



IV Jornada Malalties Infeccioses a l'AP

INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL

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

Barcelona, 4 de novembre de 2025

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

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

- Introducció i epidemiologia
- Síndrome secretora
- Síndrome ulcerada
- Vaginitis
- Cribratge, declaració obligatòria i estudi de contactes

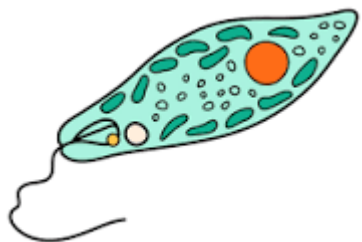
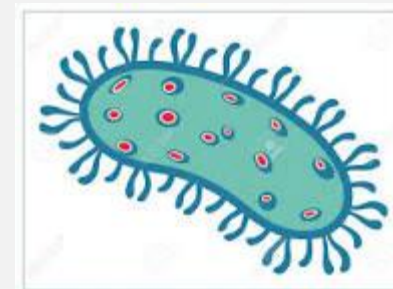


INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL



VIRUS

BACTÈRIES



PROTOZOOS

ECTOPARÀSITS



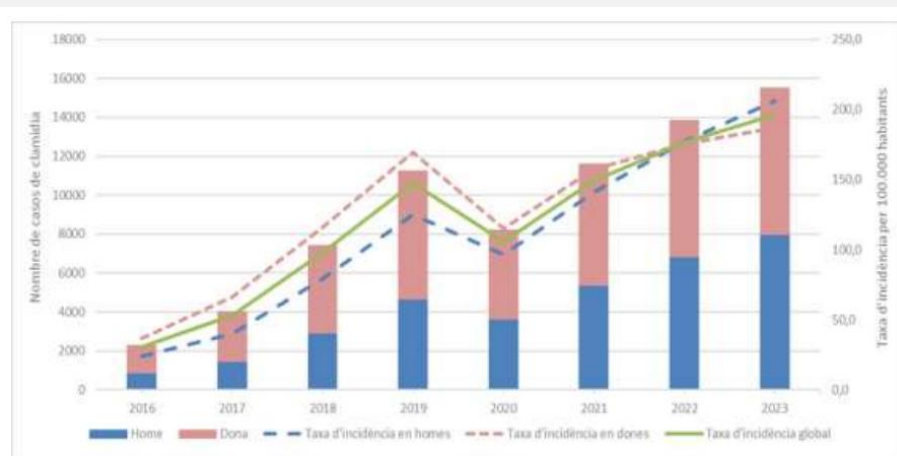


Figura 4. Evolució de la taxa d'incidència per 100.000 habitants de la infecció genital per clamídia segons sexe. Catalunya, 2016-2023.



Figura 5. Evolució de la taxa d'incidència per 100.000 habitants de gonocòccia segons sexe. Catalunya, 2013-2023.

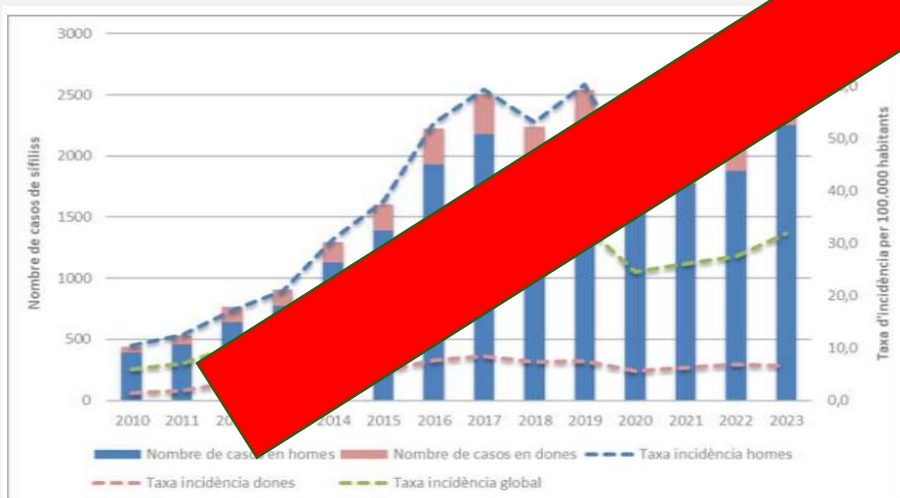


Figura 15. Evolució de la taxa d'incidència per 100.000 de sífilis infecciosa segons sexe. Catalunya, 2010-2023.

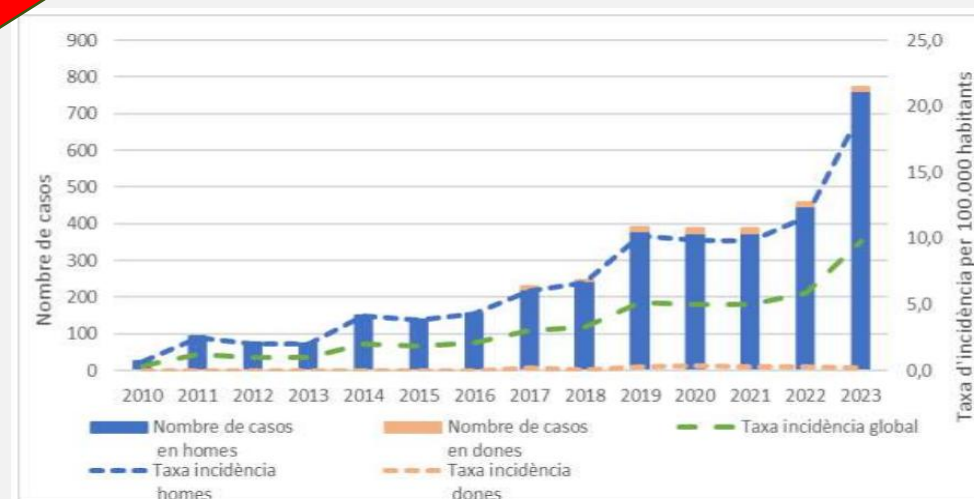


Figura 21. Evolució del nombre de casos i de la taxa d'incidència per 100.000 habitants de limfogranuloma veneri segons sexe, Catalunya 2010-2023.



IV Jornada Malalties Infeccioses a l'AP

SÍNDROME SECRETORA

Barcelona, 4 de novembre de 2025

ITS que cursan con síndrome secretora

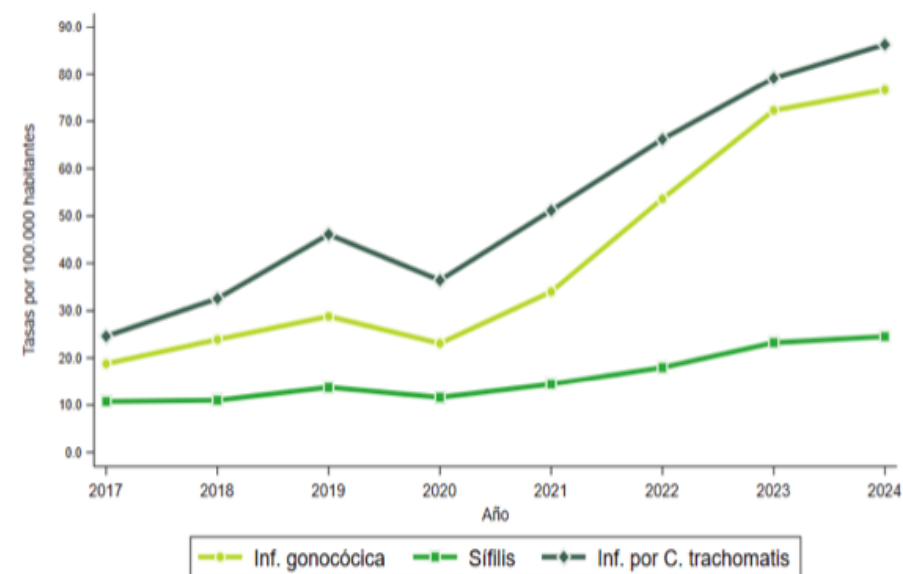


Síndrome secretora

*Las ITS son la principal causa infecciosa siendo los principales agentes etiológicos *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* y *M. genitalium*.*

En 2024, se notificaron 41.918 infecciones por *Chlamydia trachomatis* y 37.257 casos de infección gonocócica.

Figura II.1. Evolución de las tasas por 100.000 habitantes por infección de transmisión sexual, 2017-2024



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Cuadro clínico



URETRITIS

Secreción uretral mucosa, disuria, polaquiuria.

Complicaciones: A. reactiva, orquitis, orquiepididimitis, prostatitis e incluso infertilidad.



CERVICITIS

Flujo vaginal anormal, sangrado intermenstrual y/o dispareunia.

Complicaciones: EIP, endometritis, salpingitis, embarazo ectópico, infertilidad y parto prematuro.



PROCTITIS

Dolor, tenesmo, sangrado y secreción de moco o pus.

