❑ Les proves treponèmiques i reagíniques poden ser **positives a nivells baixos tota la vida** (important informar el pacient per evitar repeticions innecessàries de tractament)

La sífilis **no deixa immunitat** protectora.  
Una persona que ha tingut sífilis es pot reinfectar

## Prevenció primària i secundària:

- Reduir número de parelles sexuals
- Utilitzar preservatiu en totes relacions sexuals amb penetració (vaginal, oral i anal)



## ✓ Cal fer detecció i cribratge d'altres ITS a tota persona amb sífilis

- VIH, Hepatitis B, Clamídia i Gonococ

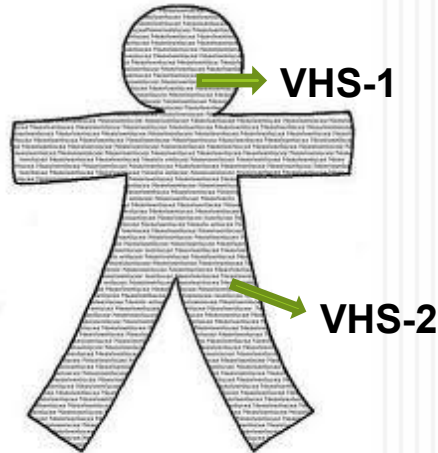
## ✓ Cal oferir detecció de sífilis a tota persona amb una altra ITS

## ✓ Oferir vacunació contra l'hepatitis B o A+B si procedeix.

# HERPES GENITAL

# HERPES GENITAL

- L'herpesvirus humà (VHS) és un virus ADN que pertany a la família Herpesviridae, i que té dos serotips: el **VHS-1** i el **VHS-2**.



**És la causa més freqüent  
d'úlceres genital**

## VHS-1

- Agent causal de la majoria de les lesions localitzades a **llavis**, mucosa oral, faringe o còrnia
- També pot causar lesions genitals (estan augmentant)

## VHS-2

- Agent causal més freqüent de les lesions herpètiques **genitals** (70-80%)
- També lesions extragenitals, com cavitat oral
- Més greu, més recurrències i major infectivitat

# HERPES GENITAL: TRANSMISSIÓ

- ❑ Transmissió per **contacte directe amb la pell, mucoses o secrecions** d'una persona infectada, encara que no tingui lesions aparents
- ❑ El “transmissor” pot haver tingut clínica d'herpes o no (no saber que és transmissor)
- ❑ Contagi durant les **relacions sexuals** (vaginals, anals o orals) però també **autoinoculació o transmissió vertical** (part)
- ❑ La transmissió **d'home a dona** és més elevat
- ❑ Elevat percentatge de **transmissions** en període **asimptomàtic**
- ❑ Molt contagiós, incurable, alta prevalença
- ❑ MOLT estigma, molt poques complicacions
- ❑ Important insistir en abstinència des de l'inici de pròdroms

# HERPES GENITAL: HISTÒRIA NATURAL

- ❑ **Infecció primària**: Infecció per VHS1 o VHS2 adquirida recentment sense Ac per infecció prèvia de cap dels 2 serotips. Pot ser simptomàtica o asimptomàtica
- ❑ **Infecció no primària**: Infecció per VHS 1 o 2 recent i amb Ac contra l'altre VHS previs. La clínica pot ser més lleu i de menor durada.
- ❑ **Recurrències**: Després de la infecció primària el VHS roman en fase de latència als ganglis nerviosos sensitius i es reactiva periòdicament. Reactivació de la clínica amb excreció del virus. Més freqüent amb VHS2

## **Excreció o disseminació vírica**

- Succeeix en fases asimptomàtiques (sovint la transmissió es dona en aquestes fases)
- Més freqüent quan VHS-2 és l'agent causal
- Durant 12 primers mesos de la infecció primària VHS2
- Quan els episodis simptomàtics són freqüents
- Entre la setmana abans i la setmana després de l'episodi simptomàtic
- En pacients infectats per VIH

