

III Jornada Malalties infeccioses a l'Atenció Primària



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

Infeccions de transmissió sexual

Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona

19 de novembre de 2024

Grup d'estudi i recomanacions sobre malalties infeccioses a l'AP

GdT d'Infeccions de Transmissió sexual

Marta Besa. Metgessa de MFiC. EAP L'Hospitalet de Llobregat 8 – Florida Sud.
Membre GdT GERMIAP de la CAMFiC

Sandra Paredes. Metgessa de MFiC. EAO Barcelona 2C – Comte Borrell. Membre
GdT GERMIAP de la CAMFiC

Laia Cayuelas. Metgessa de MFiC referent ITS i VIH. EAP Barcelona 2E – Casanova.
Membre GdT GERMIAP de la CAMFiC

Carolina Gabriela Santana. Metgessa de MFiC. EAP Cornellà de Llobregat 3 – La
Gavarrà. Membre GdT GERMIAP de la CAMFiC

De què parlarem?

- Introducció i epidemiologia
- Síndrome secretora
- Síndrome ulcerada
- Proctitis
- Altres ITS
- Cribratge i estudi de contactes



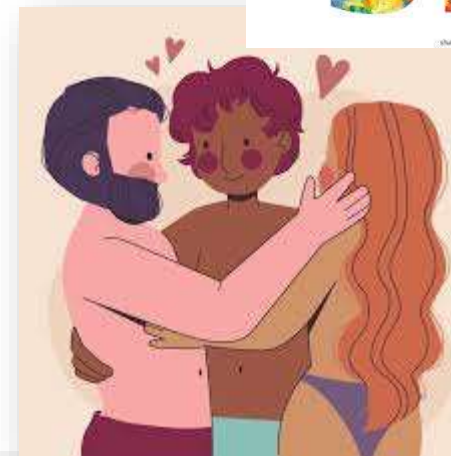


ITS: Agents causals

- **BACTERIES:** *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoea*, *Chlamydia trachomatis*, *Haemophilus ducreyi*, *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*
- **VIRUS:** Herpes simple I i II, VPH, VIH, VHB i VHC
- **PROTOZOOS:** *Trichomona vaginalis*
- **ECTOPARÀSITS:** *Sarcoptes scabiei*, *Phthirus pubis*



SEX



Vigilància epidemiològica de les ITS a Catalunya-Informe 2022

Informe anual 2022

Febrer 2024

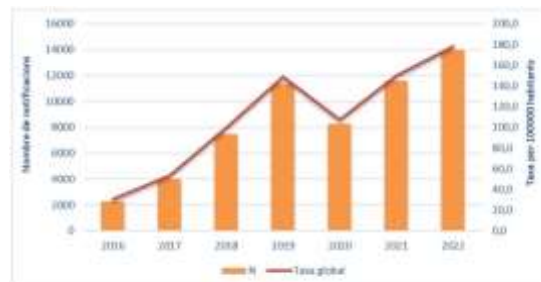
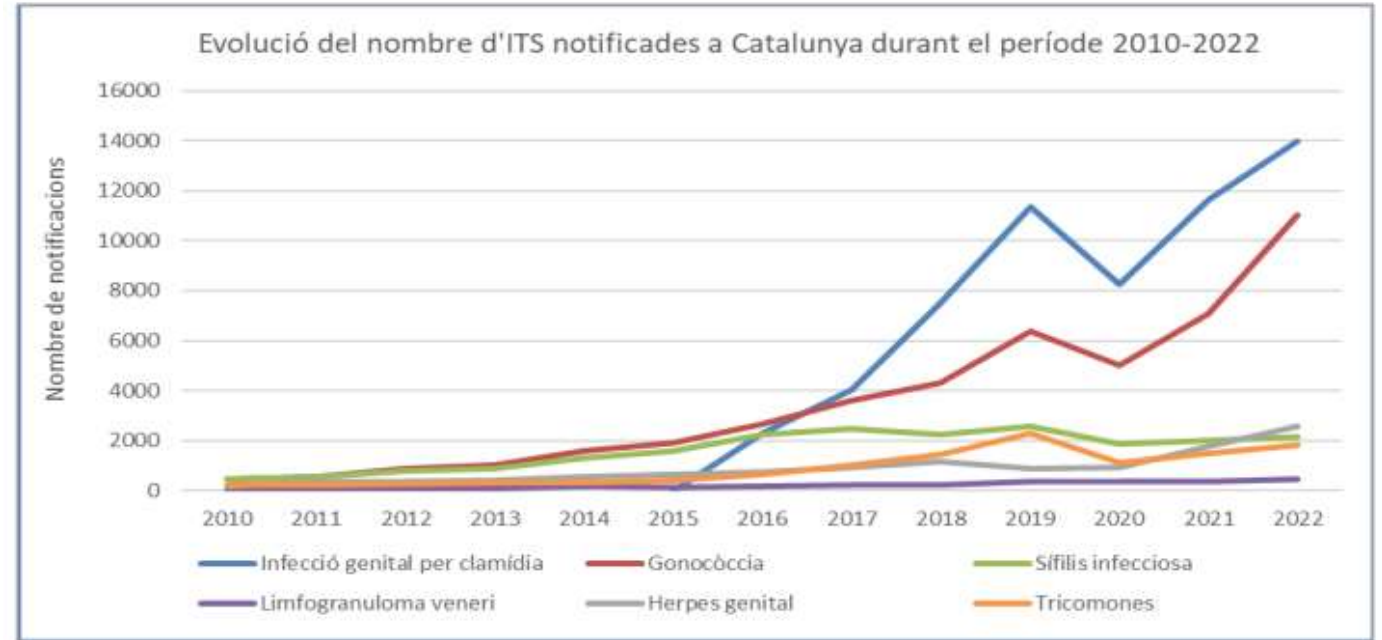


Figura 1. Evulsió de la taxa per 100.000 habitants dels casos notificats d'infecció genital per clamídia. Catalunya, 2016-2022.

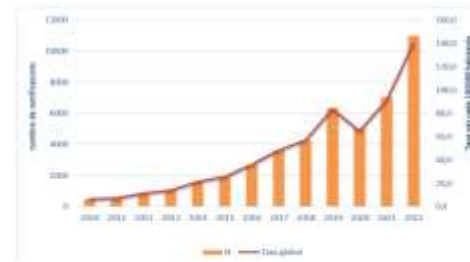


Figura 11. Evulsió de la taxa per 100.000 habitants dels casos de gonocòccia. Catalunya, 2010-2022.

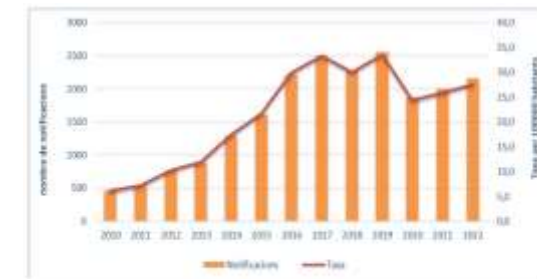


Figura 24. Evulsió de la taxa per 100.000 habitants dels casos notificats de sifilis infecciosa. Catalunya, 2010-2022.

Són 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
<u>Tricomonomosi</u>	A59	MDO numèrica
Herpes genitals	A60.0; A60.1; A 60.9	MDO numèrica
Sífilis infecciosa o precoç Sífilis no infecciosa o tardana	A51.0; A51.9 A52.0; A52.9	MDO individualitzada (MDI) 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 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

Dades diagnòstic

14. Diagnòstic 15. Data diagnòstic (dd/mm/aa) 16. Tipus de diagnòstic 17. Localització 18. Síntomes 19. Inici símptomes (dd/mm/aa) 20. Tractament

Edat

Pla d'acció enfront del VIH i altres ITS 2021-2030

Comissió Interdepartamental de la
Sida a Catalunya

4 Eixos

8 Objectius

21 Objectius específics

53 Accions

44 Indicadors clau

CRIBRATGE ITS: Població diana

- **PAPPS** recomana breu intervenció per prevenció VIH i ITS cada 2 anys
- **Conductes de risc** → cada 3 mesos / 1 any
 - Tenir menys de 25 anys
 - Haver tingut un contacte sexual amb una persona amb ITS
 - Tenir una nova parella sexual en els últims mesos
 - Antecedent previ d'ITS
 - treballadors del sexe comercial i usuaris
 - Consum de drogues i/o alcohol, sobretot associats a RS
 - Ús inconsistent del preservatiu amb parelles casuals
 - Ser víctima de violència de gènere



CRIBRATGE ITS: què cal demanar?

■ SEROLOGIA

- VIH
- Sífilis
- VHB: HBsAg i anti-HBs
- VHC (si pràctiques de risc: sexe anal, ús de drogues, joguines, fisting, etc)
- VHA (si pràctiques oro-anals)

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

■ PCR (homes: orina primer raig, dones: mostra vaginal)

- Clamídia
- Gonococ
- Tricomones

Oferir vacunació VHB/VHA

Repetir VHA + antiHBs al mes d'acabar la pauta de
vacunació per assegurar immunitat:

VHA >20

antiHBs >10

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut
Secretaria de Salut Pública
Subdirecció General de Vigilància i Resposta
a Emergències de Salut Pública

Protocol per a l'estudi dels contactes de les persones diagnosticades d'ITS a Catalunya

Grup de Treball per a l'Elaboració del Protocol per a l'Estudi dels Contactes de les
Persones Diagnosticades d'ITS a Catalunya

Aprovat per la Comissió de Vigilància Epidemiològica de Catalunya

ESTUDI DE CONTACTES: objectius

- Interrompre la **cadena de transmissió** de les ITS
- Evitar la **reinfecció** del pacient índex
- **Identificar** persones infectades i oferir-los **tractament precoç**
- Oferir **assessorament** sobre la transmissió d'ITS i promoure un comportament **sexual segur**



NOTIFICACIÓ PER PART DEL PACIENT (PATIENT REFERRAL): el cas índex es compromet a informar les seves parelles sexuals

NOTIFICACIÓ PER PART DEL PROFESSIONAL SANITARI (PROVIDER REFERRAL): són professionals (medicina, infermeria o altres degudament formats) els que localitzen els pacients (a partir de la informació facilitada pel cas índex) i els informen

NOTIFICACIÓ CONDICIONAL (CONDITIONAL REFERRAL): és una combinació de les dues anteriors. Es pacta un període de temps en el qual el cas índex ha d'informar a les parelles sexuals. Si no ho fa, passat el temps pactat és el professional sanitari qui contacta amb les parelles sexuals del pacient.

NOTIFICACIÓ DUAL (DUAL REFERRAL): la notificació la fan conjunta el cas índex i el professional sanitari, donant suport en les parelles que el cas índex preveu que tindrà més dificultats

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

3 mesos

Font: CDC. 2015 Sexually transmitted diseases treatment guidelines. Disponible a:

<https://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>

Targeta de derivació del contactes sexuals del cas índex als serveis sanitaris



Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública
de Catalunya

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 / signatura del metge

ESTUDI DE CONTACTES: tractament epidemiològic

TRACTAMENT EPIDEMIO LòGIC: tractament del contacte abans d'obtenir el resultat del laboratori

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	≤72 hores postexposició (PEP) Dispensació hospitalària
Sífilis	Penicil·lina G benzatina 2,4 mUI IM DU

Tota persona diagnosticada d'una ITS o en contacte amb alguna ITS ha de rebre **aconsellament** i educació per la **reducció de riscos** i la modificació de conductes i pràctiques sexuals de risc



Moltes gràcies!

martabesa@yahoo.es



III Jornada de Malalties Infeccioses a l'Atenció Primària



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

SÍNDROME SECRETORA

Germiap - Subgrup ITS

Dra. Sandra Paredes– MF CAP Comte Borrell

Barcelona, 19 de novembre de 2024

Síndrome secretora

- ITS que poden cursar amb síndrome secretora
 - **Gonocòcciques:** *Neisseria gonorrhoeae*
 - **No gonocòcciques:**
 - *Chlamydia trachomatis*
 - *Mycoplasma genitalum, Ureaplasma urealiticum*
 - *Trichomona vaginalis* (vulvovaginitis)

Síndrome secretora

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

Secreció serosa/purulenta/hemàtica:



□ A través de la uretra (URETRITIS)



□ A través d'endocèrvix (CERVICITIS)

Síndrome secretora



ETIOLOGIA

Neisseria gonorrhoeae

Chlamydia trachomatis D-K

Altres: *Mycoplasma genitalium*, *Chlamydia trachomatis* L1,L2,L3), *Ureaplasma Urealiticum*, *Tricomones Vaginalis* (TV)
Adenovirus, VHS

Gonococ i Clamídia



Gonococ



Neisseria Gonorrhoeae
Diplococ gramnegatiu

Germen

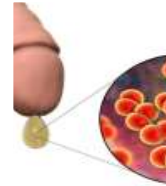


Entre 2 i 7 dies

Període incubació



Durant mesos si no es tracta



Directe, per inoculació de secrecions infectades entre membranes mucoses

Transmissió



Orquiepididimitis, prostatitis, esterilitat, endometritis, MPI vaginitis, gonocòccia disseminada

Complicacions



VIH

Afavoreix la transmissió de VIH

Gonococ - Formes clíniques



- **Leucorrea:** augment flux vaginal
- Cervicitis (secreció endocervical mucopurulenta i cèrvix friable)
- Uretritis aguda
- Metrorràgia o menorràgia
- Dolor al baix abdomen
- Malaltia inflamatòria pelviana



- Secreció uretral mucosa i després **purulenta** amb disúria o sense
- Molèsties perianals
- Orquitis – epididimitis
- Proctitis (secreció o dolor rectal)

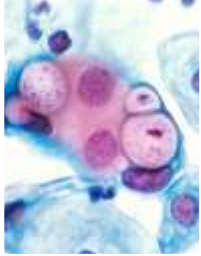


70% en dones
10% en home

Formes asimptomàtiques

(sobretot afectació rectal i faríngia)

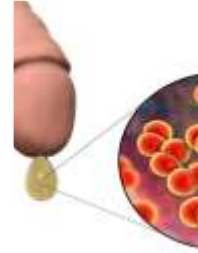
Clamídia D-K



Chlamydia trachomatis.

