

# **PLA FUNCIONAL D'ITS PROTOCOL CLÍNIC**

**Atenció Primària - ASSiR /  
Unitat clíniques referents d'ITS**

**Àmbit Metropolità  
Sud**

*Any - 2018*





**Alguns drets reservats**

© 2018, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

**Edita:**

Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. ASPCAT.

**1a edició:**

Barcelona, Juliol de 2018

**Assessorament lingüístic:**

Secció de Planificació Lingüística de l'Institut Català de la Salut

**ORGANISMES IMPLICATS**

Catsalut

**Daniel Fernández Ponce**

Director de Sector Sanitari Baix Llobregat Centre-Litoral i l'Hospitalet de Llobregat  
Regió Sanitària Barcelona  
Servei Català de la Salut (Catsalut)

**Núria Puig Roses**

Directora de Sector Sanitari Alt Penedès-Garraf  
Regió Sanitària Barcelona  
Servei Català de la Salut (Catsalut)

**M. Luisa Fernández Farré**

Directora de Sector Sanitari Baix Llobregat Nord  
Regió Sanitària Barcelona  
Servei Català de la Salut (Catsalut)

Gerència Territorial

**Montserrat Figuerola Batista**

Gerència Territorial Metropolitana Sud

Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Barcelona-Sud

**Irene Barrabeig Fabregat**

Cap del Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Barcelona Sud  
Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut

Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent

**Angel Jover Blancas**

Director d'Atenció Primària de Costa de Ponent

Serveis d'Atenció Primària Costa de Ponent

**M. Jesús Megido Badia**

Directora del Servei d'Atenció Primària Baix Llobregat Centre

**Lluís Esteve Balagué**

Director del Servei d'Atenció Primària Delta de Llobregat

**Miquel Perona Pagan**

Director del Servei d'Atenció Primària Alt Penedès- Garraf- Baix Llobregat Nord

### Unitats Clíniques d'Infeccions de Transmissió Sexual:

- Unitat Funcional d'ITS d'Hospital Universitari Bellvitge:  
Dr. Angel Daniel Podzamczek Palter: cap clínic del Servei d'Infeccioses.  
Dra. Maria Saumoy: metgessa adjunt del Servei d'Infeccioses  
Dr. Alexis Rebollo Curbelo: metge del Servei d'urgències
- Unitat Funcional d'ITS d'Hospital de Viladecans  
Dra. Yolanda Fortuño: metgessa del Servei de Dermatologia.  
Sra. Maribel Estévez: DUI gestora de casos i contactes.
- Unitat Funcional d'ITS del Consorci Sanitari Integral: Hospital Moisès Broggi / Hospital General L'Hospitalet de Llobregat  
Dra. Cristina Cortes: cap de Servei Medicina Interna. Hospital Moisès Broggi  
Dra. Elena León: metgessa adjunt Servei Medicina Interna. Hospital Moisès Broggi  
Dr. Ivan Chivite: metge adjunt Servei Medicina Interna. Hospital Moisès Broggi  
Sra. Núria Pons: DUI gestora de casos i contactes. Hospital Moisès Broggi
- Unitat Funcional d'ITS del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat  
Dr. Vicenç Díaz de Brito: cap de la Unitat de Malalties Infeccioses  
Sra. Encarna Moreno Castañeda: DUI gestora de casos i contactes
- Unitat Funcional d'ITS del Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat  
Dra. Dolores Gomez Roig: cap de Servei de Ginecologia  
Dr. Juan José Garcia Garcia: cap de Servei de Pediatria  
Dr. Ton Noguera Julián: metge adjunt del Servei de Pediatria  
Dra. Marta Simó Nebot: metgessa de la Unitat Funcional d'Abusos a Menors
- Unitat Funcional d'ITS del Consorci Sanitari Penedès-Garraf: Hospital Residència Sant Camil  
Dr. Guillermo Verdejo Muñoz: metge del Servei de Medicina Interna
- Unitat Funcional d'ITS de l'Hospital Comarcal del Penedès  
Dra. Lourdes Gabarró: metgessa del Servei de Medicina Interna  
Sra. Anna Risueño: DUI gestora de casos i contactes  
Sra. Anna Otero: DUI gestora de casos i contactes
- Unitat Funcional d'ITS de l'Hospital Sant Joan de Déu, Martorell  
Dra. Helena Monzón Camps: metgessa coordinadora Mèdica de Medicina Interna.  
Dr. Ramon Ros Vallverdu: cap Servei de Ginecologia

**Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Barcelona Sud**

Dra. Irene Barrabeig: cap del Servei de Vigilància Epidemiològica

Sra. Ma Àngels Tarrés: DUI gestora de casos

Sra. Jessica Donaire: DUI gestora de casos i contactes

Sr. Miquel Boldú: DUI gestor de casos

**COORDINACIÓ DEL PROJECTE**

**Irene Barrabeig Fabregat**

Cap del Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública de Barcelona Sud

Subdirecció Regional de Barcelona

Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut

**Maribel Pons Pallàs**

Direcció ASSiR Baix Llobregat Centre

Direcció Assistencial ASSiR Metropolitana Sud

**Àngels Llamas Ruiz**

Llevadora, adjunta a la Direcció de l'ASSiR Baix Llobregat Centre

**AUTORS/ES**

**Josefina Ayats Ardite:** metge adjunt del Servei de Microbiologia i Parasitologia. Hospital Universitari Bellvitge

**Irene Barrabeig Fabregat:** cap del Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Barcelona Sud. Secretaria de Salut Pública.

**Alba Cebollera Agustí:** cap del Servei d'Immunologia i Hormones. Consorci del Laboratori Intercomarcal

**Cristina Cortés Lletget:** cap de Servei Medicina Interna de l'Hospital Moisès Broggi, Consorci Sanitari Integral

**Vicens Diaz de Brito:** cap de la Unitat de Malalties Infeccioses, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat

**Maribel Estévez:** DUI gestora de casos i contactes. Hospital de Viladecans

**Araceli Gonzalez Cuevas:** metge del Servei de Microbiologia. Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat

**Laura González Hernández:** infermera referent ITS. Gestora de contactes. Direcció Atenció Primària Costa de Ponent

**Àngels Llamas Ruiz:** llevadora, adjunta a la Direcció de l'ASSiR Baix Llobregat Centre

**Ton Noguera Julián:** metge adjunt del Servei de Pediatria. Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat

**Maribel Pons Pallàs:** ginecòloga. Direcció de l'ASSiR Baix Llobregat Centre. Direcció Assistencial ASSiR Metropolitana Sud

**Maria Saumoy Linares:** metge adjunt del Servei de Malalties Infeccioses de l'Hospital Universitari Bellvitge

**Marta Simó Nebot:** metgessa de la Unitat Funcional d'Abusos a Menors. Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat

**Gloria Valdelvira Riego:** ginecòloga de l'ASSIR Garraf

### COL-LABORADORS EN LA REDACCIÓ DEL DOCUMENT

**Pilar Alonso:** ginecòloga Baix Llobregat Centre

**Sabina Bel Querol:** ginecòloga ASSIR Baix Llobregat Nord

**Miquel Boldú:** infermer. Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Barcelona Sud

**Mercè Bosch:** llevadora. Gestora casos ASSIR Baix Llobregat Nord

**Laura Calatayud Samper:** metgessa adjunt del Servei de Microbiologia. Hospital Universitari de Bellvitge

**Núria Castellví:** MFiC. SAP Baix Llobregat Centre

**Ivan Chivite:** metge adjunt. Servei Medicina Interna. Hospital Moisès Broggi

**Núria Domingo:** ginecòloga. ASSIR Nord ASSIR Alt Penedès

**Jessica Donaire:** infermera. Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Barcelona Sud

**Anna Felgueroso:** ginecòloga. ASSIR Delta del Llobregat

**Yolanda Fortuño:** metgessa. Servei de Dermatologia. Hospital de Viladecans

**David Frigola:** tècnic CatSalut. Sector Sanitari Baix Llobregat Centre-Litoral i l'Hospitalet de Llobregat

**Dolores Gómez Roig:** cap de Servei de Ginecologia. Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat

**Laia Jofre:** ginecòloga. ASSIR Delta del Llobregat

**Concepción García Baeza:** llevadora. Gestora casos ASSIR Garraf

**Juan José Garcia Garcia:** cap de Servei de Pediatria. Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat

**Susana García Mari:** llevadora. Responsable de l'ASSIR Baix Llobregat Nord

**Lourdes Gabarró:** metgessa. Unitat Funcional d'ITS. Hospital Alt t Penedès

**Encarna Laforet Martínez:** ginecòloga. Responsable de l'ASSIR Alt Penedès

**Elena León:** metgessa adjunt Servei Medicina Interna. Hospital Moisès Broggi

**Juan José Mascort:** MFiC. SAP Baix Delta Llobregat

**Helena Monzón Camps:** metgessa Unitat Funciona d'ITS de l'Hospital Sant Joan de Déu, Martorell

**Encarna Moreno:** infermera. Gestora casos i contactes de l'Unitat Funcional d'ITS. Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat

**Ma Blanca Muntané:** tècnic CatSalut. Sector Sanitari Baix Llobregat Nord

**M. Rosa Olmos Vallejos:** infermera. Gestora de casos SAP Baix Llobregat Centre

**Anna Otero:** infermera. Gestora casos i contactes de l'Unitat Funcional d'ITS. Hospital Alt Penedès

**Marco Paredes:** MFiC. SAP Alt Penedès-Garraf-Nord

**David Pedrazas:** MFiC. SAP Alt Penedès-Garraf-Nord

**Mar Perez Herrera:** MFiC. SAP Alt Penedès-Garraf-Nord

**Angel Daniel Podzamczar:** cap de l'adjunt del Servei d'Infeccioses. Hospital Universitari de Bellvitge.

**Núria Pons:** DUI gestora de casos i contactes. Hospital Moisès Broggi

**Elisenda Prats Rivera:** llevadora. Responsable de l'ASSIR Garraf

**Alexis Rebollo Curbelo:** MFiC. Servei Urgències Hospital Universitari de Bellvitge

**Anna Risueño:** infermera. Gestora casos i contactes de l'Unitat Funcional d'ITS. Hospital Alt Penedès

**Ramon Ros Vallverdu:** cap Servei de Ginecologia l'Hospital Sant Joan de Déu, Martorell

**Marcela Serbassi:** ginecòloga ASSIR Alt Penedès

**Francesc Xavier Sintes Pascual:** tècnic CatSalut. Sector Sanitari Alt Penedès-Garraf

**Lourdes Tamarit:** tècnic CatSalut. Sector Sanitari Baix Llobregat Centre-Litoral i l'Hospitalet de Llobregat

**Marc Tarín:** MFiC. SAP Alt Penedès-Garraf-Nord

**Ma Àngels Tarrés:** infermera. Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Barcelona Sud

**Astrid Tito:** MFiC. SAP Alt Penedès-Garraf-Nord

**Arsenia Torao:** infermera. Gestora casos SAP Alt Penedès

**Gemma Torrell:** directora mèdica. ABS Vilanova III CAPI Baix-a-Mar. Vilanova i la Geltrú

**Dolors Ventura Soriano:** infermera. Gestora casos SAP Delta

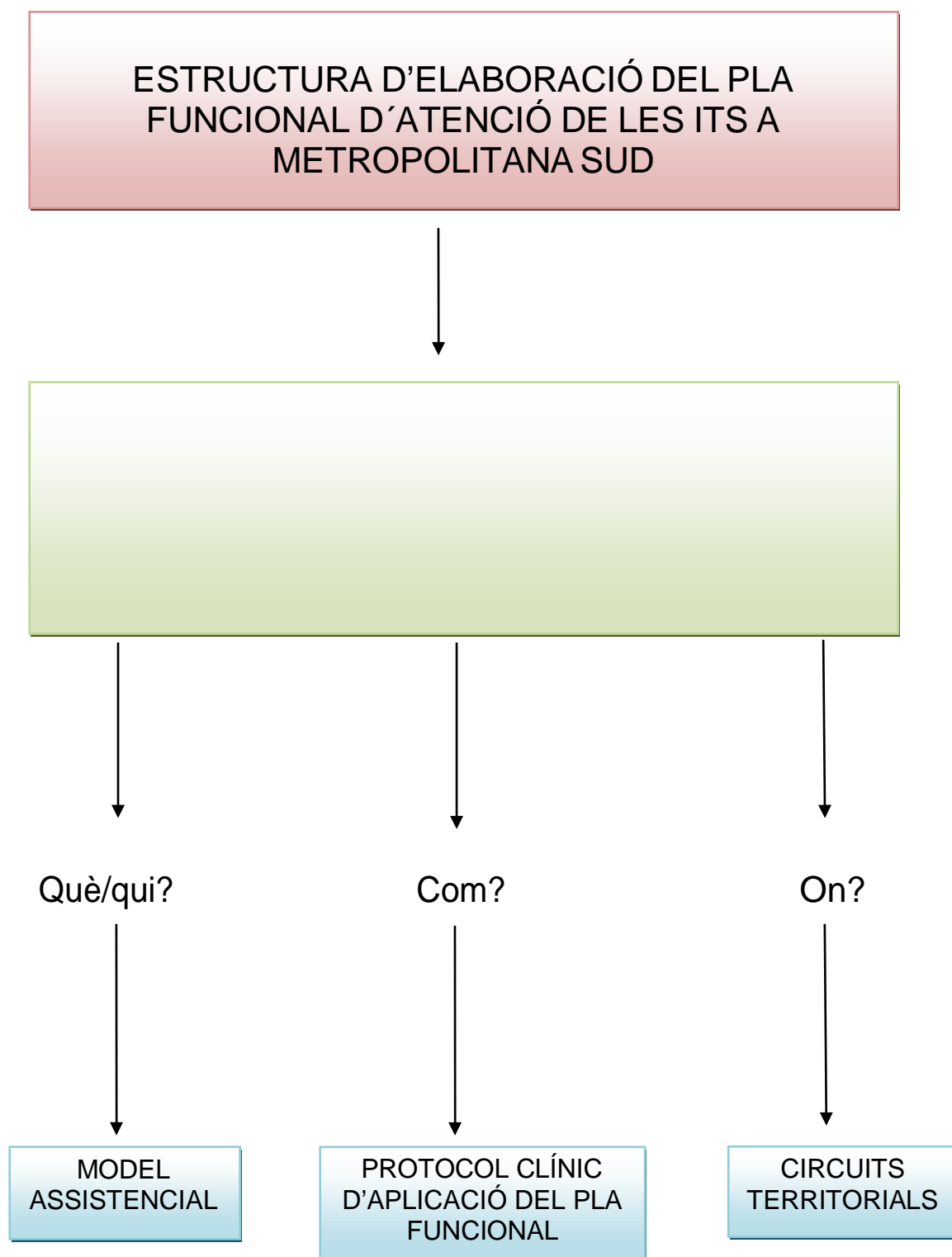