# HERPES GENITAL: CLÍNICA

## HERPES GENITAL PRIMARI

### DOLOR

- ❑ **Període d'incubació 2-12 dies**
- ❑ **Manifestacions generals inicials:** malestar general, cefalea, miàlgia, febre
- ❑ **Síntomes acompanyants:** disúria, secreció ureteral o vaginal
- ❑ **Manifestacions locals:** formigueig, picor, cremor o dolor en la zona afectada
- ❑ **Aparició de lesions:**

Eritema ☐ vesícula☐ butllofa☐ erosió☐ úlcera☐ crosta

Localització: coll uterí, vulva, gland, prepuci o penis; natges, cuixes, regió perianal, anus o recte

**Adenopatia inguinal  
dolorosa i bilateral**

**Curació als 16-  
20 dies sense  
tractament**



# HERPES GENITAL: CLÍNICA

## Recurrències

**Similar** al primer episodi però **més lleu** i sense clínica general

Afectació de la **mateixa zona** anatòmica que la primoinfecció

Adenopatia inguinal **unilateral**

Curació als **8-12** dies sense tractament

Més freqüents en infecció per **VHS-2**

>1/2 dels casos tindran recurrències als 4-8 mesos

1r any: 4-10 episodis de recurrència

**Factors associats a la recurrència:** cicle menstrual, estrés psíquic, malaltia, febre, contacte sexual, cirurgia, alguns fàrmacs, etc.





# HERPES GENITAL: DIAGNÒSTIC

## Test d'amplificació d'àcids nucleics (TAAN)

- Tècnica d'elecció: **PCR**
- Recollida de mostra directament de la vesícula o úlceres rasant amb escovilló **vermell** (dolorós): cal prendre la mostra en el primer contacte a urgències
- Permet identificar el **tipus** (VHS-1 o VHS-2)
- Ens indica **activitat actual** local



## Serologia

- **No** indicat pel diagnòstic
- Indica **contacte** amb l'herpes, no activitat
- Indicat en **dubtes diagnòstics** (úlceres recurrents amb mètodes directes (PCR) negatius de forma repetida)
- Resultat negatiu: exclou diagnòstic (negatiu si precoç)
- Resultat positiu: diagnòstic possible però no segur

- El diagnòstic és **CLÍNIC!**
  - Serologies **NO** aporten informació útil
  - El tractament depèn de clínica, severitat i estigma
  - Si dubtes → PCR

## ❑ **Detecció: a qui?**

- Investigar existència d'infecció per VHS en persones que presentin síndrome **d'ulceració genital**
- **Cribratge serològic** de VHS a persones amb **contacte sexual** amb persones amb antecedent d'herpes genital, especialment **dones embarassades**
- Es recomana confirmació i tipificació VHS-1 o VHS2 en **infecció primària** (diagnòstic, pronòstic, maneig clínic i aconsellament)
- **No** es recomana en persones **asimptomàtiques**

# HERPES GENITAL: MESURES PREVENTIVES

- ❑ La contagiositat és alta durant el primer any, sobretot en la infecció pel VHS-2. (fase simptomàtica i entre episodis)
- ❑ Es recomana **no tenir relacions sexuals mentre hi hagi lesions herpètiques o símptomes prodròmics en la zona afectada**
- ❑ Protecció del preservatiu és limitada en el cas de l'herpes genital.
  - ? Metaanàlisis (n 5384) mostra reducció del 30% de la transmissió d'herpes amb l'ús del preservatiu en el 100% de les relacions sexuals
- ❑ Han de ser **avaluades i rebre tractament les parelles sexuals simptomàtiques**; les parelles **sexuals asimptomàtiques poden ser avaluades (serologia a VHS-1 i VHS-2) i rebre aconsellament i estudi ITS** si es considera necessari