Bactèria gramnegativa intracel·lular obligada

Germen



Directe, per inoculació de secrecions infectades entre membranes mucoses

Transmissió



Entre 2 i 6 setmanes

Període incubació



Esterilitat, embarassos ectòpics, MPI

Complicacions



Recomanable sobretot en dones sexualment activa <25anys o amb factors de risc



Si no es tracta pot persistir durant mesos.

Si no es complica pot resoldre's en un any de forma espontània

Clamídia D-K - Formes clíniques

- Cervicitis (coll de la cèrvix friable, inflamació, edema)
- Sagnat postcoital o intermenstrual
- Leucorrea (augment flux vaginal)
- 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



Artritis reactiva,
síndrome de Reiter



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



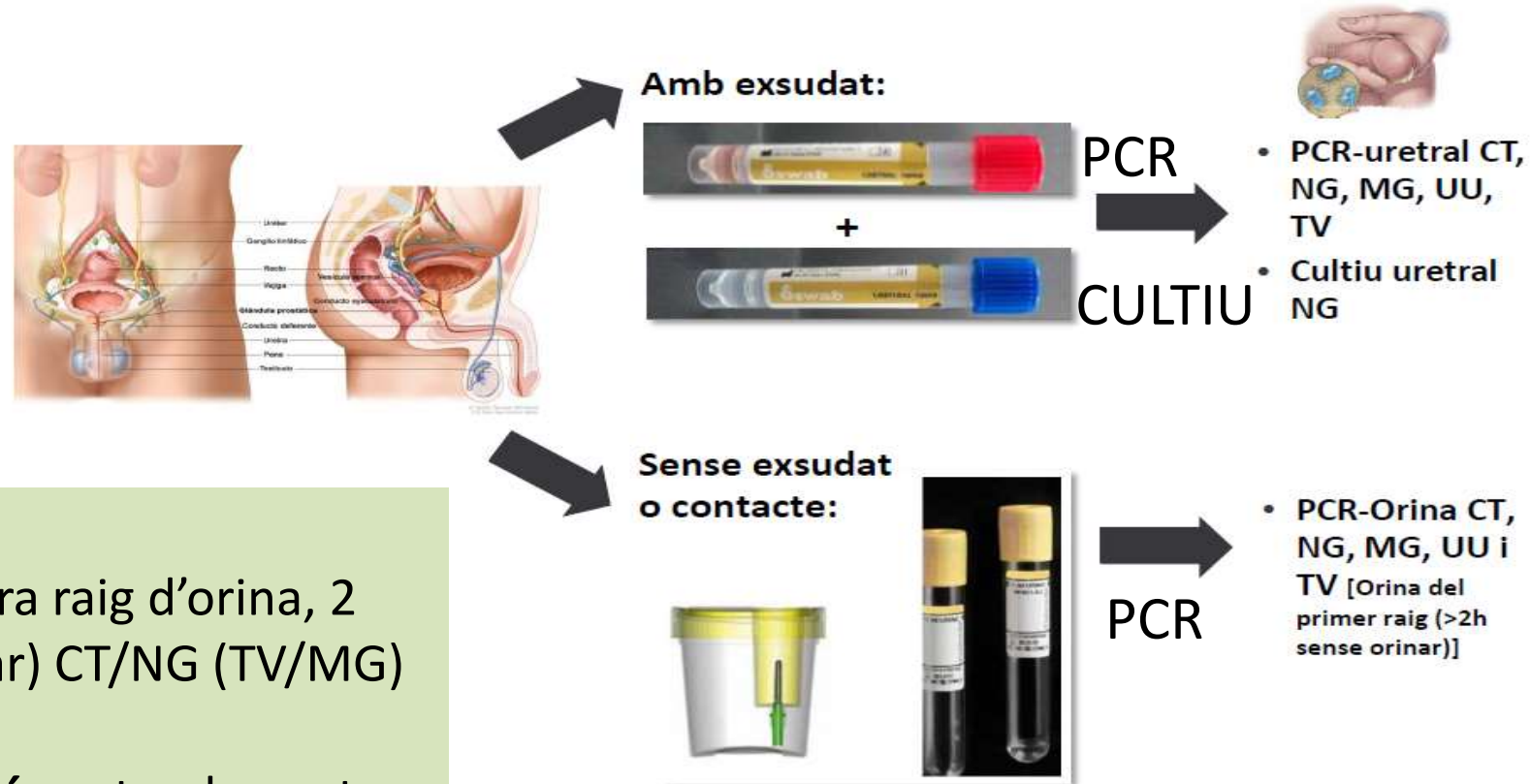
70-95% en dones

50% en home

Formes asimptomàtiques

Localització faríngia i rectal

Recollida de mostres - Home



Homes:

- **PCR orina** (primera raig d'orina, 2 hores sense orinar) CT/NG (TV/MG) o **uretra**
- Si existeix **secreció** ureteral: mostra per **cultiu (pel gonococ!)**

Segons pràctiques sexuals: mostra **faríngia** o **rectal** per PCR sempre, i per cultiu si exsudat

Recollida de mostres - Home

BORDETELLA PERTUSSIS: DETECCIÓ PER PCR-ASPIRAT NASOFARINGI

C. TRACHOMATIS, N. GONORRHOEAE I ALTRES AGENTS D'ITS: DETECCIÓ PER PCR-EXSUDAT O PUS URETRAL

C. TRACHOMATIS, N. GONORRHOEAE I ALTRES AGENTS D'ITS: DETECCIÓ PER PCR-EXSUDAT O PUS URETRAL

C. TRACHOMATIS, N. GONORRHOEAE I ALTRES AGENTS D'ITS: DETECCIÓ PER PCR-EXSUDAT O PUS URETRAL

C. TRACHOMATIS, N. GONORRHOEAE I ALTRES AGENTS D'ITS: DETECCIÓ PER PCR-EXSUDAT O PUS URETRAL

C. TRACHOMATIS, N. GONORRHOEAE I ALTRES AGENTS D'ITS: DETECCIÓ PER PCR-EXSUDAT O PUS URETRAL

C. TRACHOMATIS, N. GONORRHOEAE I ALTRES AGENTS D'ITS: DETECCIÓ PER PCR-EXSUDAT O PUS URETRAL

T. PALLIDUM, H. SIMPLE I ALTRES AGENTS D'ITS: DETECCIÓ PER PCR (MULTIPLASMA)

VIRUS ZIKA: DETECCIÓ PER PCR-ORINA

Descripció Completa:

C. TRACHOMATIS, N. GONORRHOEAE I ALTRES AGENTS D'ITS: DETECCIÓ PER PCR-EXSUDAT O PUS URETRAL

Recerca realitzada a TOTES les proves del catàleg del laboratori.

Recollida de mostres - Dona



PCR
Cultiu



- PCR-vaginal o endocervical CT, NG, MG, TV



- Cultiu endocervical NG (només si molt exsudat)



- Cultiu vaginal

No recollim mostra d'orina!



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

Dones:

- Recollim **2 mostres** vaginal/endocervical per **cultiu** i per **PCR CT/NG (TV/MG)**

Recollida de mostres - Dona

BORDETELLA PERTUSSIS: DETECCIÓ PER PCR-ASPIRAT NASOFARINGI ▲

C. TRACHOMATIS, N. GONORRHOEAE I ALTRES AGENTS D'ITS: DETECCIÓ

C. TRACHOMATIS, N. GONORRHOEAE I ALTRES AGENTS D'ITS: DETECCIÓ

C. TRACHOMATIS, N. GONORRHOEAE I ALTRES AGENTS D'ITS: DETECCIÓ

C. TRACHOMATIS, N. GONORRHOEAE I ALTRES AGENTS D'ITS: DETECCIÓ

C. TRACHOMATIS, N. GONORRHOEAE I ALTRES AGENTS D'ITS: DETECCIÓ

C. TRACHOMATIS, N. GONORRHOEAE I ALTRES AGENTS D'ITS: DETECCIÓ

T. PALLIDUM, H. SIMPLE I ALTRES AGENTS D'ITS: DETECCIÓ PER PCR (MU

VIRUS ZIKA: DETECCIÓ PER PCR-ORINA ▼

Descripció Completa:

C. TRACHOMATIS, N. GONORRHOEAE I ALTRES AGENTS D'ITS: DETECCIÓ
PER PCR-EXSUDAT O PUS VAGINAL

Recerca realitzada a TOTES les proves del catàleg del laboratori.

Tractament



**GUIA
TERAPÈUTICA
ELECTRÒNICA**

PROBLEMES DE SALUT D'ADULTS:
**INFECCIONS DE
TRANSMISSIÓ SEXUAL**

Actualització 2021

Tractament farmacològic

EMPÍRIC (no coneixem agent causal)

Ceftriaxona 1g dosi única im + **Doxiciclina 100 mg/12h x 7 dies** vo

Alternativa a doxiciclina:
Azitromicina 1g dosi única via oral

Tractament farmacològic

Germen	1a elecció	Alternatives	Si embaràs o lactància
Chlamydia trachomatis	Doxiciclina 100mg/12h vo 7 dies ó Azitromicina 1g vo dosi única	Ofloxacino 200mg/12h vo 7 dies o Eritromicina 500mg/6h vo 7 dies	Azitromicina 1g vo dosi única o Eritromicina 500mg/6h vo 7 dies o Amoxicilina 500mg/8h vo 7 dies
Neisseria gonorrhoeae	Ceftriaxona 1g dosis única im	Cefixima 400g vo dosis única (no cobreix faringe) + Azitromicina 2g dosis única o Azitromicina 2 g dosis única	Ceftriaxona 1g dosi única im o Azitromicina 2g vo dosi única o Amoxicilina 500mg/8h durant 7 dies

Tractament preventiu?

- **DoxyPEP:** Consisteix en prendre **Doxiciclina** 100mg / 24 hores durant 2 dies com a molt 48 hores després d'una relació sexual de risc
- **No protocol·litzat encara** (s'ha de valorar bé per evitar augmentar les resistències a la doxiciclina)
- S'ha posat en pràctica a alguns hospitals com Carlos III i Sant Francisco
- Redueix un 80% els casos de sífilis i clamídia i entorn al 55% de gonocorrea

Tractament no farmacològic

- **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)



Seguiment clínic

- ❑ Realitzarem un seguiment clínic a les 48-72 hores

Neisseria gonorrhoeae	Chlamydia trachomatis
<ul style="list-style-type: none">○ Realitzarem un test per comprovar la curació PCR a les 4 setmanes:<ul style="list-style-type: none">▪ Localització faríngia▪ Dona gestant▪ Evolució desfavorable▪ Tractament usat diferent al d'elecció sense conèixer el perfil de sensibilitat	<ul style="list-style-type: none">○ Habitualment NO precisa test post tractament<ul style="list-style-type: none">▪ Excepció: dones gestants o risc de reinfecció (repetir PCR a les 4 setmanes)



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

Detecció en asimptomàtics

GRUP	Gonococ	Clamídia
Homes que tenen sexe amb homes	Anualment, considerant faringe i recte	Anualment
Dones < 25 anys	Sí, si pràctiques de risc	Sí
Homes heterosexuels < 25 anys	Sí, si pràctiques de risc	Sí
Dones embarassades	Sí, si pràctiques 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. Alberny Iglesias y Jorge Pallarés.