**Guillermo Verdejo Muñoz:** metge. Servei de Medicina Interna. Hospital Residència Sant Camil.

ÍNDEX	Pàgina
<b>Organigrama i estructura d'elaboració del Pla funcional d'ITS</b>	10
<b>Justificació, DAFO i descripció del model assistencial d'ITS</b>	11
<b>Algoritme del model assistencial d'aplicació del Pla funcional d'ITS</b>	16
<b>Introducció al protocol clínic</b>	17
• Dades epidemiològiques actuals	18
• Conclusions	25
<b>CAPÍTOL 1. Avaluació del risc de contraure ITS</b>	27
• Algoritme 1: Dona no gestant	28
• Algoritme 2: Dona gestant	29
• Algoritme 3: Home heterosexual	30
• Algoritme 4: Homes que practiquen sexe amb altres homes	31
<b>CAPÍTOL 2. Infeccions de transmissió sexual en dones segons presentació clínica</b>	32
Criteris d'avaluació del risc de contraure ITS	33
<b>2.1 DONES NO GESTANTS:</b>	
• Dona amb baix risc de contraure ITS	34
• Dona amb alt risc de contraure ITS	34
Vaginitis:	
- Tricomoniasi	35
- Candidiasi	35
- Vaginosi bacteriana	35
Cervicitis:	
- Infecció genital per clamídia	36
- Gonocòccia	36
Úlcères genitals:	
- Sífilis	37
- Herpes genital	38
- Xancre tou	38
- Limfogranuloma veneri	39
- Granuloma inguinal	39
<b>2.2 DONES GESTANTS:</b>	
• Dona amb baix risc de contraure ITS	40
• Dona amb alt risc de contraure ITS	40