Tota persona amb herpes genital ha de ser avaluada per altres ITS: VIH, *Treponema pallidum*, VHB, *Chlamydia trachomatis D-K* i *Neisseria gonorrhoeae*

# HERPES GENITAL: TRACTAMENT

| INDICACIONS                         | FÀRMAC       | POSOLOGIA   | VIH  |
|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>PRIMOINFECCIÓ<br/>HERPÈTICA</b>  | Aciclovir    | 400 mg/8h, 5 dies *   | 400 mg 5 vegades al dia 7-10 dies  |
|                                     | Valaciclovir | 1g/12h, 5 dies  | 1g/12h 10 dies   |
|                                     | Famciclovir  | 250mg/8h, 5 dies  | 250-750mg/12h 10 dies<br>250-500mg/8h 10 dies  |
| <b>HERPES GENITAL<br/>RECURRENT</b> | Aciclovir    | 400mg/8h, 5 dies * o<br>800mg/12h, 5 dies o<br>800mg/8h, 2 dies                         | 400mg/8h, 5 dies o<br>800mg/12h, 5 dies o<br>800mg/8h, 2 dies                        |
|                                     | Valaciclovir | 500mg/12h, 3 dies o<br>1g/24h, 5 dies   | 500mg/12h , 3 dies o<br>1g/24h, 5 dies   |
|                                     | Famciclovir  | 1g/12h, 1 dia o<br>125mg/12h, 5 dies o<br>500mg 1 dosi, seguida de<br>250mg/12h, 2 dies | 125mg/12h, 5 dies o<br>1g/12h, 1 dia o<br>500mg 1 dosi, seguida de 250mg/12h, 2 dies |

# HERPES GENITAL: TRACTAMENT

| TRACTAMENT SUPRESSOR  |              |                    |
|---|--------------|--------------------|
| INDICACIONS   | FÀRMAC       | POSOLOGIA          |
| TERÀPIA SUPRESSIVA PER EPISODIS D'HERPES GENITAL RECURRENT                        | Aciclovir    | 400mg/12h          |
|   | Valaciclovir | 500mg/24h o 1g/24h |
|   | Famciclovir  | 250mg/12h          |
| TERÀPIA SUPRESSIVA DURANT L'EMBARÀS (començar a la <b>setmana 36</b> de gestació) | Aciclovir    | 400mg/8h           |
|   | Valaciclovir | 50mg/12h           |

# LINFOGRANULOMA VENERI

*Chlamydia trachomatis* L1, L2, L3

# LINFOGRANULOMA VENERI (LGV)

Limfogranuloma inguinal o malaltia de Durand-Nicolas-Favre.

*Chlamydia trachomatis* L1, L2, L3

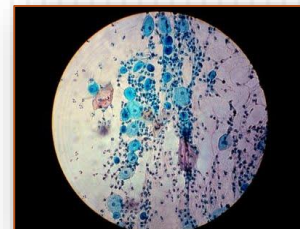
L'LGV és una ITS endèmica de països tropicals i subtropicals de l'Àfrica, Amèrica del Sud i Àsia. **Des de l'any 2004, l'LGV s'ha expandit a Europa en forma de brots de proctitis en homes infectats pel VIH** i que tenien relacions sexuals amb altres homes.

**Font d'infecció:** exsudats de les lesions obertes de les persones infectades.

Es contrau per **relacions sexuals no protegides** (anals, vaginals o orals) i també per **l'ús compartit de joguines sexuals contaminades**.