Mycoplasma i Ureaplasma

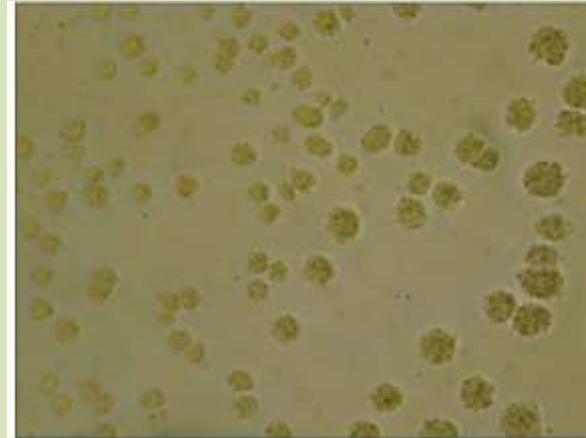
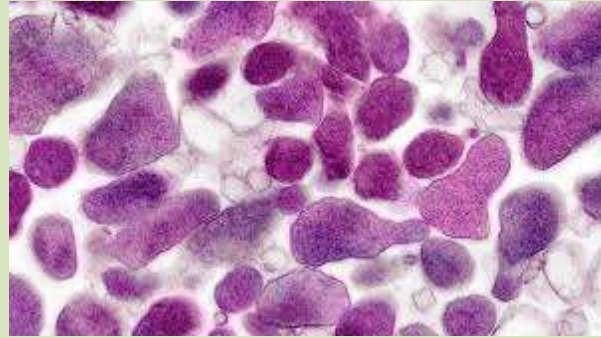
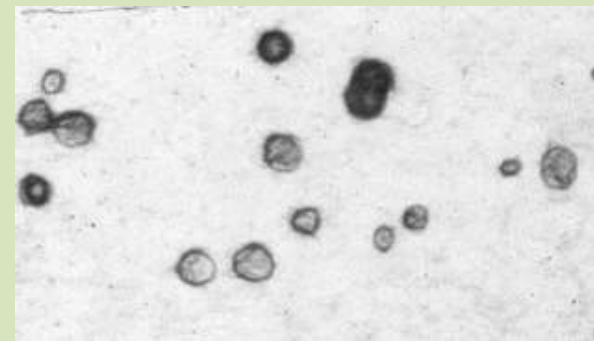


Figure 2: Characteristic *Ureaplasma* colonies on PLO Agar (10^x)



Altres uretritis no gonocòcciques



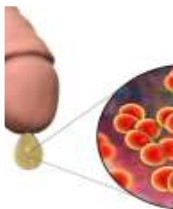
Germen

Mycoplasma genitalium
Ureaplasma ureliticum pot trobar-se en forma de germen colonitzador en el 30-40% dels individus sans sexualment actius



Període incubació

Entre 1 a 5 setmanes



Transmissió

Directe, directa per inoculació de secrecions genitals o rectals durant les relacions sexuals



Formes asimptomàtiques

70-95% en homes

50% en dones



Clínica

Leucorrea i cervicitis



Disúria, secreció ureteral escassa. Complicacions: Epididimitis, prostatitis i balanopostitis

Diagnòstic

- Habitualment 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

Tractament

Germen	1a elecció	Alternatives	Embaràs
Mycoplasma genitalium (tractar si simptomàtic)	Doxiciclina 100mg/12h durant 7 dies SEGUIU d'Azitromicina 1g/dia SEGUIU de 500mg/dia durant 4 dies més	Moxifloxacino 400mg/dia per 14 dies	Azitromicina 1g dosi única el 1r dia i 500mg/dia vo del 2n al 5è dia.
Ureaplasma urealyticum (tractar homes simptomàtics i embarassades)	Doxiciclina 100mg/12h per 7 dies	Ofloxacino 200mg /12h per 7 dies	Azitromicina 1 gram dosi única

Tractament

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 (MG + *Trichomona vaginalis*)

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

+

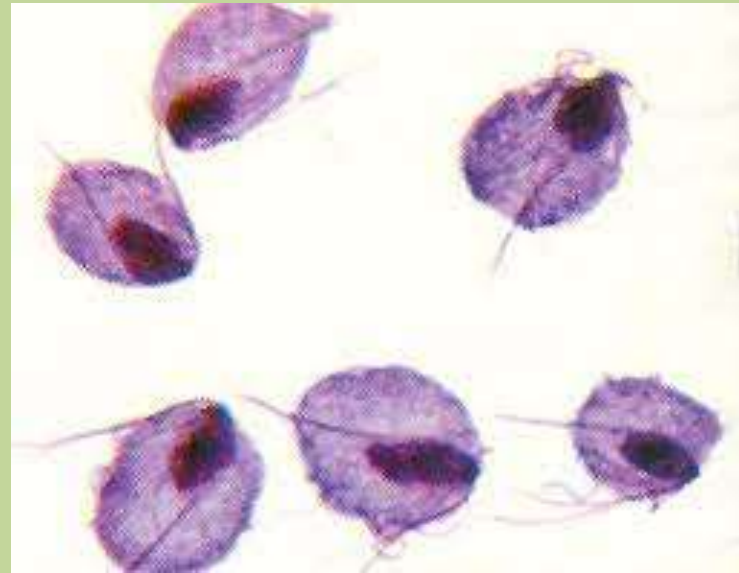
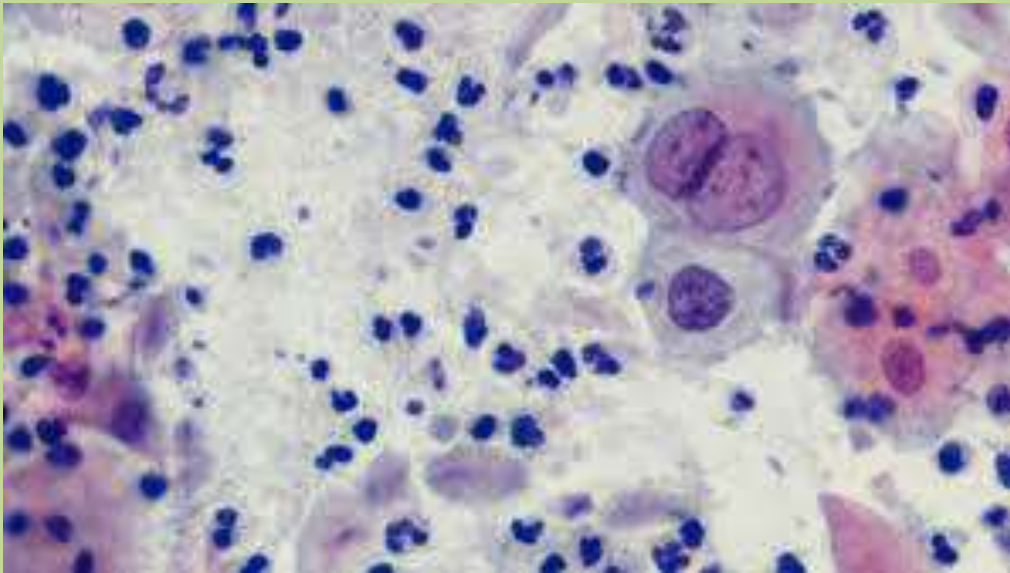
Metronidazol 500mg/12 x 5 dies

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

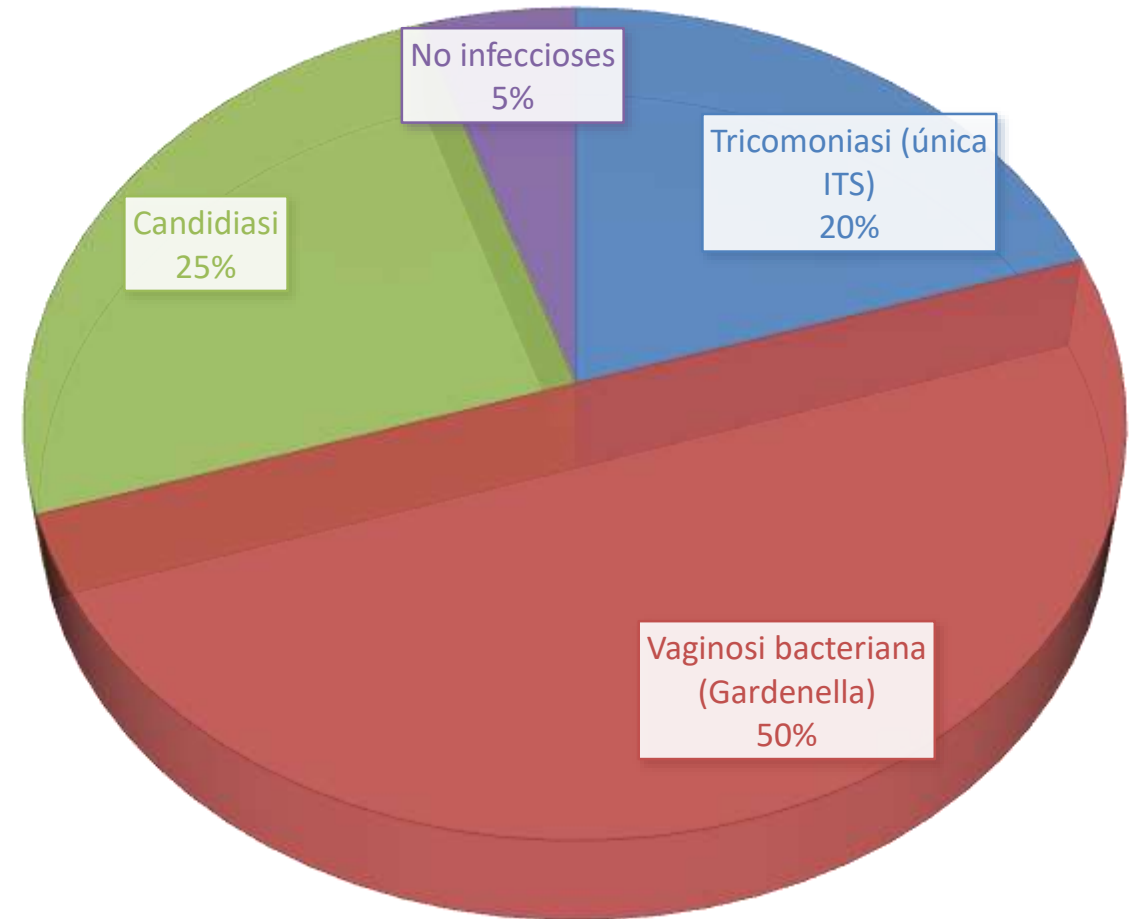
Vulvovaginitis



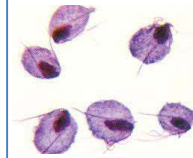
Vulvovaginitis

CAUSES

- Inflamació de la mucosa i la pell vulvar. Prurigen, secreció vaginal alterada, coïssor.



Trichomona vaginalis



Trichomona vaginalis.

Paràsit

Germen

- 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

Tirchomona vaginalis

Tractament: CAL **TRACTAR LA PARELLA**
(contactes de les 4 setmanes anteriors)

Metronidazol vo 2g dosi única (8 comprimits de 250mg)

Embaràs, lactància, insuficiència hepàtica, VIH:

Metronidazol 500mg/12h vo, 7 dies

No cal control
posterior si
asimptomàtica

Alternatiu:
Tinidazol 2g dosi única

Tractament específic

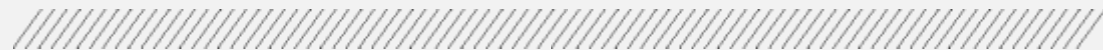
Etiologia	Clínica	Diagnòstic	Tractament	Alternativa
Neisseria gonorrhoeae	Uretritis, cervicitis, proctitis orquiepididimitis	PCR i cultiu	Ceftriaxona 1g IM	Azitromicina 2 g DU +/- Cefixima 400g vo DU
Chlamydia trachomatis	Uretritis, cervicitis, salpingitis, endometritis, MIP, orquitis, epididimitis,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

Moltes gràcies

En següent presentació:

Síndrome ulcerada i proctitis

Per Dra. Laia Cayuelas



III Jornada de Malalties Infeccioses a l'Atenció Primària



LESIÓN ULCERADA y PROCTITIS

GERMIAP - Subgrup ITS

Dra. Laia Cayuelas – Médica de família CAP Casanova
Membre GdT GERMIAP de la CAMFiC

Barcelona, 19 de novembre de 2024

Lesión ulcerada

ITS que pueden cursar con una lesión ulcerada

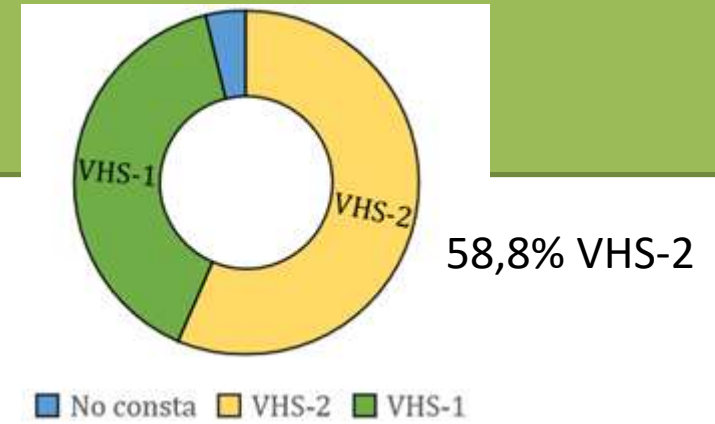
ITS que pueden cursar con una lesión ulcerada

Síndrome	ITS	Agente biológico	Tipo	Transmisión sexual	Curación
Úlcera genital	Herpes genital	Herpes simplex tipus 1 i 2 (VHS-1 i VHS-2)	Virus	Sí	No
	Sífilis	Treponema pallidum	Bacteria (espiroqueta)	Sí	Sí
	Linfogranuloma venéreo (LGV)	Chlamydia trachomatis L1-L2 i L3	Bacteria	Sí	Sí
	Chancroide o chancro blando	Haemophilus ducrey	Bacteria	Sí	Sí
	Linfogranuloma inguinal (Donovanosis)	Klebsiella granulomatis	Bacteria	Sí	Sí
	Viruela símica (MPOX)	Poxvirus	Virus	Sí*	Sí

HERPES GENITAL

HERPES GENITAL

- Gérmenes: virus VHS-1 y VHS-2.
- Periodo de incubación: 3 a 21 días.
- Se autolimita en 16-20 días.
- Contagio por contacto
- Infección viral **crónica**
- Las recurrencias son más frecuentes si la afectación es debida a VHS-2.