<p><b>CAPÍTOL 3. Infeccions de transmissió sexual en homes segons presentació clínica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criteris de avaluació del risc de contraure ITS 42</li> <li>• Classificació clínica per síndromes: 43</li> </ul> <p>Uretritis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gonocòccia 43</li> <li>- Clamídies, micoplasmes i ureaplasmes 43</li> </ul> <p>Úlceres genitals:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sífilis 44</li> <li>- Herpes simple genital 45</li> <li>- Xancre tou 45</li> <li>- Limfogranuloma veneri 46</li> <li>- Granuloma inguinal 47</li> </ul> <p>Proctitis, Epididimitis / orquiepididimitis 47</p>	<p><b>41</b></p>
<p><b>CAPÍTOL 4. Les ITS en edat pediàtrica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'adolescent sexualment actiu 51</li> <li>- L'avaluació clínica de les ITS en l'adolescent sexualment actiu 51</li> <li>- Profilaxi de les ITS en l'adolescent 53</li> <li>- Les ITS en el nen 54</li> <li>- Profilaxi de les ITS en el nen/nen prepuberal víctima d'abús sexual 54</li> <li>- Tractament d'ITS en l'adolescent noi/noia no gestant 54</li> <li>- Tractament d'ITS en l'adolescent gestant 54</li> <li>- Tractament d'ITS en el nen/nena 55</li> </ul>	<p><b>50</b></p>
<p><b>CAPÍTOL 5. Classificació de les infeccions de transmissió sexual segons les síndromes clíniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TAULA 1: Vaginitis 57</li> <li>• TAULA 2: Cervicitis 58</li> <li>• TAULA 3: Úlceres genitals 59</li> <li>• TAULA 4: Uretritis 61</li> <li>• TAULA 5: Proctitis 62</li> <li>• TAULA 6: Orquitis / Epididimitis 63</li> </ul>	<p><b>56</b></p>
<p><b>CAPÍTOL 6. Cribatge de proves diagnòstiques recomanades segons microorganismes i pràctiques sexuals</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TAULA 7: Infecció genital per clamídia 66</li> <li>• TAULA 8: Gonocòccia 68</li> <li>• TAULA 9: Sífilis 70</li> <li>• TAULA 10: Hepatitis B 71</li> <li>• TAULA 11: Infecció per VIH / Sida 72</li> <li>• TAULA 12: Hepatitis A 72</li> <li>• TAULA 13: Hepatitis C 73</li> </ul>	<p><b>64</b></p>

<b>CAPÍTOL 7. Presa de mostres</b>	74
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7.1 Presa de mostres en dones</li> <li>• 7.2 Presa de mostres en homes</li> </ul>	75 83
<b>CAPÍTOL 8. Períodes finestra</b>	89
<ul style="list-style-type: none"> <li>• TAULA 14: Períodes finestra</li> <li>• Figura 1: Evolució dels marcadors d'infecció aguda pel virus de la Hepatitis B</li> <li>• Figura 2: Evolució dels marcadors d'infecció aguda pel virus de la Hepatitis C</li> <li>• Figura 3: Evolució dels marcadors d'infecció aguda pel virus de la immunodeficiència humana</li> </ul>	90 91 91 92
<b>CAPÍTOL 9. Tractament</b>	93
<ul style="list-style-type: none"> <li>• TAULA 15: Tractament per agent causal (microorganisme)</li> <li>• TAULA 16: Tractament de síndromes</li> <li>• Pautes recomanades en situació d'al·lèrgia als tractaments de primera línia</li> <li>• TAULA 17: Control posterior: vaginitis i ITS</li> </ul>	94 95 102 103
<b>CAPÍTOL 10. Estudi de contactes (enllaç amb el <i>Protocol per a l'estudi dels contactes de les persones diagnosticades d'ITS a Catalunya</i>)</b>	104
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algoritme d'actuació</li> </ul>	105
<b>CAPÍTOL 11. Circuits territorials. Ordres clíniques de derivació hospitalària</b>	107
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algoritme 5: Gestió pacients segons Pla funcional ITS Metropolitana Sud</li> <li>• Algoritme 6: Gestió contactes segons Pla funcional ITS Metropolitana Sud</li> <li>• Funcions de referents d'ITS</li> <li>• Gestió de Casos</li> <li>• Gestió de Contactes</li> <li>• Full de registre de contactes</li> <li>• Període per obtenir el cens de contactes segons el diagnòstic del cas índex</li> <li>• Unitat Clíniques d'ITS</li> <li>• Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de SP a Barcelona Sud</li> </ul>	108 109 110 111 112 114 116 117 117
<b>CAPÍTOL 12. Composició de la unitat i fluxos d'interès. Circuit assistencial de les ITS a cada servei</b>	119
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina Familiar i Comunitària</li> <li>• ASSIR</li> <li>• CUAP</li> <li>• Unitats clíniques d'ITS</li> <li>• TAULA 18: Procediment d'atenció a les ITS segons porta d'entrada dels diferents serveis sanitari</li> </ul>	120 121 122 124 125
<b>CRONOGRAMA D'ELABORACIÓ DEL PLA FUNCIONAL D'ITS</b>	127