**Període d'incubació** pot variar de 3 a 30 dies.

Tant per la seva complexitat diagnòstica com de maneig clínic, es considera que el LGV és criteri de derivació a unitats monogràfiques o hospitalàries d'ITS



# LGV: MANIFESTACIONS CLÍNiques

Tot i que pot haver-hi formes asimptomàtiques d' LGV, la majoria de casos es presenten en forma de **proctitis aguda molt simptomàtica**:

- Dolor anorrectal
- Tenesme rectal
- En ocasions: febre i malestar general

A l'exploració, signes de proctitis aguda:

- Úlcera a regió perianal o canal anal, no dolorosa i no indurada
- Secrecció rectal mucosa, purulenta o ensangonada





# LGV: DIAGNÒSTIC I SEGUIMENT

- Sospita clínica
- Context epidemiològic
- Detecció mitjançant PCR sobre mostra anal o rectal (específica i genotipatge dels serovars L1,L2,L3)

S'ha de fer seguiment de l'evolució del pacient fins a la curació (usualment, a les 3-6 setmanes); es recomana fer un test post-tractament per a verificar la curació de la infecció (PCR i genotipatge dels serovars)

**Doxiciclina 100 mg/12h per via oral, durant 21 dies  
(3 setmanes)**

En cas d'al·lèrgia a les tetraciclines, embaràs o lactància materna, es pot emprar: **Eritromicina 500 mg/6h** per via oral, durant 21 dies.  
Durant l'embaràs i el període de lactància, s'ha d'usar l'eritromicina base

Un altre tractament alternatiu és  
**Azitromicina en pauta d'1g** a la setmana per via oral,  
durant 2-3 setmanes

Es recomana avaluar i tractar totes les parelles sexuals que la persona hagi tingut en el període dels **30 dies** abans de l'inici dels símptomes (4 setmanes).

El tractament dels contactes es pot realitzar amb l'administració de:

Doxiciclina 100 mg/12h per via oral durant 7 dies o bé  
Azitromicina 1 g en dosi única per via oral (o eritromicina)

## Notificació

El LGV és una malaltia de declaració obligatòria individualitzada (MDI), és a dir amb complementació de l'enquesta epidemiològica corresponent a la declaració de les ITS

**Cal fer detecció d'altres ITS a tota persona amb LGV**  
(VIH, Hepatitis B, Clamidia D-K i Gonococ )

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

# XANCRE TOU

*Haemophilus ducrey*

# XANCRE TOU O XANCROIDE

- Produït per *Haemophilus ducrey* (infecció molt poc freqüent a Europa, la majoria dels casos són importats)
- **Clínica:** úlcera única, dolorosa, coberta d'un exsudat purulent de color gris o groc, que sagna fàcilment quan es toca i amb adenopatia inguinal supurativa que pot arribar a ulcerar-se (bubó)
- **Diagnòstic:** cultiu de les mostres obtingudes de les lesions o TAAN (PCR) (no gaires laboratoris disposen d'aquesta tècnica)
- **Tractament d'elecció:**
  - Ceftriaxona 250 mg per im dosis única o
  - Azitromicina 1 g vo dosi única
  - Alternatives: eritromicina 500 mg cada 8 h per via oral durant 7 dies, o bé ciprofloxacino 500 mg cada 12 h per via oral durant 7 dies
- Cal fer cribratge d'altres ITS (serologies i estudi de clamídia i gonococ)

# Infeccions de transmissió sexual: **Lesions exofítiques**

# Moluscum contagiosum

- **Poxvirus**
- Molt freqüent a la infància i molt contagiós
- **Pàpules perlades sòlides i umbilicades del color de la pell, de pocs mil·límetres**
- Tendència a la resolució espontània en 1-2 anys
- Es pot fer **curetatge** (alternatives: Molusk<sup>®</sup>, crioteràpia)



# Condilomes pel virus del papil·loma humà (VPH)

- Fins a un **80% de la població sexualment activa** ha estat en contacte amb VPH
- Un 90% d'aquestes, seran transitòries i resolen espontàniament abans de 2 anys
- Lesions exofítiques rosades o pigmentades que apareixen a la pell de genitals externs, perineu, mucosa genital, cervical, anorectal o oral
- Dermatoscòpia: glòbuls vermells amb halo blanc
- Pacients **VIH: cribratge de càncer anorectal** amb anuscòpia d'alta resolució
- El rasurat de la zona afavoreix l'autoinoculació
- **L'abstenció terapèutica és una opció**
- **Cap tractament**, elimina la infecció ni la transmissió