Proporción de serotipos 2022.

Informe Feb 2024 Agència Salut Pública de Catalunya:
[Vigilància epidemiològica de les ITS a Catalunya-Informe 2022 \(sidastudi.org\)](#).

CLÍNICA

• SINTOMATOLOGÍA

- Vesículas o úlceras múltiples dolorosas con base eritematosa
- Se puede acompañar de síntomas locales:
 - Picor
 - Exudado vaginal o uretral
 - Disuria
 - Adenopatías inguinales dolorosas
- Fiebre, malestar general y adenopatías (primoinfección)

• INFECCIONES RECURRENTE

- ▶ Se han relacionado con:
 - Estrés
 - Cansancio
 - Falta de sueño
 - Menstruación
 - Fricción
- ▶ Pueden haber pródromos:
 - Hiperestesia
 - Picor

CONTAGIOSIDAD

- La contagiosidad es elevada durante el primer año, sobre todo en VHS-2 (tanto en fase sintomática como asintomática).
- Como puede haber áreas afectadas por el herpes que se pueden cubrir con el preservativo, hace que el uso de **preservativo disminuya el riesgo** de infección pero **no le elimine**.
- Se recomienda: **no tener relaciones sexuales mientras haya lesiones o síntomas prodrómicos** en la zona.
- Se debe advertir de que con el **sexo orogenital** se puede contraer herpes genital.

DIAGNÓSTICO

- **PCR del frotis** de la lesión.
Es la técnica de elección.



- Permiten distinguir entre VHS-1 y VHS-2.
- **Serologías (Elisa)**
 - **No indicadas para hacer diagnóstico:** indican contacto, no infección activa.
 - Permiten distinguir entre VHS-1 y VHS-2.
 - Se mantienen positivos de por vida.
 - Un resultado negativo excluye el diagnóstico.



Prevalencia en población mundial <50años (OMS): **67%** VHS-1 y VHS-2 **13%**. = **80%**
Ref: [Virus del herpes simple \(who.int\)](https://www.who.int). Marzo 2023

Aunque:

El diagnóstico es

CLÍNICO

Solo si hay dudas → PCR

TRATAMIENTO

Primer episodio

- Valaciclovir 1000mg c/12h durante 7-10 días
- Aciclovir 400mg c/8h durante 5-10 días
- Famciclovir 250mg c/8h durante 7-10 días

Terapia episódica (para reducir gravedad y duración)

- Valaciclovir 500mg c/12h durante 3 días
- Valaciclovir 1g/24h 5 días
- Aciclovir 400mg c/8h durante 5 días
- Aciclovir 800mg/12h durante 5 días
- Aciclovir 800mg/8h durante 2 días
- Famciclovir 125mg c/12h durante 5 días
- Famciclovir 1gr/12h 1 día o 500mg un día, seguido de 250mg/12h durante 2 días

Terapia supresora (si > 6 episodios anuales)

- Valaciclovir 500mg cada 24h
- Aciclovir 400mg cada 12h

- Para aliviar sintomatología se recomienda uso de:

- **MUCOSAS**

- AGUA DE GOULARD
 - Es un preparado de farmacia.

- **PIEL**

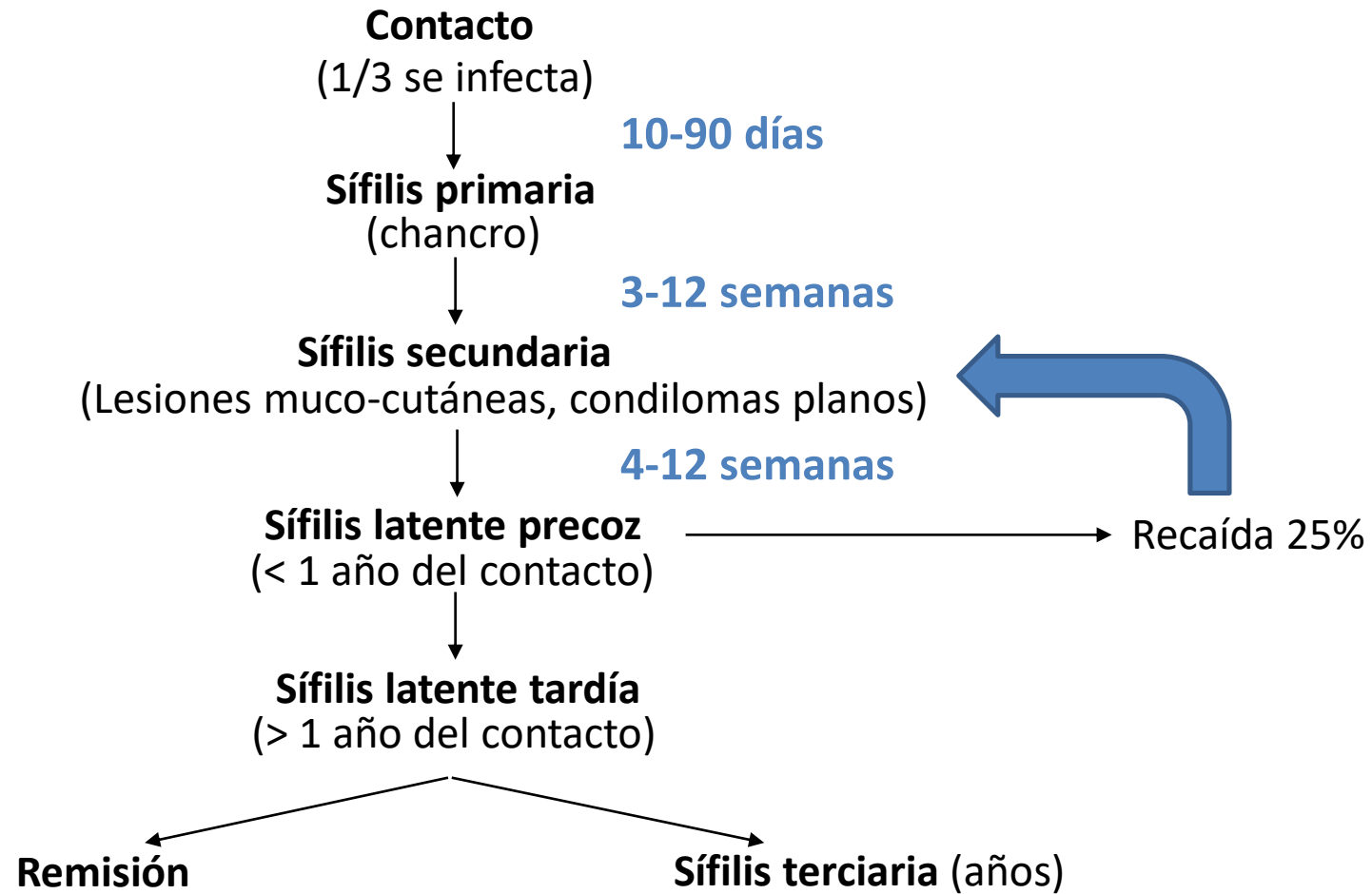
- Alcohol

SÍFILIS

SÍFILIS

- *Treponema pallidum*.
- Es una espiroqueta, por tanto, una bacteria gram negativa helicoidal microaerofila (**no cultivable**)
- Parásitos obligados del hombre (único reservorio)

EVOLUCIÓN NATURAL



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- **SÍFILIS PRIMARIA**

- **Chancro duro:** habitualmente único, indurado, indoloro, bien delimitado, de fondo limpio.
- **Linfadenopatías regionales:** múltiples, pequeñas, móviles e indoloras.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- **SÍFILIS SECUNDARIA**

- **Exantema maculopapular diseminado**: lesiones descamativas, que nos pueden confundir con una pitiriasis rosada Gibert o una viriasis.

SÍFILIS = LA GRAN IMITADORA

- **Lesiones palmoplantares**: pápulas queratósicas.
- **Lesiones mucosas**: condilomas planos.
Lesiones verrugosas y húmedas. Muy contagiosas.
- **Alopecia en placas**: múltiples placas alopécicas de predominio en la región parietooccipital, irregulares, no cicatriciales, con patrón apolillado o en trasquilones.
- **Puede haber clínica sistémica**: fiebre, mialgias, malestar general y linfadenopatías generalizadas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- **SÍFILIS LATENTE**

- Completamente asintomática.
- Serología antitreponema positiva.
- Desde esta fase el 25% van haciendo brotes de sífilis secundaria.

LATENTE PRECOZ → **menos de un año** del contacto

LATENTE TARDÍA → **más de un año** del contacto

- **SÍFILIS INDETERMINADA**

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- **SÍFILIS TERCIARIA** (10-30 años después)
 - Goma: inflamación granulomatosa ulcerativa
 - Aortitis – aneurismas
 - Neurosífilis
 - Deformidades (nariz en silla de montar)

DIAGNÓSTICO

1. PCR de Frotis de úlcera/chancro
2. Serologías
3. Test rápido de sífilis

DIAGNÓSTICO

1. PCR de Frotis de úlcera/chancro

- Método directo de diagnóstico
- Detección de ADN
- Rápido y sencillo
- Sensibilidad y especificidad superior al 95%
- Ha sustituido a la microscopía por campo oscuro
- Permiten estudiar también zonas extragenitales: tejidos, LCR, humor vítreo o líquido amniótico.

-Sífilis. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Volume 27, Issue 3, Supplement 1, March 2020, Pages 44-55.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207220300335>

-Sífilis. Formación médica continuada: infecciones de transmisión sexual. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2019. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-sifilis-S0213005X19300072#:~:text=En%20caso%20de%20s%C3%ADfilis%20primaria,y%20tratarlo%20seg%C3%BAn%20el%20estadio.>

DIAGNÓSTICO

2. Pruebas serológicas

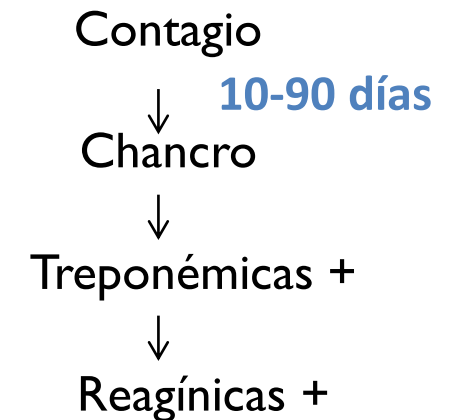
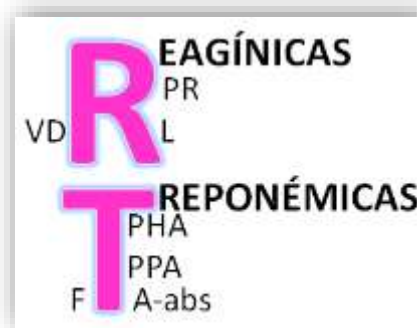
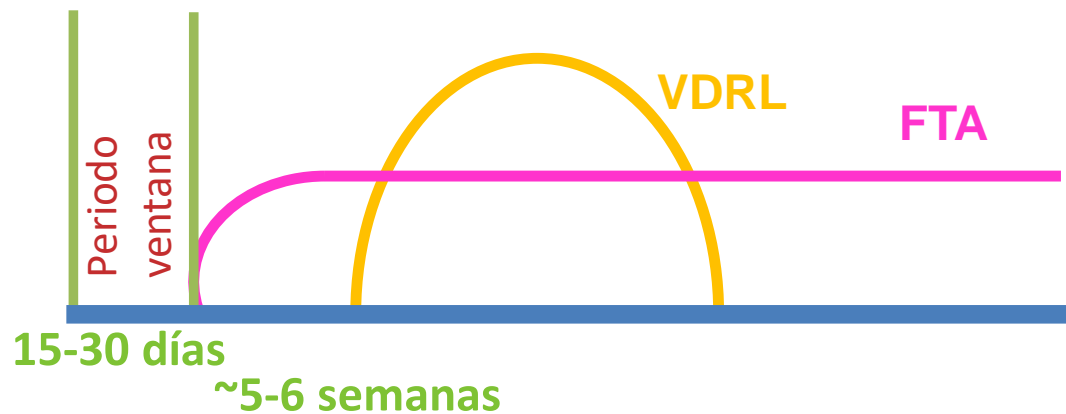
CONFIRMACIÓN

REAGÍNICAS
PR
L
VD

Detección de diferentes anticuerpos del treponema.