Tratamiento empírico
Ceftriaxona 500mg IM + Doxíciclina
100mg c/12h 7 días

Abstinencia sexual una semana
o hasta completar tratamiento y
realizar estudio de contactos.

Toma de muestras en hombres



MMD125EXIC	CHLAMYDIA TRACHOMATIS I NEISSERIA GONORRHOEAE: DETECCIÓ PER PCR-EXSUDAT O PUS FARINGI/AMIGDALAR
MMD125EXT C	CHLAMYDIA TRACHOMATIS I NEISSERIA GONORRHOEAE: DETECCIÓ PER PCR-EXSUDAT O PUS URETRAL
MMD125FRPW	CHLAMYDIA TRACHOMATIS I NEISSERIA GONORRHOEAE: DETECCIÓ PER PCR-FROTIS RECTAL
MMD125OXX	CHLAMYDIA TRACHOMATIS I NEISSERIA GONORRHOEAE: DETECCIÓ PER PCR-ORINA
BC011ULXX	CULTIU D'ÚLCERA
BC012EXTC	CULTIU URETRAL
BC032EXIC	NEISSERIA GONORRHOEAE: CULTIU-EXSUDAT FARINGI/AMIGDALAR
BC032FRPW	NEISSERIA GONORRHOEAE: CULTIU-FROTIS RECTAL
MMD78EXUF	VIRUS HERPES TIPUS 1 I 2: DETECCIÓ PER PCR-EXSUDAT O PUS DE XANCRE GENITAL

Informació per l'Extractor		
Extractor:	(Etiqueta)	
Tubs i Contenidors		
M768	ORINA PRIMER RAIG	1
M580	EXSUDAT FARINGI (ESCOVILLÓ BLAU FOSC)	1
M905	EXSUDAT ÚLCERA (ESCOVILLÓ BLAU FOSC)	1
M689	FROTIS RECTAL (ESCOVILLÓ BLAU FOSC)	1
M633	PCR FROTIS FARINGOAMIGDALAR (TAP VE1)	1
M657	EXSUDAT URETRAL (ESCOVILLÓ BLAU FOSC)	1
M659	PCR FROTIS URETRAL (TAP VERMELL)	1
M690	PCR FROTIS RECTAL (TAP VERMELL)	1
M963	PCR XANCRE GENITAL TAP VERMELL (GN)	1

PCR en orina: Primer chorro de orina y al menos dos horas sin orinar



Cultivo vaginal inespecífico si leucorrea

Si abundante exudado cultivo
endocervical (NG)



PCR vaginal o endocervical (CT, NG,
MG Y TV)

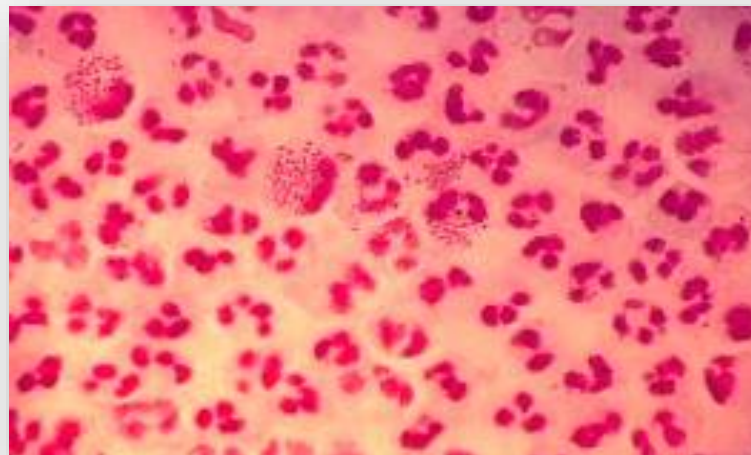
En asintomáticas o contactos, PCR en
muestra vaginal.

Realizar cribado de otras ITS

NO PCR EN ORINA



Urethritis, cervicitis y proctitis gonocócica



Neisseria gonorrhoeae



Período de incubación 5-7 días



Secreción uretral, vaginal y rectal



Disuria más frecuente en hombres

Complicaciones:

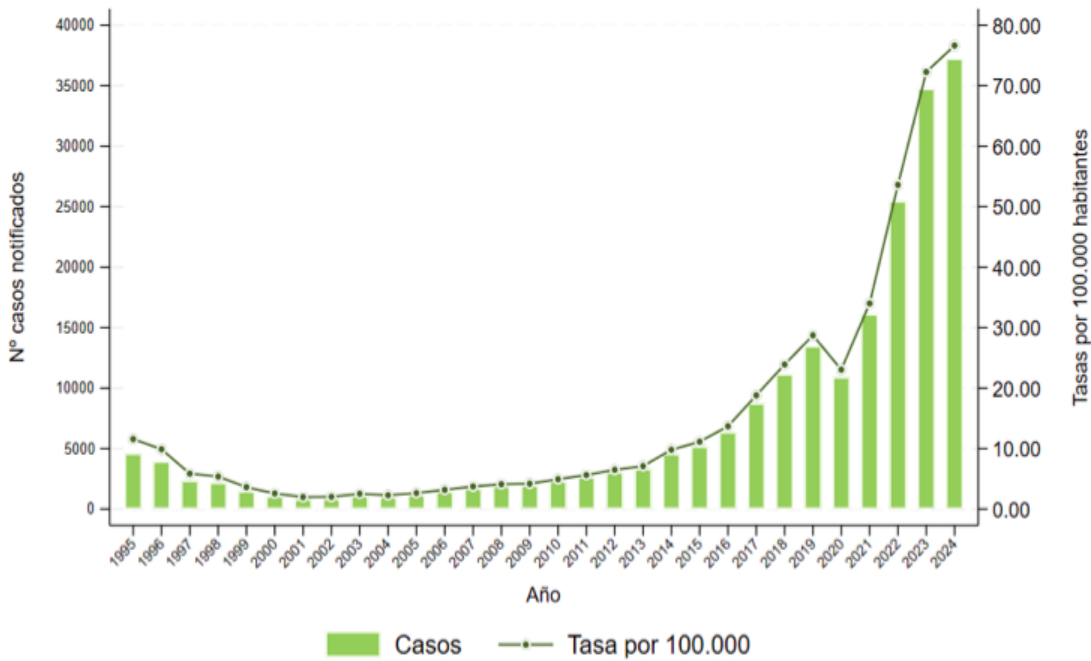
- Epididimitis/orquitis o prostatitis
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- La diseminación hematológica puede causar lesiones cutáneas, artralgias, artritis y tenosinovitis

En mujeres puede cursar de una forma más asintomática y en hombres con una clínica más florida

La infección faríngea y las proctitis pueden ser asintomática

Neisseria gonorrhoeae

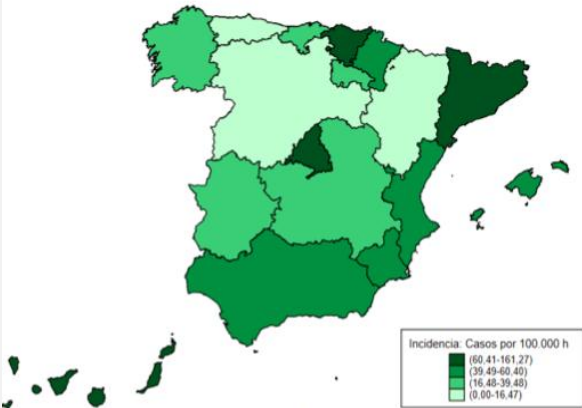
Figura 1. Incidencia de infección gonocócica
Número de casos y tasas por 100.000 hab. España, 1995-2024



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

En el año 2024 se notificaron 37.257 casos de infección gonocócica

Incidencia de infección gonocócica por Comunidad Autónoma, 2024
Tasas por 100.000 habitantes



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Grupos de edad	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
	N (%)	N (%)	N (%)
<15 años	22 (0,1)	39 (0,6)	61 (0,2)
15-19 años	1.099 (3,6)	824 (12,7)	1.923 (5,2)
20-24 años	4.762 (15,5)	1.739 (26,9)	6.501 (17,4)
25-34 años	12.179 (39,6)	2.088 (32,2)	14.267 (38,3)
35-44 años	8.121 (26,4)	974 (15,0)	9.095 (24,4)
45-54 años	3.308 (10,8)	558 (8,6)	3.866 (10,4)
55 años o más	1.285 (4,2)	253 (3,9)	1.538 (4,1)
Total	30.776 (100,0)	6.475 (100,0)	37.251 (100,0)

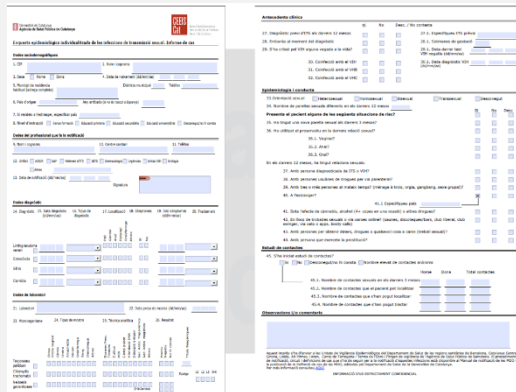
*No incluidos 6 casos sin información sobre sexo y edad

Ceftriaxona 500 mg Dosis única Intramuscular



Situaciones especiales	Tratamiento
Segunda línea (alergia u otras contraindicaciones)	- Cefixima 800mg VO DU)Considerar su uso sólo en caso de CI de la vía parenteral). - Gentamicina 240mg IM DU + azitromicina 2 gr VO, DU (Considerar su uso sólo en caso de alergia a penicilinas). - Ciprofloxacino 500mg VO, DU sólo se conoce la sensibilidad a quinolonas.
Peso > 150 Kg	Ceftriaxona 1gr DU
Embarazo y lactancia	- Ceftriaxona 500 mg DU. - Azitromicina puede utilizarse como alternativa en quienes esté contraindicada la ceftriaxona. - Gentamicina se debe utilizar con precaución por el riesgo de toxicidad ótica y renal.
Infección por VIH	Ceftriaxona 500 mg DU.
Proctitis	Ceftriaxona 500 mg DU.