# Tractament dels condilomes

## **Podofil-lotoxina crema al 0,15%**

2 aplicacions al dia (matí i nit)  
3 dies consecutius + 4 dies de descans  
Màxim 4 setmanes consecutives

Autoadministrat

Berrugues anogenitals **externes toves (no queratinitzades) <10 cm<sup>2</sup>**  
Contraindicada en embaràs i lactància  
Evitar relacions sexuals els dies de tractament

## **Imiquimod crema al 5%**

1 aplicació al dia (nit 6-10 hores)  
3 dies alterns  
Màxim 16 setmanes consecutives

Autoadministrat

Berrugues anogenitals externes toves o queratinitzades  
Contraindicat en embaràs i lactància  
Evitar relacions sexuals els dies de tractament

## **Sinecatequina**

3 aplicacions al dia

Autoadministrat

Alternativa

## **Àcid tricloroacètic solució al 80-90%**

1 aplicació a la setmana fins a la resolució  
Deixar assecar i després rentar amb aigua i sabó

A la consulta (preparació farmacèutica)

Berrugues anogenitals externes toves o queratinitzades

## **Crioteràpia: nitrogen líquid aplicat amb criosondes**

2 cicles de congelació-descongelació de 10-20 segons  
cada cicle en cada sessió  
Marge de 2 mm de pell sana al voltant  
Màxim 1 sessió a la setmana fins a la resolució

A la consulta

Berrugues anogenitals externes toves o queratinitzades  
Cal consentiment informat previ  
Es pot emprar anestèsic local (crema)  
Altres: exèresi quirúrgica, electrocoagulació

# Vacunació VPH



| Cervarix®                        | Gardasil®                                  | Gardasil 9®   |
|----------------------------------|--|---|
| Bivalent (VPH2)<br><b>16,18</b>  | Tetravalent (VPH4)<br><b>6, 11, 16, 18</b> | Nonavalent (VPH9)<br><b>6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58</b> |
| 9-14 anys 2 dosis:<br>0-6 mesos  | <b>9-13 anys:</b><br>0-6 mesos             | 9-14 anys: 0-6 mesos  |
| ≥15 anys 3 dosis:<br>0-1-6 mesos | <b>≥14 anys:</b><br>0-2-6 mesos            | ≥15 anys: 0-2-6 mesos   |

Vacunació **sistemàtica** als 11-12 anys amb dues dosis

## Vacunació selectiva a Catalunya

- Neoplàsia intraepitelial cervical moderada o de grau més avançat (CIN2+) o adenocarcinoma endocervical in situ
- Dones amb trasplantament de progenitors hematopoètics (TPH) o d'òrgan sòlid (TOS) fins als 26 anys
- Síndrome d'insuficiència medul·lar (inclòs anèmia de Fanconi i disqueratosi congènita, entra d'altres)
- Homes que mantenen relacions sexuals amb altres homes (HSH) fins als 26 anys
- Treballadors/es sexuals fins als 26 anys
- Abusos sexuals fins als 26 anys
- Infecció pel VIH fins als 26 anys

# Monkeypox (MPX): Epidemiologia

- Zoonosi (reservori: rosegadors, micos)
- Virus **MPXV** del gènere *Orthopoxvirus*
- Zones endèmiques d'**Àfrica central i occidental**
- El **23 de juliol de 2022** l'OMS declara emergència de salut pública d'importància internacional
- Mecanisme de transmissió més probable: **contacte sexual**
- La major part dels casos són homes 18-88 anys
- Complicacions: meningoencefalitis, proctitis, úlceres cornials, sobreinfeccions bacterianes de les lesions
- Fins ara no es coneix cap infecció d'animals a Europa, ni en mascotes ni en animals salvatges