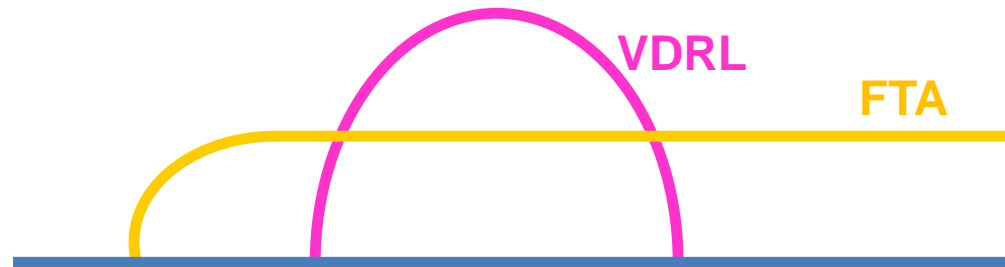
TREPONÉMICAS
PHA
PPA
F A-abs

Reagínicas	<p>Ac anti-fosfolípidos que resultan de la interacción del treponema con los tejidos del huésped</p> <p>Negativizan con la curación</p> <p>No específicas</p> <p>Son motivo de falsos positivos</p> <p>Positivas a las 5-6 semanas del contagio.</p>
Treponémicas	<p>Ac anti antígenos de membrana treponema</p> <p>Específicas</p> <p>Confirmatorias</p> <p>Detectan sífilis más precozmente (15-30 días del contagio)</p> <p>No negativizan: positivas Toda la vida</p> <p>No son útiles para determinar si hay una reinfección</p>



Interpretación de resultados

TREPONÉMICAS	REAGÍNICAS	SIGNIFICADO
—	—	<ul style="list-style-type: none">• No sífilis• Sífilis precoz (periodo ventana: 5-10 días desde chancro)• Sífilis tratada precozmente y curada
—	+	<ul style="list-style-type: none">• No sífilis → Falso positivo
+	—	<ul style="list-style-type: none">• Sífilis primaria con aparición disociada de anticuerpos• Sífilis tardía no tratada• Sífilis curada y tratada
+	+	<ul style="list-style-type: none">• Sífilis activa no tratada• Sífilis con tratamiento en curso• Serofast



Ejemplo:

- ▶ FTA: $1/32$
- ▶ RPR: $1/512$

CUANTIFICABLES

DILUCIONES

$$\frac{1}{1} \rightarrow \frac{1}{2} \rightarrow \frac{1}{4} \rightarrow \frac{1}{8} \rightarrow \frac{1}{16} \rightarrow \frac{1}{32} \rightarrow \frac{1}{64} \rightarrow \frac{1}{128} \rightarrow \frac{1}{256} \rightarrow \frac{1}{512} \rightarrow \frac{1}{1024}$$

2^0	2^1	2^2	2^3	2^4	2^5	2^6	2^7	2^8	2^9	2^{10}
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	----------

Seguimiento

- ▶ Se deben realizar controles analíticos a los 3, 6 y 12 meses.
 - ▶ Si coinfección con VIH con mal control: 1, 3, 6, 12 meses.
- ▶ **Buen curso** del a enfermedad cuando disminuye **2** diluciones de las pruebas **reagínicas** en el control a los **6** meses.
- ▶ **Reinfección:** aumento de **2** diluciones de las pruebas reagínicas en siguientes analíticas
- ▶ Necesario conocer diluciones previas
- ▶ **No se debe tratar sin haber tomado serologías**, ya que falsea las diluciones, y perdemos la referencia.

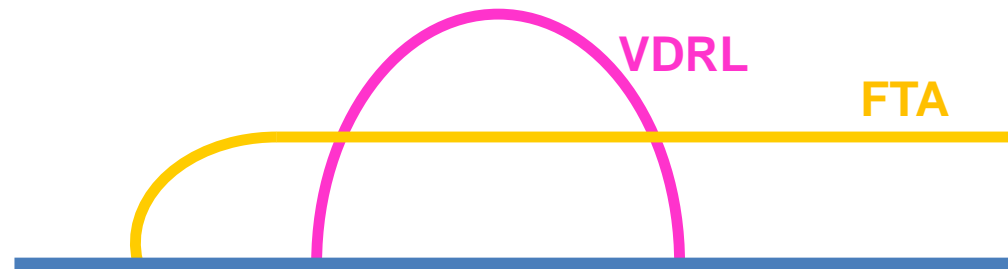
Volviendo al Ejemplo:

Hace 3 meses

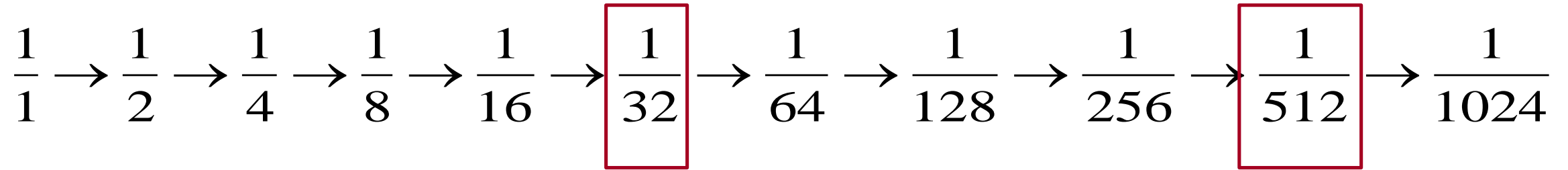
- ▶ FTA: 1/32
- ▶ RPR: 1/512

Actualmente

- ▶ FTA: 1/32
- ▶ RPR: 1/32



DILUCIONES



Ejemplo:

Hace 3 meses

- ▶ FTA: 1/32
- ▶ RPR: 1/512

Actualmente

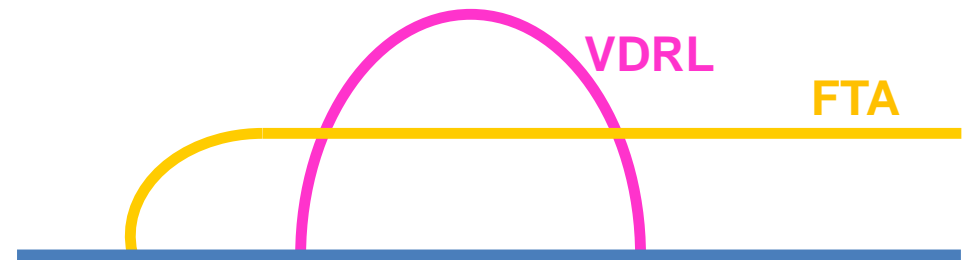
- ▶ FTA: 1/32
- ▶ RPR: 1/32

Serología Manual

P.reagínica Lues, VDRL 1/64

Serología FREEDOM

IgG Treponema pallidum Positiu

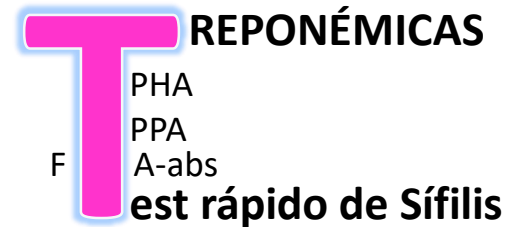


BUEN CURSO DE LA ENFERMEDAD

DIAGNÓSTICO

3. Test rápido de sífilis

- De tipo **treponémico** → Solo útil en el primer diagnóstico.
- Muy sensible (95%) y específico (95%)
- Rapidez: resultados en menos de 30 minutos.
- Fácil montaje: se realizan en 3 a 4 pasos.
- Mínimo entrenamiento y equipo.
- Fácil interpretación: formato de tarjeta o tirilla con reacción visual.



TRATAMIENTO

▶ Sífilis primaria/secundaria/latente precoz

└──────────┘ (cualquier sífilis de **menos de 1 año**)

- ▶ 2.400.00 U Penicilina Benzatina: **1** sola dosis

Alternativa si alergia a penicilina:

- ▶ Doxiciclina 100mg oral c/12h x **14** días

▶ Sífilis latente tardía o indeterminada

- ▶ 2.400.00 U Penicilina Benzatina: **3** dosis. Una a la semana.

Alternativa si alergia a penicilina:

- ▶ Doxiciclina 100mg oral c/12h x **28** días

CONSIDERACIONES DEL TRATAMIENTO:

- La inyección intramuscular de la Penicilina Benzatina se tolera mejor si en la preparación se cambia una parte del disolvente por lidocaína:
 - Lidocaína al 5%, 1cc por cada 2.400.000 unidades de penicilina Benzatina (en un solo vial)
- Después de la inyección de penicilina im se tendrá que dejar al paciente en observación en el CAP durante 15 minutos.
- Se debe indicar **abstinencia sexual** hasta que todas las lesiones cutáneas/mucosas se hayan resuelto o hasta **2** semanas después de completar el tratamiento.

Reacción de Jarisch-Herxheimer

- Tras inyección de penicilina cuadro pseudogripal:
MEG, fiebre, escalofríos, artromialgias.
- Frecuente
- ¡No es alergia a penicilina!
- Destrucción masiva de treponemas.
- Tratamiento sintomático: analgésicos + reposo relativo
- Cede en 24h aprox

¡¡Siempre avisar!!

ESTUDIO DE CONTACTOS

- Es necesario estudiar y tratar a las parejas sexuales de los últimos:
 - 3 meses (sífilis primaria)
 - 6 meses (sífilis secundaria)
 - 12 meses (sífilis latente precoz)

-Estudiar a las parejas sexuales lo antes posible.

-Si los resultados son negativos, repetirlos en 2-3 meses.

-Si NO es posible hacer el seguimiento: tratar.

CHANCROIDE

CHANCROIDE

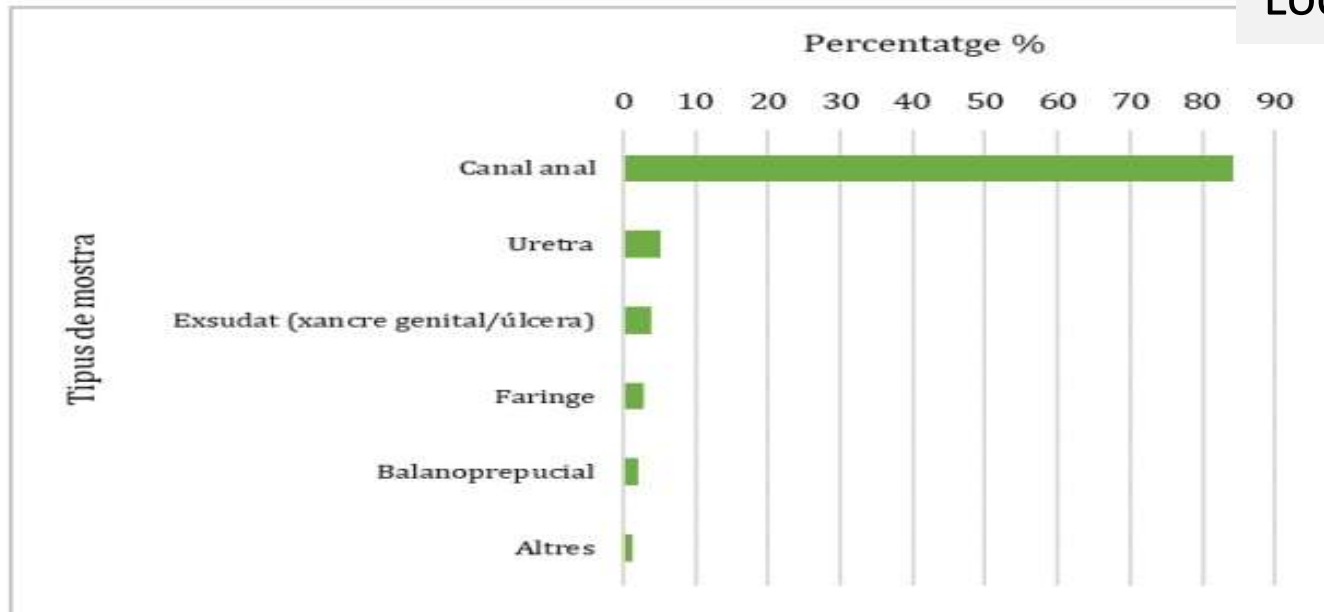
No ha habido ningún caso en España desde 1982

- Infección per *Haemophilus ducreyi* (BGN).
- Endémico en algunas zonas de África, Asia y el Caribe.
- Úlceras múltiples dolorosas.
- Fondo sucio y tacto blando.
- Adenopatía grande, única, inflamatoria i dolorosa que suele fistulizar.
- En vulva suele haber gran cantidad de úlceras dolorosas de márgenes socavados como consecuencia de la autoinoculación.
- Diagnóstico por cultivo o PCR.
- Tratamiento
 - Ceftriaxona 250 mg per im dosis única o Azitromicina 1 g vo dosi única

LINFOGRANULOMA VENÉREO

LINFOGRANULOMA VENÉREO (LGV)

- Clàssicament es causante de úlceras genitales
- Pero la clínica ha canviado y lo veremos en el apartado proctitis.



Proctitis

Proctitis

- **Definición:** inflamación de la mucosa rectal-anal.