FONT: elaboració pròpia



Enfermedad de
declaración obligatoria



Las infecciones faríngeas
son difíciles de erradicar



Tratar a parejas de las 2 semanas previas al
inicio de los síntomas o cualquier pareja que
presente síntomas.



Sospechar fracaso terapéutico si persisten síntomas 5
días después del tratamiento o en un test de curación
positivo realizado 14 días después.

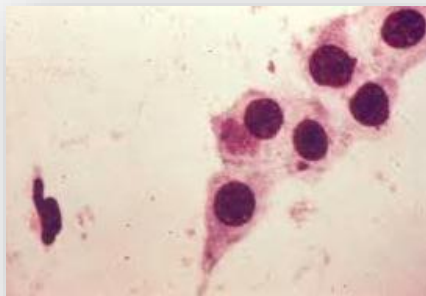


Los test de curación sólo en caso de síntomas
persistentes, tratados con regímenes alternativos y en
infección faríngea.

Urethritis , cervicitis y proctitis no gonocócicas



Chlamydia trachomatis D-K



Período de incubación de 2-6s



Vía de transmisión directa

Cervicitis
Sangrado postcoital/intermenstrual
Leucorrea
Dolor abdominal
EPI
Uretritis
Dolor testicular

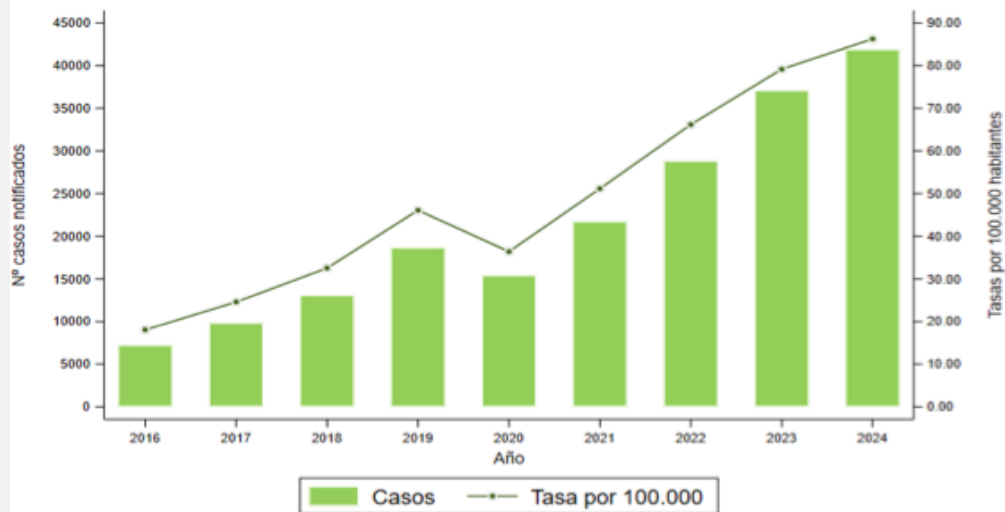
Complicaciones:
Artritis reactiva
Orquitis/Orquiepididimitis
Perihepatitis

Si no se complica puede resolverse en un año de forma espontánea.



Chlamydia trachomatis

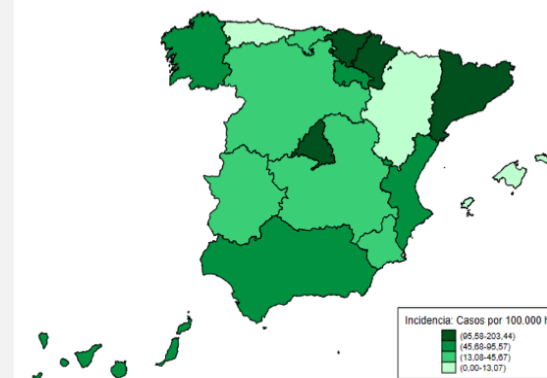
Número de casos y tasas por 100.000 habitantes de infección por *Chlamydia trachomatis* en España, 2016-2024



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

En el año 2024 se notificaron 41.918 casos de infección por *Chlamydia trachomatis*

Incidencia de infección por *C. trachomatis* por Comunidad Autónoma, 2024
Tasas por 100.000 habitantes



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Número de casos y porcentaje de infección por *Chlamydia trachomatis* por edad y sexo, 2024

Grupos de edad	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
	N (%)	N (%)	N (%)
<15 años	34 (0,2)	94 (0,5)	128 (0,3)
15-19 años	1.013 (4,5)	3.060 (15,8)	4.073 (9,7)
20-24 años	4.263 (18,9)	6.501 (33,6)	10.764 (25,7)
25-34 años	8.918 (39,5)	6.319 (32,6)	15.237 (36,4)
35-44 años	5.206 (23,1)	2.144 (11,1)	7.350 (17,5)
45-54 años	2.253 (10,0)	958 (4,9)	3.211 (7,7)
55 años o más	869 (3,8)	279 (1,4)	1.148 (2,7)
Total	22.556 (100,0)	19.355 (100,0)	41.911 (100,0)

*No incluidos 7 casos sin información sobre sexo y edad.

Doxiciclina 100mg c/12 7días

O

Azitromicina 1g VO DU

Situaciones especiales	Tratamiento
Segunda línea (alergia u otras contraindicaciones)	Levofloxacino 500 mg c/24h 7días Eritromicina 500mg c/12h durante 7días
Embarazo y lactancia	Azitromicina 1gr el primer día seguido de 500mg 2 días. Amoxicilina 500mg c/8h 7 días. Se puede utilizar en lactancia aunque requiere vigilancia.
Orquiepididimitis	Doxiciclina 100mg c/12 14 días
Infección por VIH	No se modifica
Proctitis	Doxiciclina 100mg c/12 7 días
Proctitis + VIH / Proctitis por CT L1-L3	Doxiciclina 100mg c/12 21 días

- Abstinencia sexual hasta pasados al menos 7d después de completado el tratamiento y/o se disponga de un test de curación negativo.
- El test de curación se recomienda en embarazadas, persistencia de síntomas o cuando existan dudas sobre la correcta adherencia terapéutica.
- También se podría recomendar en casos de infección rectal en los que no se ha descartado LGV y no se ha realizado un ciclo antibiótico prolongado por 3s.
- Realizar un test de curación 4s después de haber finalizado el tto.
- Manejo de las parejas sexuales de los últimos 60d desde el inicio de los síntomas o bien a la pareja sexual más reciente.

Mycoplasma genitalium y Ureaplasma urealyticum

Disuria, acompañada de secreción uretral escasa
Aunque mayormente son asintomáticas



El período de incubación es entre 1 i 5 semanas

Es menos probable la transmisión por sexo oral.



Pueden aparecer complicaciones en forma de epididimitis, prostatitis, balanopostitis, cervicitis, endometritis, EIP.

No es necesario cribar en personas asintomáticas.
Sólo se realiza en presencia de síntomas y/o contacto sexual con una persona sintomática.