Casos notificats fins 11/10/22:  
Espanya 7087  
Catalunya 2149

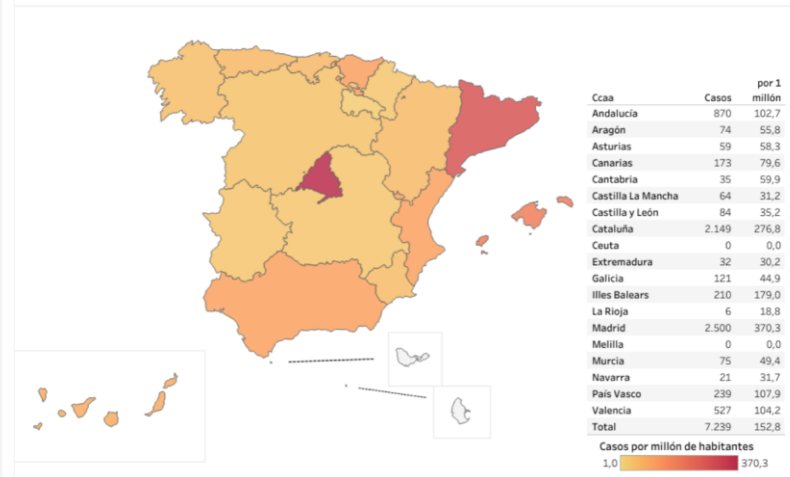
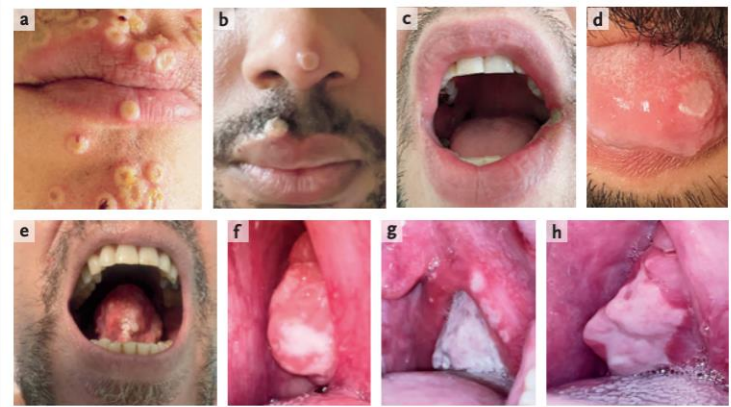
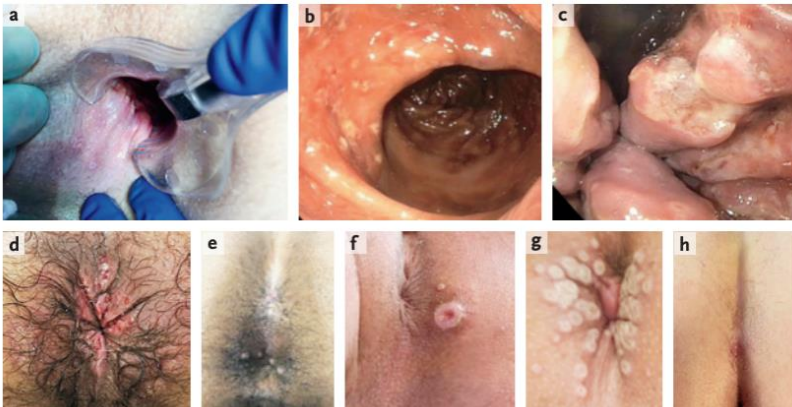


Figura 1. Casos de viruela del mono notificados en España, RENAVE a 11 de octubre de 2022