**MODEL ASSISTENCIAL D'APLICACIÓ DEL PLA FUNCIONAL D'ITS  
METROPOLITANA SUD 2017-2018**

**Justificació**

1. L'atenció actual de les ITS es basa en l'atenció individual del possible cas índex segons diferents protocols o guies clíniques, sense un consens d'àmbits i una revisió en profunditat de l'evidència.
2. Segons el Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Barcelona Sud es compleix, l'enviament de l'enquesta epidemiològica de Medicina Familiar i Comunitària (MFIC), en un percentatge inferior al 50% de mitjana i des dels serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSiR) inferior al 70%.
3. La cadena epidemiològica no es trenca a causa que en poques ocasions es fa el cens de contactes i posteriorment s'hi contactar per fer-ne la derivació per estudi.
4. Les dones que consulten per sospita d'ITS majoritàriament ho fan a l'ASSiR amb una forta adherència al servei, però l'ASSiR no disposa de recursos per assegurar una detecció de cens de contactes amb un professional amb expertesa i temps per fer-ne l'abordatge i assegurar que tenen l'oportunitat de ser derivats a MFIC o a l'ASSiR corresponents per ser estudiats.
5. Els homes que consulten per sospita de patir una ITS ho fan majoritàriament als serveis d'urgències de l'atenció primària: CUAPS o a les urgències hospitalàries, amb cap adherència amb els esmentats serveis i amb un baix percentatge d'homes que tenen un correcte seguiment del seu metge de familiar, perquè un cop són atesos a UCIES i se'ls dona algun tractament, si les molèsties inicials desapareixen el donen per acabat.  
No van al medicina de família per raons de confidencialitat ja que és el professional que atén la parella, els fills, sogres, etc.

Els equips d'atenció primària, igual que l'ASSiR, no tenen recursos per assegurar una detecció de cens de contactes amb un professional expert i amb temps alliberat per fer l'abordatge dels contactes i assegurar que tenen l'oportunitat de ser derivats a MFiC o a l'ASSiR corresponents per ser estudiats.

### RESUM MODEL ACTUAL:

Una atenció a les ITS segons:

- una assistència no protocol·litzada,
- sense circuits territorials consensuats,
- amb un baix seguiment epidemiològic i
- sense incidència en la interrupció de la cadena de contagis. En poques situacions es fa l'estudi de contactes.

L'anàlisi del **DAFO** del model actual presenta:

- **D. Dificultat** en el seguiment dels pacients i a realitzar el cens de contactes pel baix perfil proactiu dels professionals perquè no disposen del recurs de gestionar-lo.
- **Amenaça** que suposa l'augment de la promiscuïtat amb proliferació de nous circuits i pràctiques sexuals que comporten l'augment exponencial de les ITS.
- **F. Fortalesa** basada en professionals conscienciats del desafiament que suposa aquesta nova situació social.
- **O. Oportunitat** de millora amb un pla funcional d'ITS que suposa la necessitat de revisar en profunditat l'evidència científica en matèria clínica, diagnòstica i terapèutica i de crear un model assistencial nou, consensuat territorialment i que estigui basat en un marc de qualitat assistencial i de seguretat del pacient.

### Descripció del model assistencial d'atenció a les ITS

1. Basat en el **CONSENS** treballat entre l'atenció a la salut sexual i reproductiva, l'atenció familiar i comunitària, unitats clíniques d'ITS, hospitals i laboratoris de l'àmbit i el Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Barcelona Sud en el període 2016-2017.
2. Basat en un **MODEL DE QUALITAT I SEGURETAT DEL PACIENT**.