Tratamiento del *Mycoplasma genitalium*

Doxiciclina 100mg c/12h 7 días, seguido de azitromicina 1gr vía oral en DU, y posteriormente 500mg VO c/24h durante 3 días

Situaciones especiales	Tratamiento
Segunda línea (alergia u otras contraindicaciones)	Doxiciclina 100mg c/12h 14 días Minociclina: 100mg c/12h 14 días
Resistencia a macrólidos o si el tratamiento con azitromicina ha fracasado	Moxifloxacino 400mg una vez al día 7 días
Embarazo y lactancia	Azitromicina 1gr el primer día seguido de 500mg c/3 días
Infección complicada	Moxifloxacino 400mg una vez al día por 14 días
Infección por VIH	No se modifica
Proctitis	No se modifica

Indicado a los casos sintomáticos positivos y en personas asintomáticas cuyas parejas sexuales sean sintomáticas y presenten un test positivo

Tratamiento del Ureaplasma urelyticum

Doxiciclina 100mg c/12h 7días

Situaciones especiales	Tratamiento
Segunda línea (alergia u otras contraindicaciones)	Ofloxacino 200mg C/12 7días
Embarazo y lactancia	Azitromicina 1gr dosis única

No se recomienda test de curación

Abstinencia sexual hasta 14 días de haber finalizado el tratamiento o tenga un test negativo



IV Jornada Malalties Infeccioses a l'AP

SÍNDROME ULCERADA

Barcelona, 4 de novembre de 2025

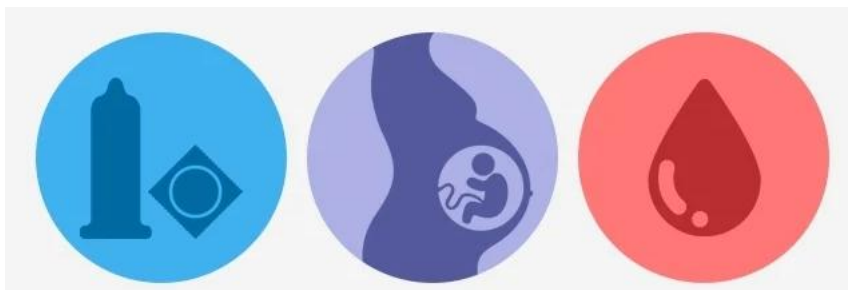
LESIONS ULCERADES PER ITS

Síndrome	ITS	Agent biològic	Tipus	Transmissió sexual	Curació
Úlcera genital	Herpes genital	Herpes simplex tipus 1 i 2 (VHS-1 i VHS-2)	Virus	Sí	No
	Sífilis	Treponema pàl·lidum	Bactèria (espiroqueta)	Sí	Sí
	Xancroide o xancre tou	Haemophilus ducrey	Bactèria	Sí	Sí
	Linfogranuloma veneri (LGV)	Chlamydia trachomatis L1-L2 i L3	Bactèria	Sí	Sí
	Linfogranuloma inguinal	Klebsiella granulomatis	Bactèria	Sí	Sí

FONT: elaboració pròpia

SÍFILIS

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

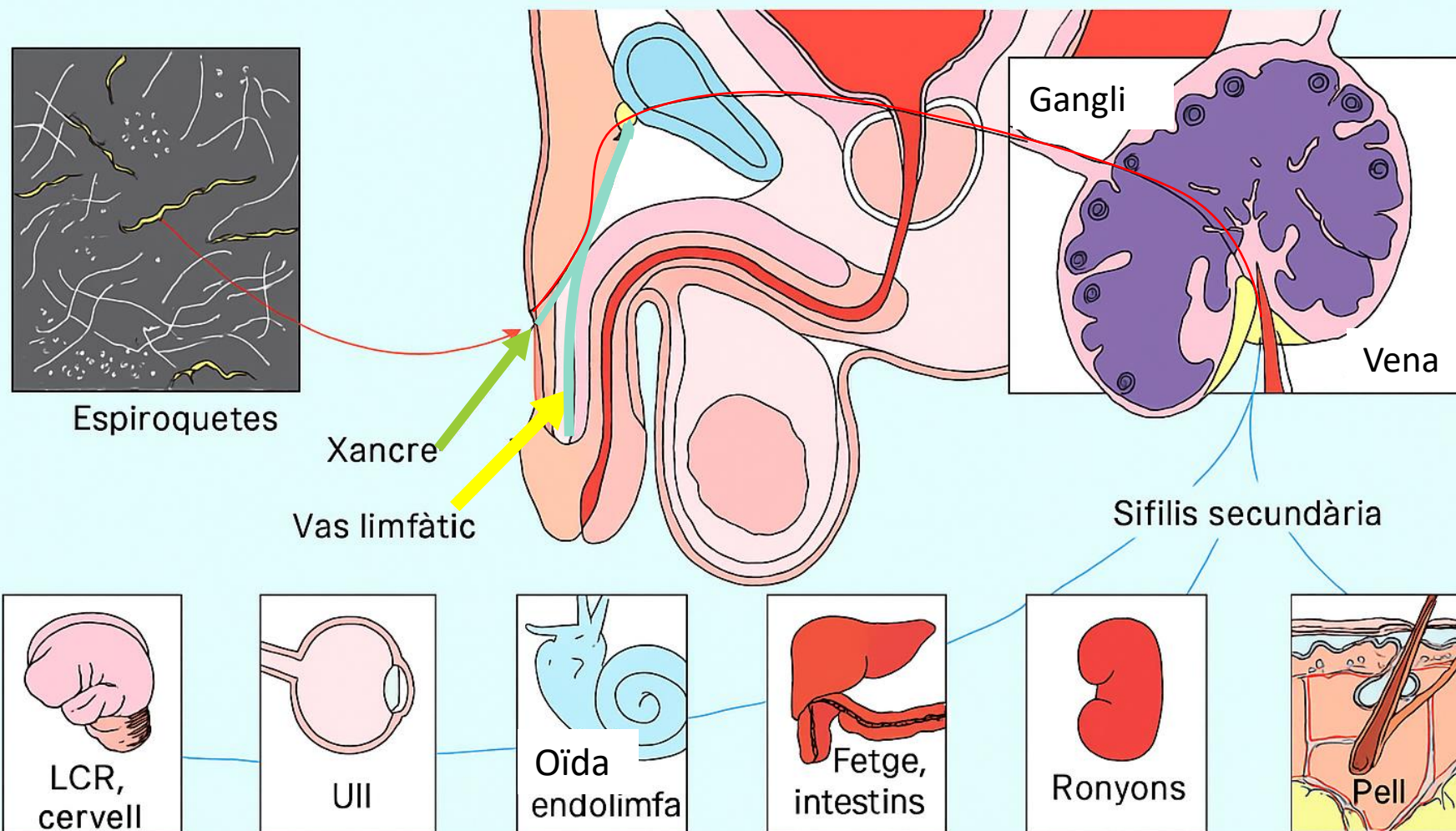


SEXUAL

VERTICAL

HEMÀTICA

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



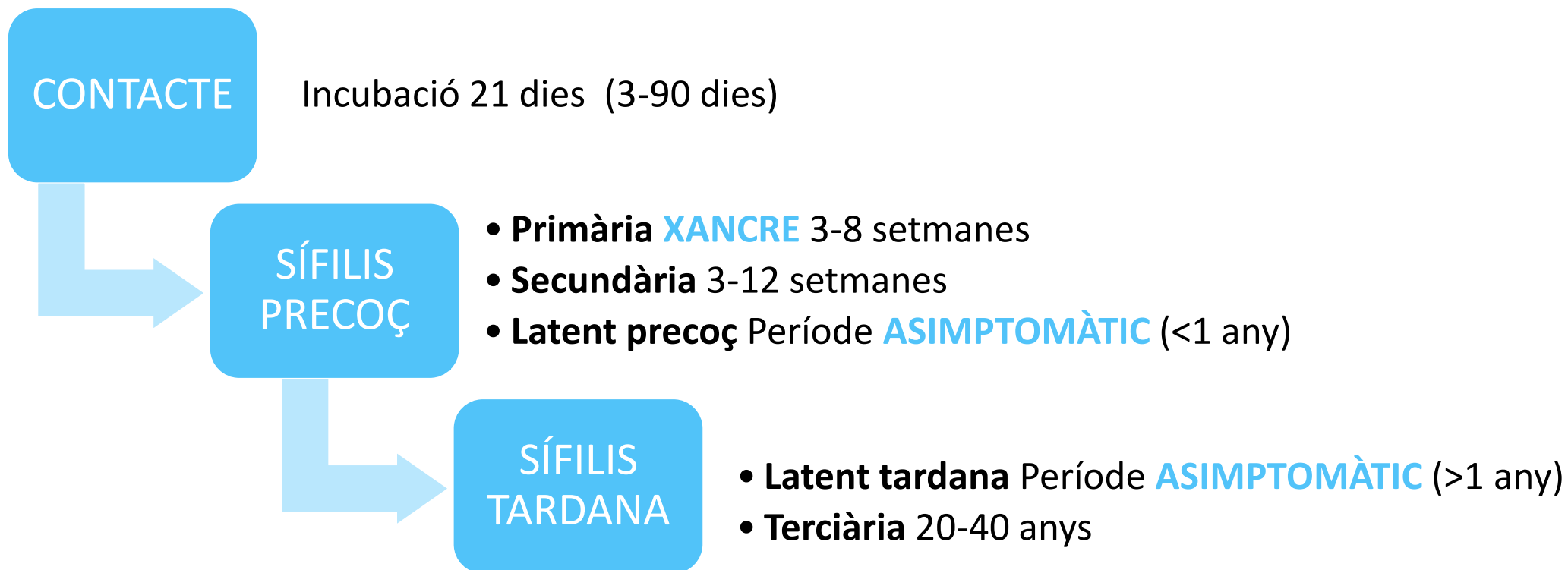
1- Introducció per microtraumes a la pell o mucoses