1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Dolor ano-rectal
- Secreción anal mucoide
- Sangrado rectal
- Tenesmo rectal
- Sensación de evacuación incompleta
- Estreñimiento

Proctitis

2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Proctitis infecciosas venéreas**
 - *Neisseria gonorrhoeae*
 - *Chlamydia trachomatis*
 - Genotipo D-K
 - Genotipo L1–3 (Linfogranuloma venéreo)
 - *Treponema pallidum*
 - Herpes simplex virus
 - Monkey pox
- **Proctocolitis infecciosas**
 - *Shigella* spp.
 - *Campylobacter* spp.
 - *Salmonella* spp.
 - *Escherichia coli*
 - *Entamoeba histolytica*
 - *Cryptosporidium* spp.
 - Citomegalovirus
- **Proctitis no infecciosas**
 - Enfermedad inflamatoria intestinal
 - Traumática
 - Radioterapia
 - Raras: linfoma, Sd. Behçet, amiloidosis...



Proctitis

3. DIAGNÓSTICO

- Diagnóstico clínico.
- Confirmación:
 - PCR de frotis de recto

LINFOGRANULOMA VENÉREO

Linfogranuloma venéreo (LGV)

- *Chlamydia trachomatis* (genotipos L1, L2 i L3)
- Bacteria intracelular: no cultivable
- **CLÍNICA CLÁSICA**
 - ▶ Etapa Primaria: chancro + linfangitis
 - ▶ Etapa Secundaria: bubones que pueden abscesificar
 - ▶ Etapa Terciaria: linfedema, elefantiasis

Linfogranuloma venéreo (LGV)

- **CLÍNICA ACTUAL**

- ▶ **PROCTITIS**

- ▶ **Síntomas:**

- ▶ Dolor anorectal, tenesmo rectal, sensación de evacuación incompleta, emisión de secreciones mucopurulentas y rectorragias.
- ▶ También puede haber dolor abdominal (adenopatías inflamadas).
- ▶ A veces incluso fiebre y malestar general.

- ▶ **Fases avanzadas: Abscesos, fístulas, estrechamiento rectal.**

DIAGNÓSTICO

- Clínica sugestiva
- Confirmación:
 - PCR de frotis
de chancro, recto o adenopatía supurada.

¡Las Chlamydias no se pueden cultivar!

TRATAMIENTO

- DOXICILINA 100mg c/12h durante **21 días**.



Alternativa:

- ERITROMICINA 400g c/6h durante **21 días**.

Y a continuación:

Lesiones exofíticas y MPOX

Dra. Carolina Gabriela Santana. Metgessa de MFiC. EAP
Cornellà de Llobregat 3 – La Gavarra. Membre GdT





CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

III Jornada de Malalties Infeccioses a l'Atenció Primària

Lesiones exofíticas

Carolina Santana Arias
Medicina familiar y comunitaria - EAP Gavarra
Germiap – Subgrupo ITS

Barcelona, 19 de noviembre de 2024

Moluscum contagiosum

Moluscum contagiosum

- Poxvirus.
- Producen pápulas perladas, sólidas y umbilicadas del color de la piel, de 2-5 milímetros
- Se transmite por contacto directo de piel a piel, autoinoculación (por rascado), por fómites (toallas, esponja de baño) y se ha descrito asociación con el uso de piscinas
- Si se encuentra en la zona genital de individuos sexualmente activos se clasifica como una ITS



- Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo a excepción de palmas y plantas
- Tendencia a la resolución espontánea en 1-2 años
- Tratamiento: Curetaje (alternativas: Molusk[®], crioterapia)



Condilomas por el virus del papiloma humano (VPH)

Condilomas por el virus del papiloma humano (VPH)

- Hasta un **80% de la población sexualmente activa** ha estado en contacto con VPH.
- Un 90% de estas infecciones serán transitorias y resuelven espontáneamente antes de 2 años.
- Existen más de 120 serotipos:
 - Alto riesgo (serotipos 16, 18, 31, 53): lesiones precancerosas y cáncer orogenital.
 - Bajo riesgo (serotipos 6, 11): verrugas genitales, cambios de bajo grado en cérvix.
- Lesiones benignas, exofíticas, hiperplásicas, del color de la piel, que aparecen en la piel de genitales externos, perineo, mucosa genital, cervical, anorectal u oral.



Condilomas por el virus del papiloma humano (VPH)

- La transmisión es por contacto directo con la piel o mucosas infectadas.
- Período de incubación de 6 semanas a 24 meses.
- Dermatoscopia: glóbulos rojos con halo blanco
- El diagnóstico es CLÍNICO.
- Anoscopia: Si practica sexo anal receptivo o presenta lesiones en el canal anal o en pacientes con VIH.
- En mujeres explorar con espéculo para descartar condilomas vaginal y cervicales.
- Ningún tratamiento elimina la infección ni la transmisión.



Condilomas por el virus del papiloma humano (VPH)

- ❑ Si existen dudas diagnósticas:
 - Aplicación tópica de **ácido acético al 5%** en las lesiones durante 5 minutos → Se tiñe de blanco de la lesión. Falsos positivos (liquen plano, psoriasis, eczema, cicatriz traumática)
 - Biopsia: lesiones atípicas, sin respuesta o empeoramiento a pesar del tratamiento.



Condilomas por el virus del papiloma humano (VPH)

Diagnóstico diferencial



Molluscum
contagioso



Condilomas planos
luéticos



Acrocordón



Pápulas perladas



Manchas de
Fordyce

Tratamiento de los condilomas

Tratamiento	Forma de administración	Localización de las lesiones	Características del tratamiento	Embarazo y lactancia	Otras observaciones
Podofilotoxina crema al 0,15% (Wartec [®])	Autoadministrado	Externas	2 aplicaciones al día, 3 días consecutivos + 4 días de descanso. Máximo 4 semanas	No	Evitar relaciones sexuales los días de tratamiento.
Imiquimod crema al 5% (Imunocare [®] , Aldara 5% [®])	Autoadministrado	Externas	1 aplicación al día (noche) 3 días alternos. Máximo 16 semanas	No	Evitar relaciones sexuales los días de tratamiento
Sinecatequina Crema (Veregen [®])	Autoadministrado	Externas	3 aplicaciones al día, 7 días a la semana, 16 semanas.	No	Evitar relaciones sexuales los días de tratamiento
Resina de podofilo al 10-25%	En consulta	Externas	Aplicación de máximo 0.5 ml o bien en un área menor de 10 cm por sesión	No	
Ácido tricloroacético solución al 80-90%	En consulta	Cualquier localización	1 aplicación a la semana hasta la resolución.	Si	No tocar piel ni mucosas sanas
Crioterapia	En consulta	Externas e internas.	Máximo 1 sesión a la semana hasta la resolución.	Si	Mantener margen de 2 mm de piel sana alrededor
Electrocoagulación	En consulta	Genitales y orales		Si	

Vacunació VPH



Cervarix®	Gardasil®	Gardasil 9®
Bivalente (VPH2) 16,18	Tetravalente (VPH4) 6, 11, 16, 18	Nonavalente (VPH9) 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58
9-14 años 2 dosis: 0-6 meses	9-13 años: 0-6 meses	9-14 años: 0-6 meses
≥15 años 3 dosis: 0-1-6 meses	≥14 años: 0-2-6 meses	≥15 años: 0-2-6 meses

Vacunació VPH

Vacunación **sistemática** a los 11-12 años con dos dosis

Vacunación selectiva en Catalunya

- Neoplasia intraepitelial cervical moderada o de grado más avanzado (CIN2+) o adenocarcinoma endocervical in situ.
- Mujeres con trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) o de órgano sólido (TOS) hasta los 26 años.
- Hombres y mujeres con síndrome de insuficiencia medular (incluido anemia de Fanconi i disqueratosis congénita, entre otros).
- Hombres que mantienen relaciones sexuales con otros homes (HSH) hasta los 26 años.
- Trabajadoras/es sexuales hasta los 26 años.
- Abusos sexuales hasta los 26 años.
- Infección por el VIH hasta los 26 años.

Viruela símica (MPX)

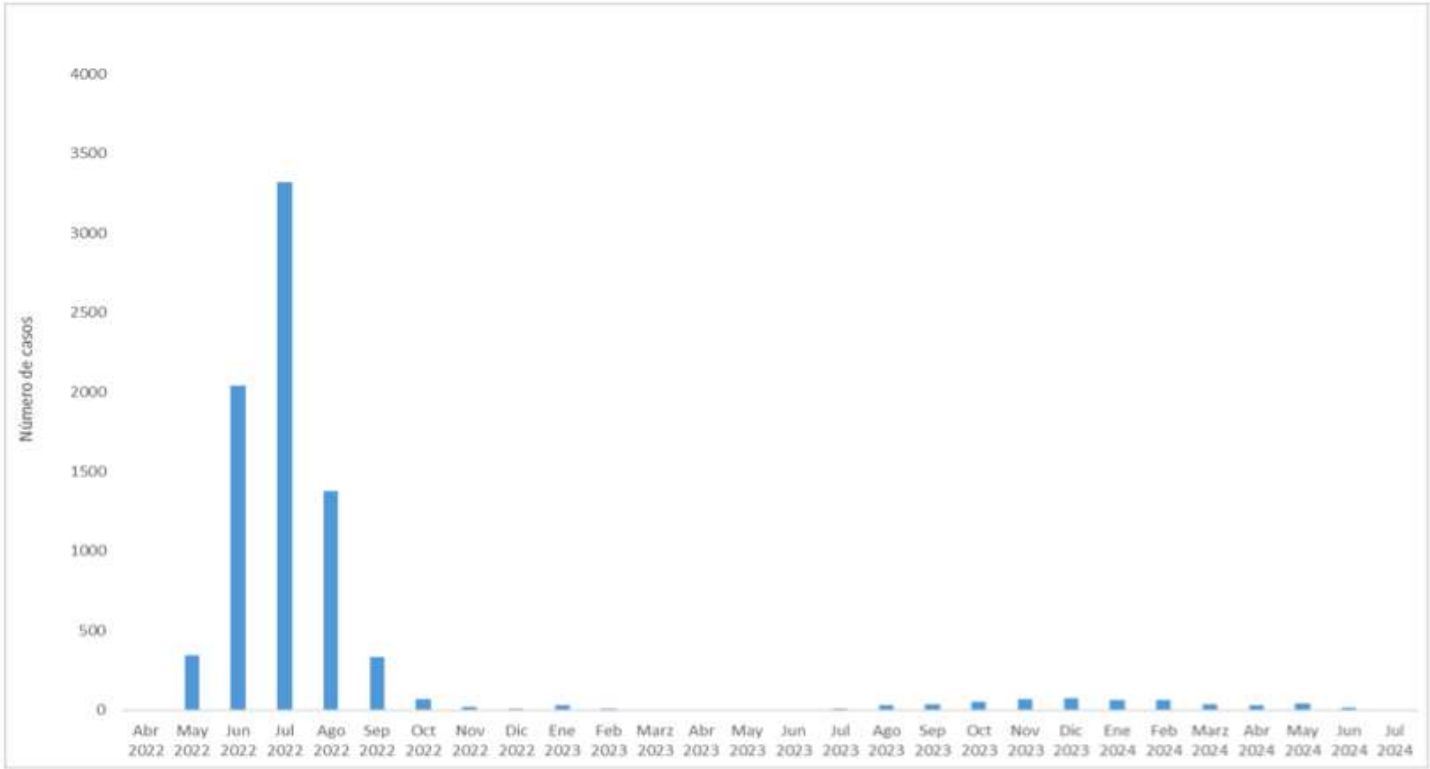
Monkeypox (MPX): Epidemiología

- Virus **MPX** pertenece al género *Orthopoxvirus*
- Zoonosis vírica (reservorio: roedores o primates)
- Clado I y II se consideran endémicos de África central y occidental. En Europa predomina el Clado II (menor virulencia).
- El subclado Ib (predominio de transmisión sexual), se detectó por primera vez en la RDC en abril de 2024. Se han identificado en casos confirmados en Burundi, Ruanda, Uganda y Kenia.
- El **14 de Agosto del 2024** la OMS declara al nuevo brote que inició en el 2023 como emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).

Casos notificados
Desde Abril/2022 hasta el 19
Agosto/2024:
España 8011
Cataluña 2452



Monkeypox (MPX): Epidemiología



Fuente: elaboración propia con datos de la Red Nacional de Vigilancia epidemiológica. El mes corresponde a mes de inicio de síntomas. Si no está disponible a mes de diagnóstico y si éste faltase, mes de declaración.