# Monkeypox (MPX): Manifestacions clíniques

- Virasi: **febres, poliadenopaties regionals**, astènia, miàlgies, cefalea, odinofàgia
- Entre 1-5 dies després de la febre apareixen les lesions cutànies:
  - Úniques o poc nombroses, agrupades amb eritema subjacent i en àrees de contacte **anogenitals o periorals**
  - Exantema maculopapular d'inici a orofaringe i cara fins a fer-se generalitzat, pot afectar palmes i plantes, mucoses i conjuntiva



# Monkeypox (MPX): Història natural de les lesions cutànies

- **Període de contagi:** des de l'aparició de la febre i/o símptomes respiratoris fins al despreniment de la crosta
- No existeix evidència de contagi durant la fase d'incubació
- L'evolució de les lesions és ràpida (**3-5 dies**)
- Lesions en **diferents estadis** evolutius
- El quadre es resol en **2-5 setmanes** després de l'inici de símptomes





# Monkeypox (MPX): Diagnòstic diferencial

**Monkeypox**



**Varicel·la**



**Herpes simple**



**Fol·liculitis**



**Picades**



**Sífilis secundària**



**Sarna**



**Mol·lusc contagiós**



# Monkeypox (MPX): Notificació, tractament i prevenció

La MPX és una **malaltia de declaració individualitzada (MDI) de notificació urgent**  
Cal notificar qualsevol sospita de cas a la **Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya**

- La majoria de símptomes es resolen sense tractament, cura de les lesions cutànies
- **Aïllament domiciliari** en una àrea separada d'altres convivents i animals fins que les lesions hagin desaparegut
- Mascareta quirúrgica si presenta símptomes respiratoris
- Un cop finalitzat el període d'aïllament, l'OMS recomana l'ús del preservatiu en les relacions sexuals durant les primeres 12 setmanes
- Els professionals sanitaris han d'emprar **guants, mascareta FFP2 i bata** durant la visita, NO cal posar-se l'EPI completa



# Monkeypox (MPX): Vacunació

A Espanya, la vacuna de la verola humana es va deixar d'administrar l'any 1980

## Criteris de vacunació a Catalunya

- Tenir més de 18 anys
- Tenir relacions sexuals d'alt risc (múltiples parelles sexuals, consum de drogues durant les relacions sexuals, infeccions de transmissió sexual habituals) incloses dins de les indicacions de profilaxis preexposició al VIH (PrEP) o infecció per VIH en seguiment de consultes hospitalàries
- No haver passat la malaltia
- No tenir administrada cap vacuna de la verola amb anterioritat
- No haver estat contacte estret d'un cas positiu en els deu dies previs
- No presentar cap simptomatologia en el moment de la vacunació

# Cribratge i estudi de contactes en persona asimptomàtica

# Cribratge o estudi de contactes (EC)

- Cada 3 mesos - 1 any segons el risc
- **Serologia:**
  - VIH
  - Sífilis
  - VHB: **HBsAg i anti-HBs**
  - VHC: pràctiques amb risc de sagnat (sexe anal receptiu, ús de drogues, joguines, fisting, BDSM)
  - VHA: pràctiques oro-anals
  - Segons clínica: cultiu tricomonas, PCR herpes genital.

Tenir en compte el **període de finestra:**  
Repetir serologia VIH als **3 mesos**

**Oferir vacunació VHB/VHA**  
Repetir VHA + antiHBs al mes d'acabar la pauta de  
**vacunació** per assegurar immunitat:  
VHA >20  
antiHBs >10

# Valoració del risc segons pràctiques sexuals

| Risc baix  | Riscs mitjà                         | Risc alt   |
|--|-------------------------------------|--|
| Fer-se petons<br>Massatges, tocaments<br>Petting<br>Jocs sensorials<br>Masturbació<br>Joguines sexuals | Cunnilingus<br>Fel·lació<br>Tisores | Anilingus (rimming)<br>Penetració vaginal<br>Penetració anal |