2- Lesions a la zona d'inoculació

3- Disseminació limfàtica generalitzada

4- Acantonament en ganglis limfàtics i paret vascular (endarteritis)

5-Infecció sistèmica



Localització

- Genitals externs
- Zona anal o perianal
- Cavitat oral

Característiques

- Lesió ulcerada
- Habitualment única
- No dolorosa
- Indurada

Adenopaties

- Múltiples
- Indurades
- No inflammatòries



Cura espontàniament
3-8 setmanes

4-8 setmanes
(màxim 6)

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**



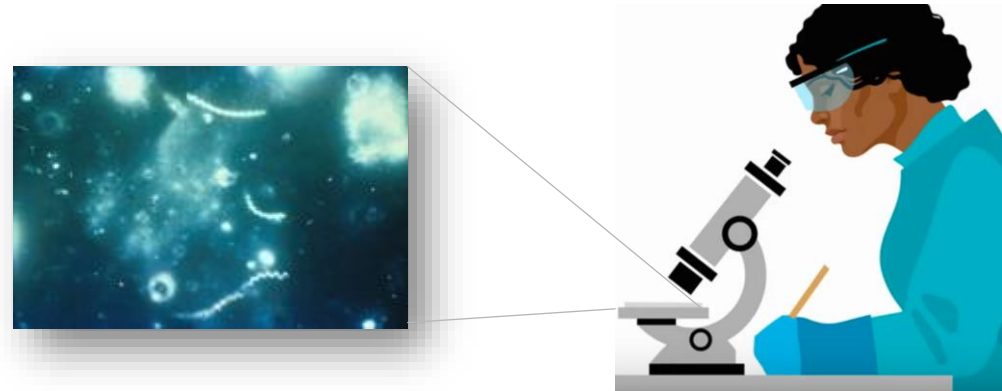
**Plaques
mucoses**

Manifestacions sistèmiques: Febre, MEG, anorèxia, meningisme, uveïtis, coriorretinitis, limfadenopaties perifèriques, neuritis, hepatitis, glomerulonefritis, esplenomegàlia...

Estadi	Manifestacions clíniques	Període d'incubació
Sífilis cardiovascular	Aneurisma aòrtic, regurgitació aòrtica, estenosi artèria coronària	10-30 anys
Neurosífilis	- <u>Asimptomàtica</u> - <u>Simptomàtica</u>: Cefalees, vertígens, alteracions del caràcter, demència, atàxia, meningitis, afectació meningovascular (AVC-oclusió ACM), tabes dorsal, 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)

MÈTODES DIRECTES: Es basen en la detecció de *Treponema pallidum* a les lesions mucoses, teixits i ganglis limfàtics

- Microscòpia en camp fosc
- PCR



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

- Tests treponèmics
- Tests no treponèmics, reagínics o cardiolipínics



shutterstock.com · 2666411869

TESTS TREPONÈMICS: Detecten anticossos específics contra antígens d'estructura:

- EIA/**CLIA** (enzimoimmunoassaig) anticossos IgG+IgM: **SCREENING** **INICIAL**
 - IgM positivitzen a la 2^a setmana post infecció
 - IgG positivitzen a la 5^a setmana post infecció
- **TPHA** (TrePonema Hemaglutination Antibodies) **CONFIRMATORI**
- TPPA (TrePonema Particles Agglutination)
- FTA-abs (antiTreponema Antibodies absorption)
- Test ràpids

Marca luètica

Aquests tests seran
positius tota la vida,
encara que s'hagin tractat
correctament

FALSOS NEGATIUS

Anticipació, període finestra
Immunodepressió
Tractament precoç

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

- **RPR** (Ràpid Plasma Reagin Test)
- VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory)

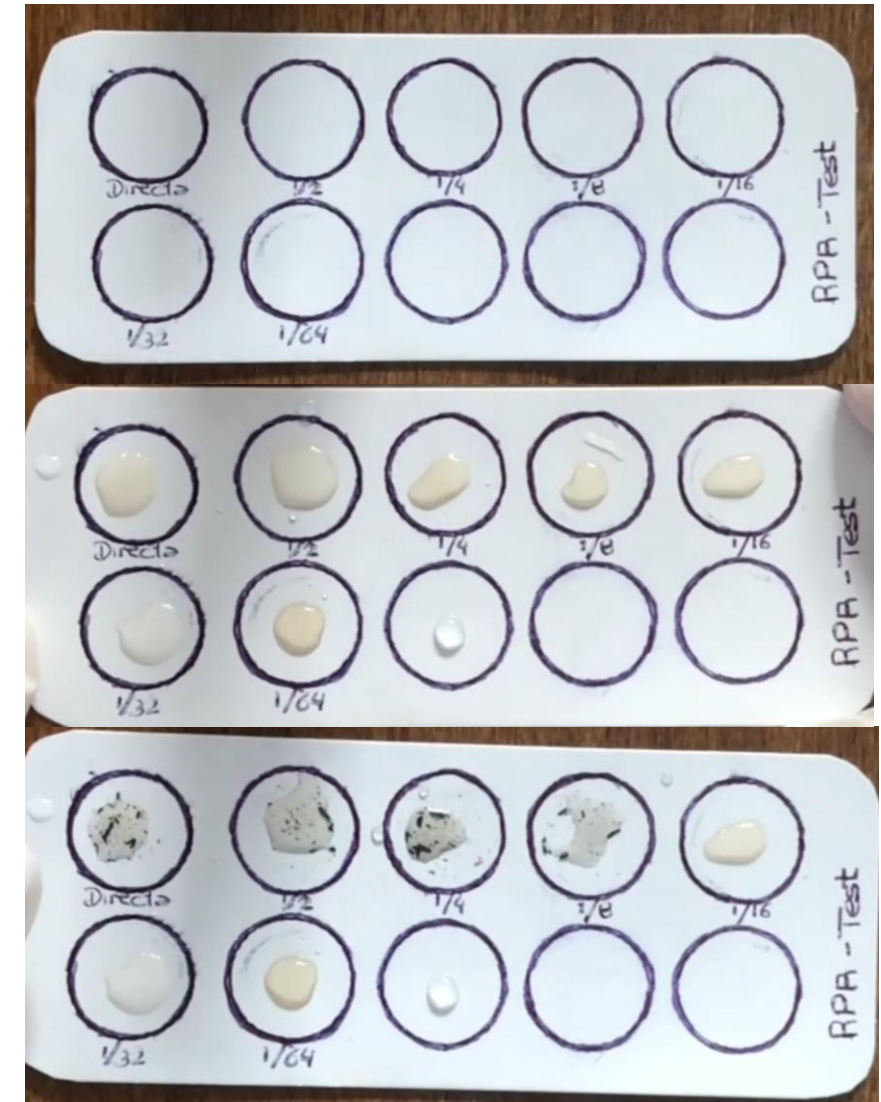
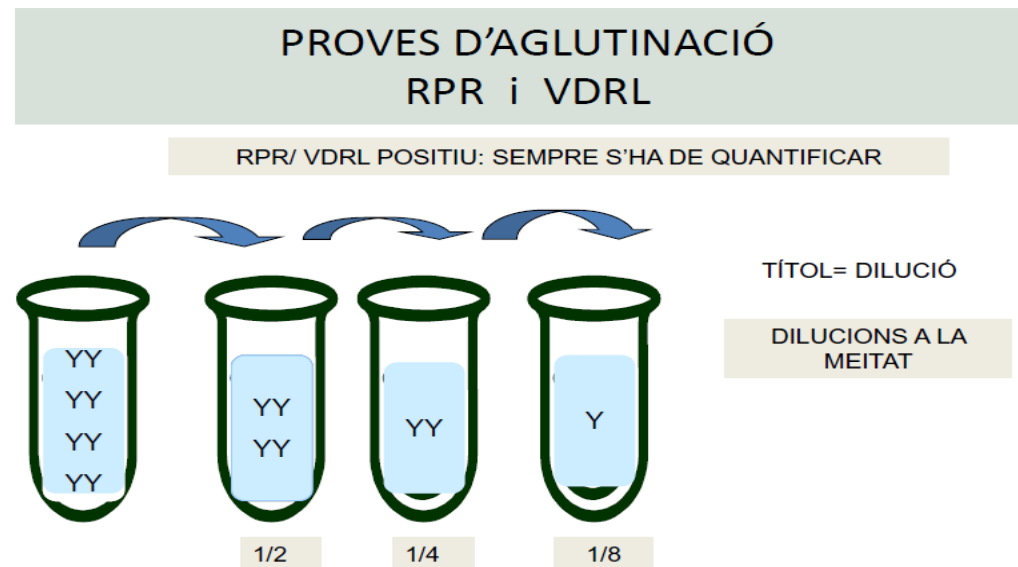
CONTROL