Estadísticas en España

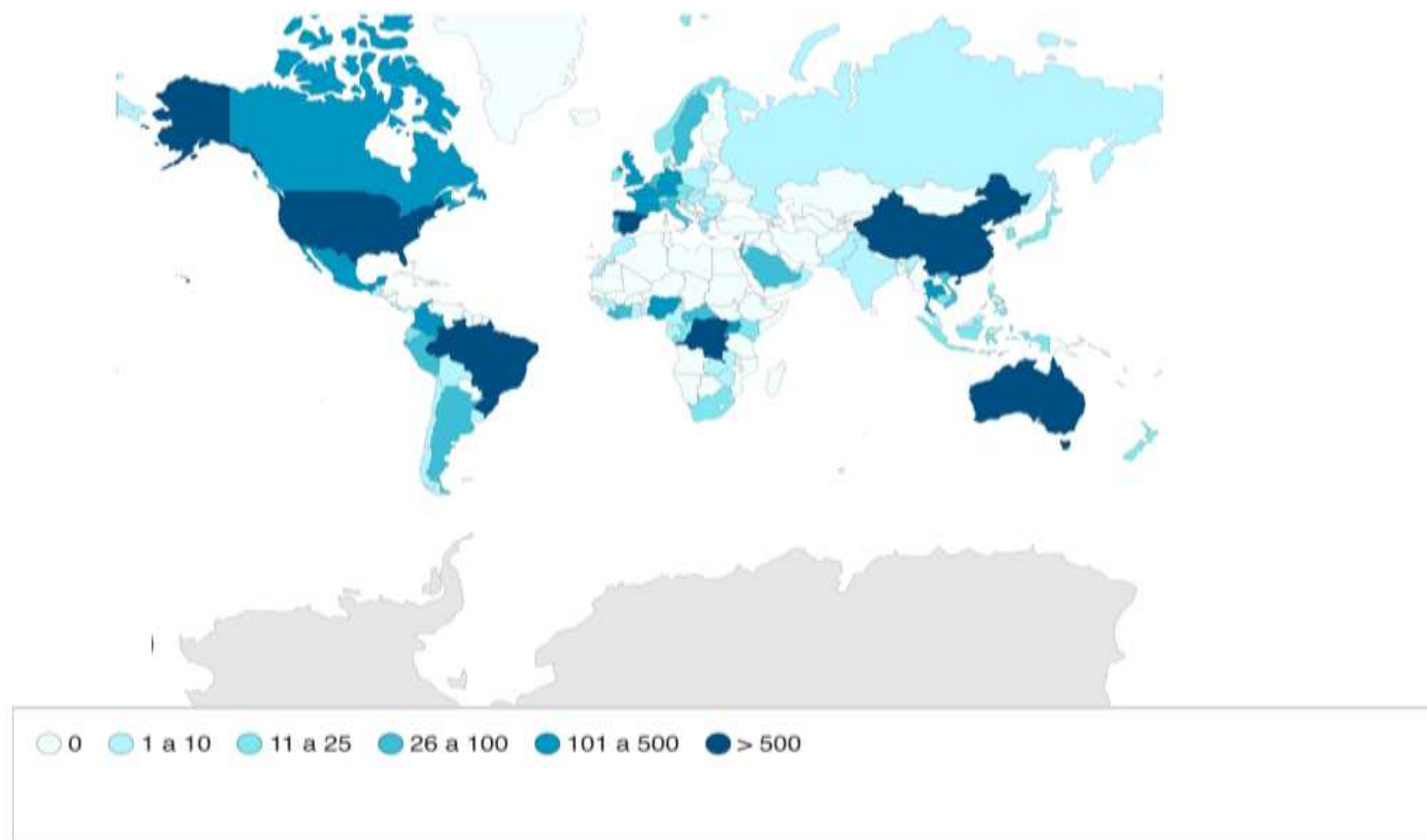
CCAA	Total casos (%)	Casos 2022 (%)	Casos 2023 (%)	Casos 2024 (%)
Andalucía	1000 (12,3)	884 (11,8)	37 (11,5)	79 (29,6)
Aragón	79 (1,0)	74 (1,0)	5 (1,5)	0
Asturias	61 (0,8)	59 (0,8)	2 (0,6)	0
Baleares	241 (3,0)	216 (2,9)	15 (4,6)	10 (3,7)
Canarias	179 (2,2)	176 (2,3)	0	3 (1,1)
Cantabria	36 (0,4)	36 (0,5)	0	0
Castilla La Mancha	75 (0,9)	66 (0,9)	3 (0,9)	6 (2,2)
Castilla y León	91 (1,1)	85 (1,1)	3 (0,9)	3 (1,1)
Cataluña	2.452 (30,2)	2.329 (31,0)	100 (31,0)	23 (8,6)
Extremadura	34 (0,4)	32 (0,4)	1 (0,3)	1 (0,4)
Galicia	130 (1,6)	122 (1,6)	2 (0,6)	6 (2,2)
Madrid	2.770 (34,2)	2.534 (33,7)	118 (36,5)	118 (44,2)
Murcia	100 (1,2)	89 (1,2)	10 (3,1)	1 (0,4)
Navarra	21 (0,3)	21 (0,3)	0	0
País Vasco	251 (3,1)	245 (3,3)	1 (0,3)	5 (1,9)
La Rioja	6 (0,1)	6 (0,1)	0	0
Comunidad Valenciana	585 (7,2)	547 (7,3)	26 (8,0)	12 (4,5)
Total	8.111	7.521	323	267



- En 2024, hasta el 19 de agosto, se han notificado 267 casos de los que 254 disponían de fecha de inicio de síntomas entre el 01/01/2024 y el 06/08/2024.
- La edad osciló entre los 6 y 68 años, con una edad mediana de edad de 37 años.

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) [<https://cne.isciii.es/web/cne/resultados-de-la-vigilancia>]

Monkeypox (MPX): Epidemiología



Casos globales del 1 de Enero/2024 hasta el 15 de Noviembre/2024 según la web de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)

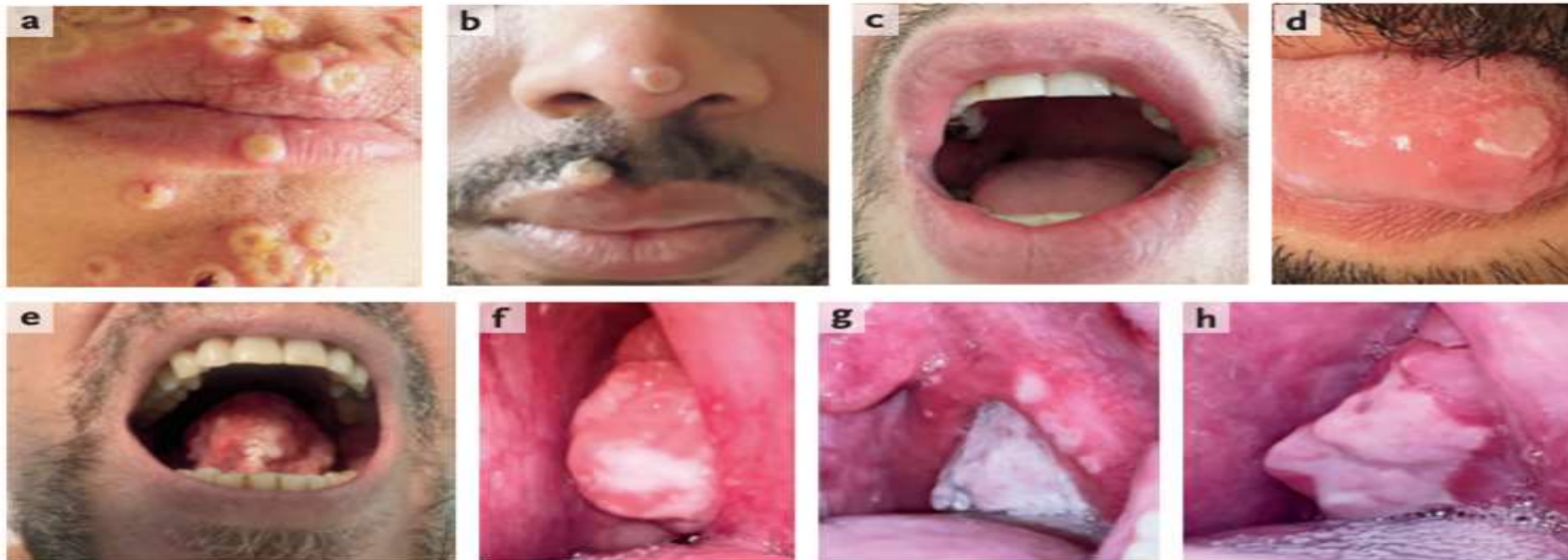
Transmisión

- **Principalmente contacto sexual.** La mayoría de los casos registrados son HSH.
- Contacto directo con las secreciones y material de lesiones cutáneas (vesículas y pústulas)
- Fluidos corporales u objetos contaminados.
- Gotas respiratorias durante el contacto prolongado.
- Transmisión vertical
- Hasta ahora no se conoce ninguna infección de animales, mascotas ni animales salvajes en Europa.

Complicaciones: meningoencefalitis, proctitis, úlceras corneales, faringitis
úlceras y sobreinfecciones bacterianas de las lesiones

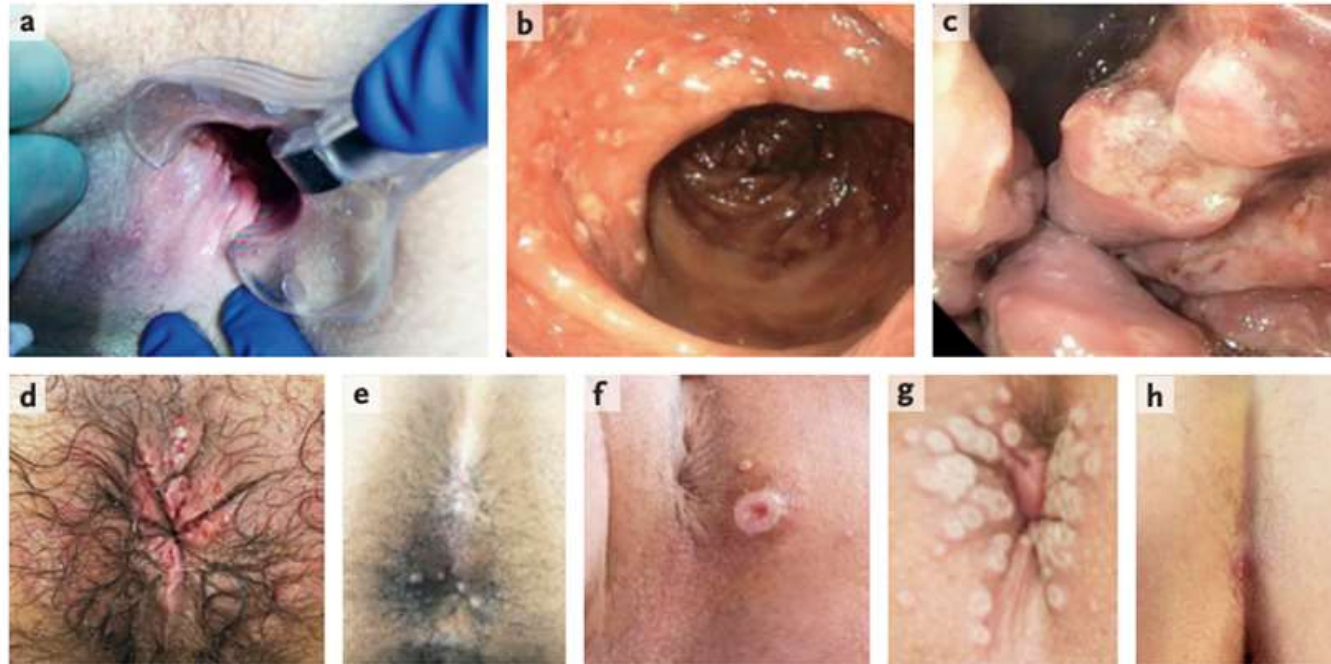
Manifestaciones clínicas

- Período de incubación oscila entre 5-15 días.
- Pródromos: Fiebre, **linfadenopatías regionales**, astenia, artromialgias, cefalea y odinofagia.
- Entre 1-5 días después de la aparición de la fiebre aparecen las lesiones cutáneas.
- Pueden ser poco numerosas (1-20). **A mayor número mayor gravedad.**



Manifestaciones clínicas

- Algunas están agrupadas con eritema subyacente y en áreas de contacto **anogenitales** o **periorales**.
- Puede acompañarse de exantema maculopapular y afectar palmas, plantas, mucosas y conjuntiva. La erupción suele ser pruriginosa y dolorosa.