El risc **augmenta** en presència de  
**drogues, ferides, sang, ITS**

# Estudi de contactes (EC)

| ITS del cas índex   | Període d'identificació de les parelles sexuals (PS) des de l'inici dels símptomes |
|---|--|
| Gonocòccica<br>Infecció per clamídies D-K<br>CT Limfogranuloma veneri (LGV)<br>Infecció pel VIH | <b>3 mesos</b>   |
| Sífilis   | Primària: 3 mesos  |
|   | Secundària: 6 mesos  |
|   | Precoç latent: 1 any   |

# Estudi de contactes (EC)



## 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*

# Estudi de contactes (EC)

En l'EC està indicat **iniciar el tractament SENSE** esperar els resultats

| ITS del cas índex      | Tractament dels contactes   |
|------------------------|---|
| Gonocòccica            | Ceftriaxona 1g IM DU  |
| Infecció per clamídies | Doxiciclina 100 mg/12h VO 7d (21d si CT LGV)                            |
| Infecció pel VIH       | <b>≤72 hores postexposició (PEP)</b><br><b>Dispensació hospitalària</b> |
| Sífilis                | Penicil·lina G benzatina 2,4 mUI IM DU                                  |

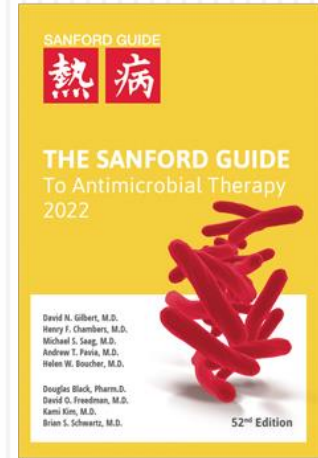
- **Aconsellament i educació** sanitària per adoptar unes pràctiques sexuals més segures: l'ús sistemàtic i correcte de mètodes barrera





# Guies i recursos

- Guies ITS:
  - Sanford
  - Mensa
  - Europea **IUSTI**: <https://iusti.org/treatment-guidelines/>
  - Britànica **BASHH**: <https://www.bashh.org/guidelines>
- VIH:
  - <https://gesida-seimc.org/category/guias-clinicas/>
  - <https://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/eacs-guidelines.html>
- Chem-sex (chills):
  - <https://www.chem-safe.org/que/>
  - <https://chemsex.info/>
- Informació ITS per pacients en diversos idiomes: <https://iusti.org/patient-information/>



- Vigilància epidemiològica de les infeccions de Transmissió Sexual (ITS) a Catalunya. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les infeccions de Transmissió Sexual i SIDA de Catalunya. (CEEISCAT) Informe anual 2021.
- López Corbeto E, Lugo Colón R, Montoro Fernández M, Casabona Barbara J; en nombre del Grupo de ITS de la Comisión de vigilancia epidemiológica de Cataluña. Epidemiological situation of post-pandemic sexually transmitted infections in Catalonia, Spain. Med Clin (Barc). 2023 Aug 11;161(3):95-100. English, Spanish. Doi: 10.1016/j.medcli.2023.03.014. Epub 2023 May 25. PMID: 37244853; PMICD: PMC10209783.
- Aguirrebengoa O, Coll P et al. Recomendaciones sobre la profilaxis preexposición para la prevención de la infección por VIH en España. Actualización enero 2023. Grupo de estudio del SIDA-SEIMC (GeSIDA)
- López Corbeto E, Lugo Colón R, Montoro Fernández M, Casabona Barbara J; en nombre del Grupo de ITS de la Comisión de vigilancia epidemiológica de Cataluña. Epidemiological situation of post-pandemic sexually transmitted infections in Catalonia, Spain. Med Clin (Barc). 2023 Aug 11;161(3):95-100. English, Spanish. Doi: 10.1016/j.medcli.2023.03.014. Epub 2023 May 25. PMID: 37244853; PMICD: PMC10209783.

# Moltes gràcies

[martabesa@yahoo.es](mailto:martabesa@yahoo.es)