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)	○ Sífilis secundària i sífilis latent precoç per efecte prozona (si concentració molt elevada d'Ag) ○ Anticipació, període finestra ○ Immunodepressió (coinfecció VIH) ○ Tractament precoç ○ Consum de OH

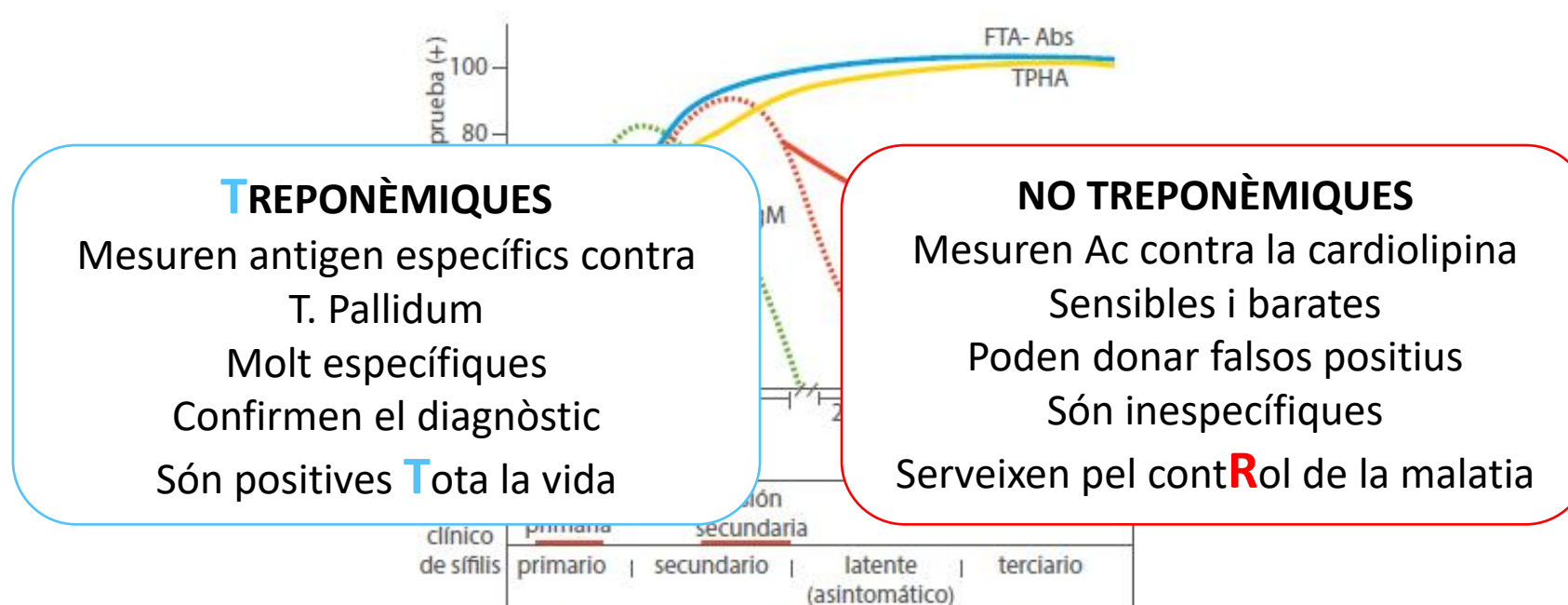
QUANTIFICACIÓ:

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



Treponèmiques: **T**_{PHA}, **T**_{PPA}, F**T**_{A-abs} **y** **T**ests ràpids

Reagíniques: VD**R**_L **y** **R**_P**R**



Fuente: Peeling R, Ye H. Diagnostic tool for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. Bull World Health Org. 2004 Jun;82(6):439-46.

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

INICIAL

CONFIRMATORI

CONTROL

Mostra: Sèrum

ESTUDI BACTERIOLÒGIC

Treponema pallidum. Ac reagínics (RPR)

Positiu. Títol = 1/8

CONTROL

Notificació de proves:

Treponema pallidum. Ac específics (CLIA): No procedeix. Pacient diagnosticat.

SÍFILIS PRIMÀRIA
SÍFILIS SECUNDÀRIA
SÍFILIS LATENT PRECOÇ (<1ANY)
PARELLES SEXUALS
(dels darrers 90 dies)

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

*Dones gestants 3r trimestre i pacient VIH:
 repetir 2a dosi als 8-10 dies

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

Penicil·lina G Benzatina 2'4 milions
d'unitats IM

3 dosis separades una setmana
 (si s'interromp la pauta → REINICIAR)

Si al·lèrgia a 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

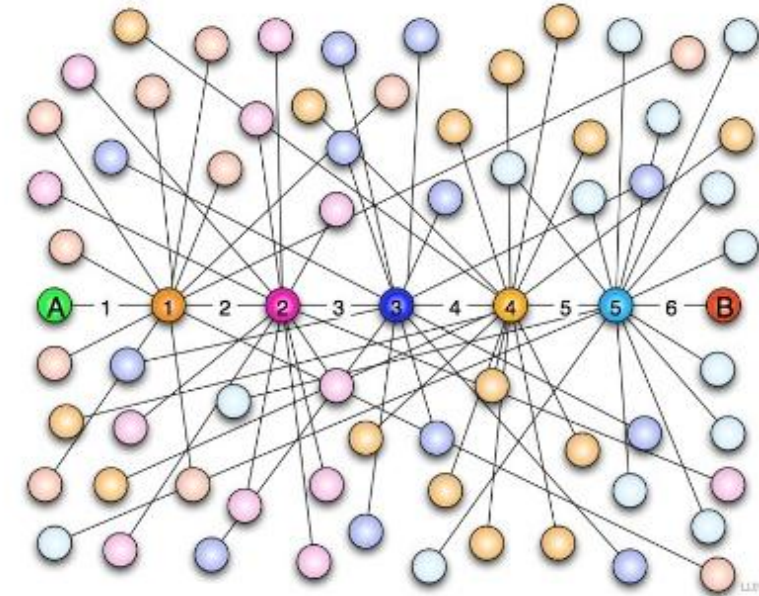
Gestants:
 tractament **HOSPITALARI** per
 dessensibilització i posterior
 tractament amb penicil·lina

Doxiciclina 100mg/12h oral 21-28 dies
Eritromicina 500mg/6h oral 28 dies

REACCIÓ DE JARISH-HERXHEIMER: Aparició sobtada a les 24 hores d'iniciar el tractament.

- 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.



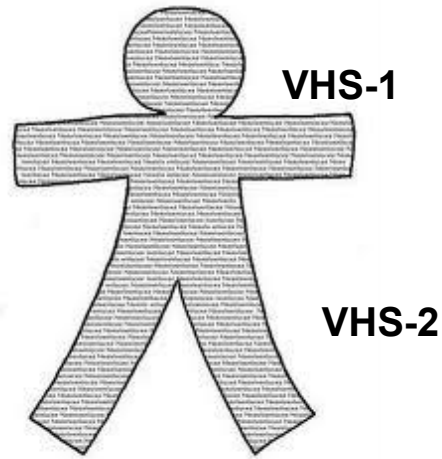
- ❑ Monitoratge dels títols dels tests cardiolipínics (RPR o VDRL)
 - Als **1, 3, 6 i 12** mesos en la **sífilis precoç**
 - Als **1, 3, 6, 9, 12 i 24** mesos en la **sífilis precoç** i coinfecció pel **VIH**
 - Als **3, 6, 12 i 24** mesos en la **sífilis tardana**
 - En cas d'embaràs, a les **28-32 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)

- Increment dels títols inicials (VDRL/RPR) **4** vegades o 2 dilucions → **recaiguda o reinfecció**
- Si als **6-12 mesos** el títol **NO** ha disminuït **4** vegades o 2 dilucions → **estudi LCR** (si no hi ha hagut reinfecció)
- Si no presenta simptomatologia i els tests cardiolipínics es mantenen baixos o estables durant 12 mesos → **curat**

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

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'úlcers 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**

- 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 infectiu que no a l'inrevés
- 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 PRIMARI

DOLOR

- Període d'incubació **2-12 dies**
- Clínica general inicial: malestar general, cefalea, miàlgia, febre
- Altres: disúria, secreció ureteral o vaginal
- Clínica local: 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**



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 → 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.



El diagnòstic és **CLÍNIC**!