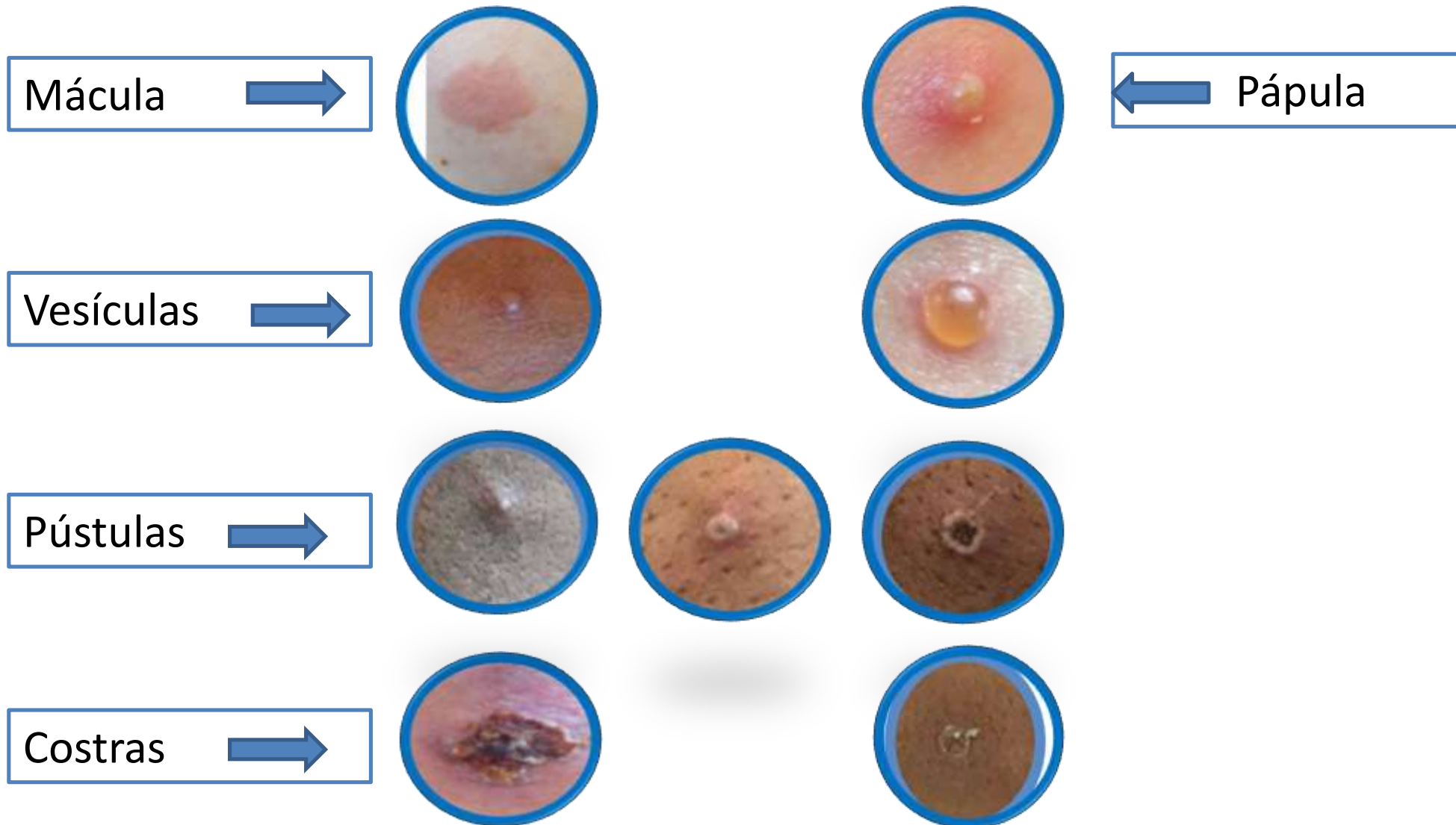


Fases de las lesiones cutáneas

- No existe evidencia de contagio durante la fase de incubación.
- Inicialmente se presenta como máculas de 2-5mm, posteriormente pápulas, vesículas (umbilicadas) y pseudopústulas.
- El período de contagio inicia con la fiebre y acaba a las 2-5 semana con el desprendimiento de la costra.



Fases de las lesiones cutáneas



Monkeypox (MPX): Diagnóstico diferencial

Monkeypox



Varicel·la



Herpes simple



Fol·liculitis



Picades



Sífilis secundària



Sarna



Mol·lusc contagiós



Monkeypox (MPX): Notificación, tratamiento y prevención

La MPX es una **enfermedad de declaración individualizada (MDI) de notificación urgente**
En necesario notificar cualquier sospecha de caso a la **Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya**

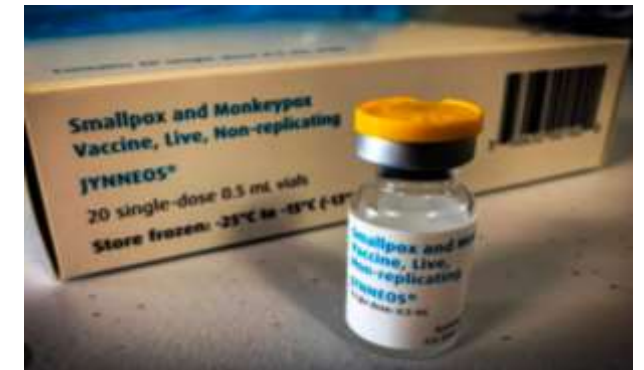
- La mayoría de los casos resuelven espontáneamente.
- Extremar precauciones hasta que las lesiones hayan desaparecido.
- La OMS recomienda el uso del preservativo en las relaciones sexuales durante las siguientes 12 semanas posterior al cese de la enfermedad.
- Mascarilla quirúrgica si presenta síntomas respiratorios.
- Los profesionales sanitarios deben de utilizar bata, guantes y mascarilla FFP2 durante la visita, no es necesario el EPI.

Vacunación

En España, la vacuna de la viruela humana se dejó de administrar en 1980

Criterios de vacunación en Catalunya

- Menores de 45 años y tener relaciones sexuales de alto riesgo (múltiples parejas sexuales, chemsex, ITS en los últimos 6 meses) o infección por VIH.
- No haber estado vacunado con anterioridad.
- No haber padecido la enfermedad.
- No presentar síntomas al momento de la vacunación.
- No haber tenido un contacto estrecho con un caso los días previos.



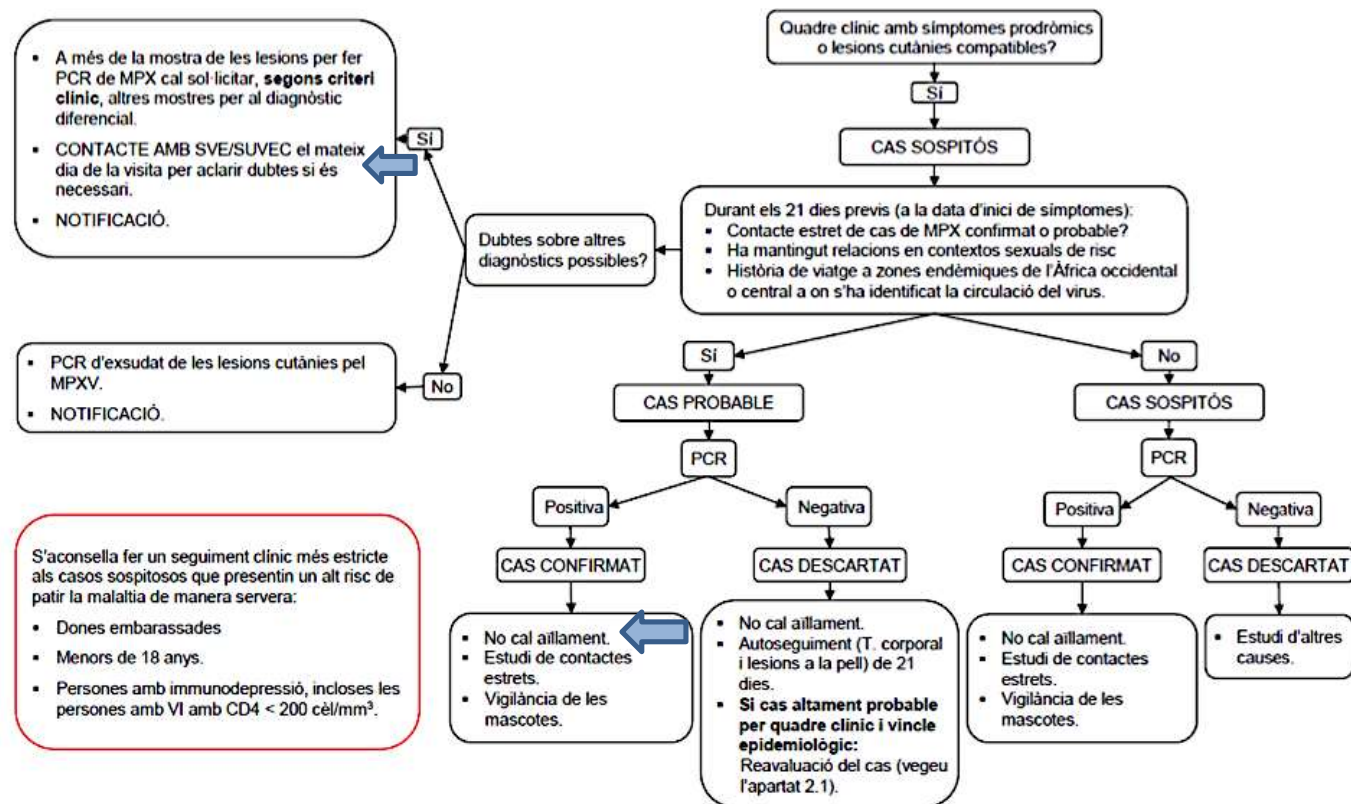
Profilaxis post-exposición

Personas con un riesgo alto de exposición (contacto directo con la piel o mucosas).

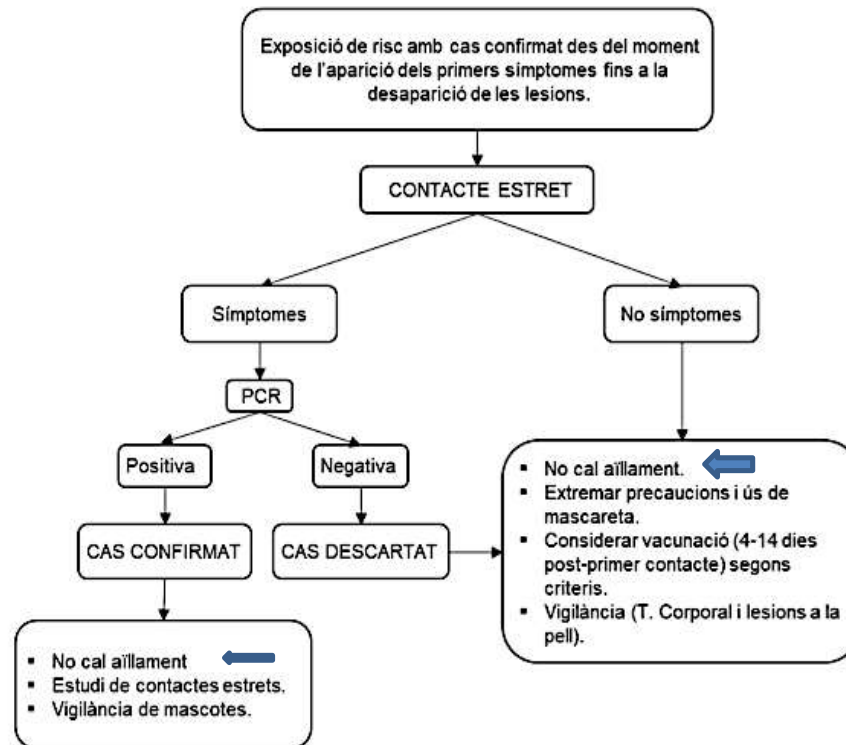
- Menores de 18 años.
- Embarazadas.
- Personas con inmunosupresión.
- Personal sanitario con riesgo elevado de exposición.

Idealmente se ha de vacunar dentro de los 4 días posteriores a la exposición.

Protocolo de actuación para los casos de MPX



Algoritmo de actuación para los contactos estrechos de MPX



CRITERIS DELS CONTACTES ESTRETS

- Contacte directe amb un cas confirmat des del moment de l'aparició dels primers símptomes en circumstàncies següents:
Contacte proper (<1m) i prolongat sense portar un EPI adequat.
Caldrà valorar:
 - Convivents
 - Personal sanitari que ha atès el pacient.
 - Contactes de l'àmbit laboral
 - Contactes de l'àmbit social, especialment les persones que hagin mantingut relacions sexuals amb el cas.
- Contacte directe amb robes, roba de llit o fòmits utilitzats pel cas sense EPI adequat.
- Ferida percutània o exposició de les mucoses a fluids corporals, teixits o mostres de laboratori del cas
- Maneig de mostres del cas per personal de laboratori sense EPI adequat.
- Contacte amb el cadàver del cas, o la roba, o fòmits sense EPI adequat.

S'aconsella fer un seguiment clínic més estricte als contactes estrets que:

- En cas d'infecció, puguin tenir un alt risc de patir la malaltia de manera severa:
 - Dones embarassades.
 - Menors de 18 anys.
 - Persones amb immunodepressió, incloses les persones amb VIH amb CD4 < 200 cèl/mm³.
- i/o
- Hagin tingut un risc més important d'exposició continuada a través de l'exposició directa de la pell o de les mucoses amb:
 - Secrecions cutànies o respiratòries d'una persona amb MPX confirmada o probable.
 - Fluids corporals d'una persona amb MPX confirmada o probable (per exemple, lesions vesiculars o líquids pustulosos).
 - Material potencialment infecciós (incloses roba o roba de llit). Inclou treballadors sanitaris/de laboratori que manipulin mostres de pacients confirmats o probables

Moltes gràcies