- Les serologies NO aporten informació útil
- El tractament depèn de clínica, severitat i estigma
- Si dubtes → PCR

Test d'amplificació d'àcids nucleics (TAAN)

- Tècnica d'elecció: **PCR**
- Recollida de mostra directament de la vesícula o úlcera rasant amb escovilló (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



- Investigar existència d'infecció per VHS en persones que presentin síndrome **d'ulceració genital**
- **Cribatge 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**
- Es recomana **no tenir relacions sexuals** mentre hi hagi lesions herpètiques o símptomes **prodròmics en la zona afectada**
- 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

HERPES GENITAL: TRACTAMENT

ASPECTES GENERALS

- L'herpes genital NO es pot eliminar
- Pot ser necessari **analgèsia** i **ansiolítics**
- Altres mesures
 - Evitar roba ajustada (pressió damunt les lesions)
 - Ingesta de líquid (reduir el risc de retenció d'orina i millorar la disúria)
- **Les pautes poden variar en funció del tipus d'episodi i la condició del pacient (embaràs, coinfecció VIH)**

El tractament:

- Accelera la curació de les lesions
- Disminueix la intensitat dels símptomes
- Impedeix complicacions
- Redueix el risc de transmissió
- NO disminueix el risc de recidiva

El benefici del tractament serà màxim quan iniciem el tractament en les primeres 72h des de l'aparició de les lesions

HERPES GENITAL: TRACTAMENT

INDICACIONS	FÀRMAC	POSOLOGIA	VIH
PRIMOINFECCIÓ HERPÈTICA	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 250-500mg/8h 10 dies
HERPES GENITAL RECURRENT	Aciclovir	400mg/8h, 5 dies * o 800mg/12h, 5 dies o 800mg/8h, 2 diez	400mg/8h, 5 dies o 800mg/12h, 5 dies o 800mg/8h, 2 diez
	Valaciclovir	500mg/12h, 3 dies o 1g/24h, 5 dies	500mg/12h , 3 dies o 1g/24h, 5 dies
	Famciclovir	1g/12h, 1 dia o 125mg/12h, 5 dies o 500mg 1 dosi, seguida de 250mg/12h, 2 dies	125mg/12h, 5 dies o 1g/12h, 1 dia o 500mg 1 dosi, seguida de 250mg/12h, 2 dies

FONT: elaboració pròpia

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 setmana 36 de gestació)	Aciclovir	400mg/8h
	Valaciclovir	50mg/12h

FONT: elaboració pròpia

LGV I XANCRES TOU

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL Síndrome ulcerada

ENTIDAD	MICROORGANISMO CAUSANTE	CARACTERÍSTICAS DE LAS ÚLCERAS	NÚMERO DE LESIONES	DOLOR	ADENOPATÍAS
HERPES GENITAL	Virus Herpes Simple tipo 1 (VHS-1) Virus Herpes Simple tipo 2 (VHS-2)	Superficiales, vesiculares, pequeñas (<1cm), agrupadas, sobre base eritematosa	Normalmente múltiples	Dolorosas	Inguinales, bilaterales y dolorosas.
SÍFILIS	<i>Treponema Pallidum</i>	En sífilis primaria "chancro": úlcera con margen bien definido, sobre base lisa de consistencia dura.	Normalmente única.	Indolora	Regionales, bilaterales e Indoloras.
LINFOGRANULOMA VENEREO	<i>Chlamydia trachomatis</i> serotipos L1, L2, L2a o L3	Aparece en el lugar de inoculación. En zona anal: proctocolitis con secreción rectal mucosa/hemorrágica.	Única	Indolora	Regional, indolora
CHANCROIDE	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Úlceras de 1-2 cm diámetro, base amarillenta-grisácea, margen mal definido.	Múltiples	Dolorosas	Inguinales dolorosas que tienden a abscesificarse y fistulizarse

Aciclovir
Valaciclovir
Famciclovir

Penicilina G benzatina

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

Ceftriaxona 250 mg per im
dosis única ó
Azitromicina 1 g vo dosi
única

FONT: elaboració pròpia



IV Jornada Malalties Infeccioses a l'AP

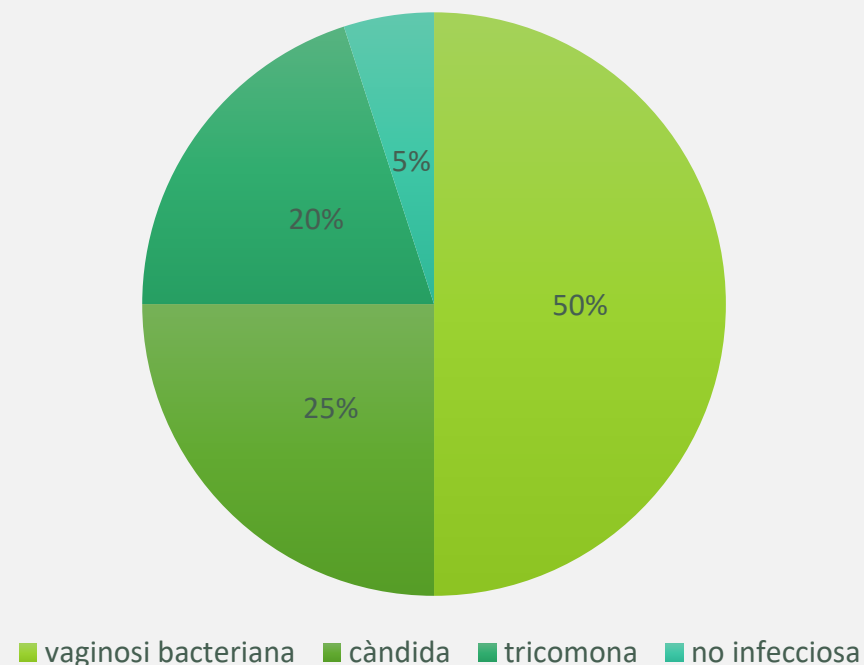
VULVOVAGINITIS

Barcelona, 4 de novembre de 2025

Secreció, molèsties i prurigen vulvar o vaginal

Freqüentment asimptomàtiques

- causes no infeccioses
- causes infeccioses
 - vaginosis bacteriana (*Gardenella vaginalis*)
 - vulvovaginitis per cànida
 - Tricomoniasis (la única ITS)





TRICHOMONA VAGINALIS

Freqüentment asimptomàtics (prevalença subestimada)

- 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: cèrvix "en maduixa", cultiu i PCR de mostra d'exsudat vaginal



TRACTAMENT – trichomona vaginalis

Cal tractar la **parella**

Estudi i tractament de les **parelles sexuals** de les **4 setmanes** anteriors

Metronidazol via oral 2 gr dosi única (8 comprimits de 250mg)

Embaràs, lactància, insuficiència hepàtica, VIH:

- Metronidazol 500mg/12hores via oral durant 7 dies
- Tractament alternatiu: Tinidazol 2 gr dosi única

No cal control si està asimptomàtica

VULVOVAGINITIS – tractament específic

Etiologia	Clínica	Diagnòstic	Tractament	Alternativa
Neisseria gonorrhoeae	Urethritis, cervicitis, proctitis orquiepididimitis	PCR i cultiu	Ceftriaxona 1g IM	Azitromicina 2 g DU +/- Cefixima 400g vo DU
Chlamydia trachomatis	Urethritis, 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	Urethritis, 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

FONT: elaboració pròpia



IV Jornada Malalties Infeccioses a l'AP

CRIBRATGE, DECLARACIÓ OBLIGATÒRIA I ESTUDI DE CONTACTES

Barcelona, 4 de novembre de 2025

❑ PAPPS → intervenció breu en prevenció de VIH i ITS cada 2 anys

❑ **POBLACIÓ DIANA (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/es del sexe comercial i usuaris
- Consum de drogues i/o alcohol, sobretot associat a RS
- Ús inconsistent del preservatiu amb parelles casuals
- Ser víctima de violència de gènere

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

**Serveis de Vigilància Epidemiològica
i Resposta a Emergències de Salut
Pública Territorials**
canalsalut.gencat.cat

Agència de Salut Pública de Barcelona -
Servei d'Epidemiologia
Pl. Lesseps, 1, 08023 Barcelona
Tel.: 93 238 45 45. A/e: mdo@aspb.cat

Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a
Emergències de Salut Pública al Barcelonès Nord i Maresme
C/ Roc Boronat, 81-95, planta baixa. 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 37 27. A/e: uve-bnim@gencat.cat

Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta
a Emergències de Salut Pública a Barcelona Sud
Avinguda d'en Albert Bastardas, 33, planta 1.
Edifici del RAOC
08009 Barcelona Tel.: 93 510 52 23
A/e: barcelonasud@gencat.cat

Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències
de Salut Pública al Vallès Occidental i Vallès Oriental
Ctra. Vallvidrera, 38, 08173 Sant Cugat del Vallès
Tel.: 93 624 64 32/33. A/e: epivalles@gencat.cat

Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta
a Emergències de Salut Pública a la Catalunya Central
C/ Murillo de Sant Francesc, 49, 4a planta, Edifici Pere III
06241 Manresa
Tel.: 93 875 33 81 - 93 872 67 43. A/e: uvercc@gencat.cat

Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta
a Emergències de Salut Pública a Girona
Pl. Pompeu Fabra, 1, 17002 Girona
Tel.: 872 975 666. A/e: epidemiologia.girona@gencat.cat

Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta
a Emergències de Salut Pública a Lleida i Alt Pirineu i Aran
Av. Alcalde Rovira Roure, 2, 25006 Lleida
Tel.: 973 701 600/634. A/e: epidemiologia.lleida@gencat.cat

Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències
de Salut Pública al Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre
Av. Maria Cristina, 5A, 43002 Tarragona
Tel.: 977 249 613 - 977 249 625
A/e: epidemiologia.tarragona@gencat.cat

Unitat de Vigilància Epidemiològica de la Regió Sanitària
Terres de l'Ebre
Pl. Gerard Vergès, 1, 43500 Tortosa
Tel.: 977 495 512. A/e: epidemiologia.ebre@gencat.cat

**Sub-direcció General de Vigilància
i Resposta a Emergències
de Salut Pública**

C/ Roc Boronat, 81-95, 08005 Barcelona
Idi: 93 551 36 76
A/e: epidemiologia@gencat.cat

**Servei d'Urgències de Vigilància
Epidemiològica de Catalunya (SUEC)**

Fora de l'horari laboral
Tel.: 627 480 828

Per a més informació:

061/Salut
respon

salutpublica.gencat.cat

Malalties de declaració obligatòria (MDO) i la seva modalitat de declaració

Llistat actualitzat amb les MDO segons
l'adaptació de Catalunya a la normativa Europea
i els nous requeriments internacionals en matèria
de vigilància epidemiològica.

Actualització 2019

XARXA DE VIGILÀNCIA EPIDEMIOLÒGICA DE CATALUNYA

S/Sistema de
Salut de Catalunya

 Generalitat
de Catalunya

Malalties de declaració obligatòria (MDO)

Malaltia	Modalitat de declaració		
	MDI	MDU	SNMC
Botulisme	●	●	●
Brucel·losi	●	●	●
Campilobacteriosi	●	●	●
Carbuncle	●	●	●
Cèlera	●	●	●
Criptosporidiosi	●	●	●
Dengue*	●	●	●
Diftèria	●	●	●
Encefalitis transmesa per paparres	●	●	●
Encefalopaties espongiformes transmissibles humanes (inclou la variant de la malaltia de Creutzfeldt-Jakob)	●	●	●
Febre del Nil occidental*	●	●	●
Febre exantemàtica mediterrània (febre botonosa)	●	●	●
Febres hemorràgiques viriques (Ebola, Marburg, Lassa, Crimea-Congo i altres)	●	●	●
Febre groga	●	●	●
Febre Q	●	●	●
Febre intermitent transmesa per paparres	●	●	●
Febre tifosa/febre paratífida	●	●	●
Giardiosi	●	●	●
Grip	●	●	●
Grip humana per un nou subtipus de virus	●	●	●
Hepatitis A	●	●	●
Hepatitis B	●	●	●
Hepatitis C	●	●	●
Herpes zòster	●	●	●
Hidatidiosi	●	●	●
Infecció gonocòccica	●	●	●
Infecció per adenovirus	●	●	●
Infecció per Chlamydia trachomatis (se n'exclou el limfogranuloma veneri)	●	●	●
Infecció per E. coli productora de toxina de Shiga o verotoxina	●	●	●
Infecció per Mycoplasma pneumoniae	●	●	●
Infecció per rotavirus	●	●	●
Infecció pel VIH/sida	●	●	●
Infecció pel virus de l'herpes simple	●	●	●
Infecció pel virus de la paramfluència	●	●	●
Infecció pel virus respiratori sincicial	●	●	●
Infecció relacionada amb l'assistència sanitària (IRAS)**	●	●	●
Legionel·losi	●	●	●
Leishmaniosi	●	●	●
Lèpra	●	●	●
Leptospirosi	●	●	●
Limfogranuloma veneri	●	●	●
Listeriosi	●	●	●
Malaltia de Chagas	●	●	●
Malaltia invasiva per Haemophilus influenzae tipus b	●	●	●
Malaltia invasiva per Haemophilus (altres serotips)	●	●	●
Malaltia invasiva per Streptococcus agalactiae	●	●	●
Malaltia meningocòccica	●	●	●
Malaltia pneumocòccica invasiva	●	●	●
Malaltia pel virus del chikungunya*	●	●	●

ELS BROTS EPIDÈMICS
comunitaris o
nosocomials de
qualsevol etiologia, són
de declaració obligatòria
a la Xarxa de Vigilància
Epidemiològica
de Catalunya

Modalitat de declaració

MDI ● Malaltia de declaració individualitzada (MDI). Es declara davant de sospita en les primeres 24 hores.

MDU ● Malaltia de declaració individualitzada (MDI) i malaltia de declaració urgent (MDU).
Es declara immediatament davant de sospita o confirmació.

SNMC ● Declaració microbiològica realitzada pels laboratoris al Sistema de notificació microbiològica de Catalunya (SNMC).

Nota: Cal recordar que les resistències antimicrobianes són de declaració obligatòria al SNMC.

Malaltia	Modalitat de declaració		
	MDI	MDU	SNMC
Malaltia pel virus de Zika*	●	●	●
Oftàlmia neonatal per clamídia	●	●	●
Oftàlmia neonatal per gonococ	●	●	●
Pneumònia neonatal per clamídia	●	●	●
Pneumònia pneumocòccica no invasiva	●	●	●
Paludisme	●	●	●
Parotiditis	●	●	●
Pesta	●	●	●
Poliomielitis/paràlisi flaccida aguda en menors de 15 anys	●	●	●
Ràbia	●	●	●
Rubèola	●	●	●
Rubèola congènita	●	●	●
Salmonel·losi (se n'exclou la febre tifosa i paratífida)	●	●	●
Shigel·losi	●	●	●
Sifilis	●	●	●
Sifilis congènita	●	●	●
Síndrome respiratòria aguda greu (SARS)	●	●	●
Síndrome respiratòria de l'Orient Mitjà (MERS-CoV)	●	●	●
Tètanus/tètanus neonatal	●	●	●
Tos ferina	●	●	●
Toxoplasmosi congènita	●	●	●
Tricomonosi	●	●	●
Triquinosi	●	●	●
Tuberculosi	●	●	●
Tularèmia	●	●	●
Varicel·la	●	●	●
Verola	●	●	●
Xarampió	●	●	●
Yersiniosi	●	●	●
Qualsevol microorganisme que causi meningoencefalitis	●	●	●

* Davant la sospita d'un cas autòcton, notificar de forma urgent.

** Les IRAS es notificaran quan formin part d'un brot epidèmic.

L'any 2019, a Catalunya s'actualitzen les malalties de declaració obligatòria i s'adapten a la normativa europea i als requeriments en matèria de vigilància epidemiològica mitjançant el Decret 203/2015, de 15 de setembre, pel qual es crea la Xarxa de Vigilància Epidemiològica i es regulen els sistemes de notificació de malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics i l'Ordre SLT/2005/2019, de 19 de novembre, pel qual s'actualitzen les 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
Tricomonomosi	A59	MDO numèrica
Herpes genitals	A60.0; A60.1; A 60.9	MDO numèrica
Sífilis infecciosa o precoç	A51.0; A51.9	MDO individualitzada (MDI)
Sífilis no infecciosa o tardana	A52.0; A52.9	MDO numèrica
Infecció per VIH / SIDA	B20.3; B23; B24	MDO individualitzada (MDI)
Contacte sexual de persona amb ITS	Z20.2	-----

**MALALTIES DE
DECLARACIÓ
INDIVIDUAL
(MDI)**



Generalitat de Catalunya
 Agència de Salut Pública de Catalunya



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

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

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

 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

Aprobat per la Comissió de Vigilància Epidemiològica de Catalunya

Agost 2019

1

- Objectiu:
 - interrompre la cadena de transmissió
 - Prevenir reinfeccions del cas índex
 - Detectar casos asimptomàtics entre els contactes
- Cas índex: persona identificada amb una ITS que representa el punt de partida de l'estudi de contactes
 - Contacte sexual de risc: persona que ha estat exposada a una ITS per haver tingut RS de risc amb persones infectades
 - Relació sexual de risc: RS amb pràctiques que poden acabar en transmissió d'ITS o VIH
- Mètodes de notificació:
 - **Patient referral**: pacient comunica les parelles.
 - **Provider referral**: professional sanitari comunica.
 - Modalitats mixtes / condicionals (conditional referral / dual referral) segons acord amb pacient.



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 i signatura del metge

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

El professional que diagnostica l'ITS és responsable d'iniciar l'estudi de contactes i notificar-lo al servei de vigilància epidemiològica del territori.

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

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

Font: elaboració pròpia

- 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.
- 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 1 Agost 2019

- 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/>

Moltes gràcies!