Es fonamenta en 5 elements d'acció:

1. Atenció clínica de qualitat amb formació consensuada i homogènia.
2. Gestió de casos de cada SAP.
3. Gestió de contactes de la DAP Costa de Ponent.
4. Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Barcelona Sud interrelacionada amb l'atenció primària/ASSiR i les unitats clíniques hospitalàries d'ITS mitjançant la gestora de contactes i els gestors de casos.
5. Referents clínics o consultors clínics d'atenció primària i de l'ASSiR.

1. **ATENCIÓ CLÍNICA.** La sol·licitud atesa en origen assegura una atenció oportunista i per la qual en qualsevol moment i en qualsevol de les portes d'entrada de la sol·licitud s'apliqui el PROTOCOL CLÍNIC elaborat i consensuat de Metropolitana Sud:

- a. **Medicina Familiar i Comunitària (MFIC) i Equip d'Atenció Primària (EAP)**
- b. **Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSiR)**
- c. **Centres d'urgències d'atenció primària (CUAP)**
- d. **Unitats clíniques d'ITS, majoritàriament ubicades a l'hospital**
- e. **Urgències hospitalàries**
- f. **Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Barcelona Sud (UVE)**

El professional clínic que rep la sol·licitud ha de determinar si el cas compleix els criteris de risc, definits en el protocol clínic, a partir dels quals s'han de derivar, segons el gènere i les pràctiques sexuals, unes accions:

- a) Clíniques: diagnòstiques, terapèutiques i de seguiment. Així com cribratge d'altres ITS, i
- b) Epidemiològiques: enquesta epidemiològica i cens de contactes.

2. **GESTIÓ DE CASOS D'ITS** de cada SAP és una *nova figura* en el circuit assistencial de les ITS, és un professional facultatiu o de perfil DUI assignat a cada SAP. Rep la reclamació de les enquestes epidemiològiques no emplenades i dels casos índex que no consta que s'hagi enviat cap cens de contactes. Contacta amb el professionals i assegura que tots els casos índex tenen l'enquesta epidemiològica enviada a Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Barcelona Sud (UVE) i tracta d'aconseguir un

cens de cada cas índex, per enviar-lo a la Gestora de Contactes, mitjançant la sol·licitud al professional clínic que l'ha atès o contactant personalment amb el cas índex. Rep informació des de la UVE dels diagnòstics confirmats i **assegura** que el seguiment és l'adequat.

3. **GESTIÓ DE CONTACTES.** La Gestora de Contactes de la DAP Costa de Ponent **es una nova figura** assignada a la DAP Costa de Ponent amb perfil infermer comunitària que rep tots els censos de contactes captats pels professionals clínics. **S'assegura** per primer cop la tasca de captació dels contactes i la derivació per ser estudiats a l'ASSiR corresponent, en el cas de les dones, o a l'MFiC, en el cas dels homes.

*Tres excepcions:*

- a) Els contactes que no volen ser atesos pel capçalera o l'ASSiR haurien de ser derivats a les unitats clíniques d'ITS que segons on visquin els contactes els corresponguin, majoritàriament ubicades als diferents serveis hospitalaris.
- b) Els contactes d'alt risc per les pràctiques sexuals: l'home que té sexe amb homes, treballadors/es del sexe comercial en qualsevol modalitat, l'home usuari del sexe comercial i han de ser enviats per al control i cribratge directament a les unitats clíniques d'ITS.
- c) Els contactes que no són de Metropolitana Sud, la gestora de contactes els ha d'enviar a la UVE que ha de gestionar la derivació als centres sanitaris que els correspongui de qualsevol punt de Catalunya o de l'Estat mitjançant la comunicació amb les UVE corresponents.

4. **El Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Barcelona Sud assegura** que totes les ITS de notificació obligatòria, ja sigui per la declaració dels metges que han visitat (MDI) el pacient o pels diagnòstics d'ITS de laboratori (SNMC) tinguin completat el procediment epidemiològic: notificació obligatòria amb l'enquesta epidemiològica de cas. A més del cens de contactes. Els casos que no t'ho tinguin els reclamarà a la gestora de casos.

Ha de treballar en estret contacte amb la Gestora de Contactes i els gestors de casos el seguiment dels estudis de contactes i l'aparició de nous casos índex.

Ha de detectar els casos relacionats (brots epidèmics) i ha de realitzar l'estudi de contactes de fonts comunitàries (saunes, pisos de prostitució, etc.).

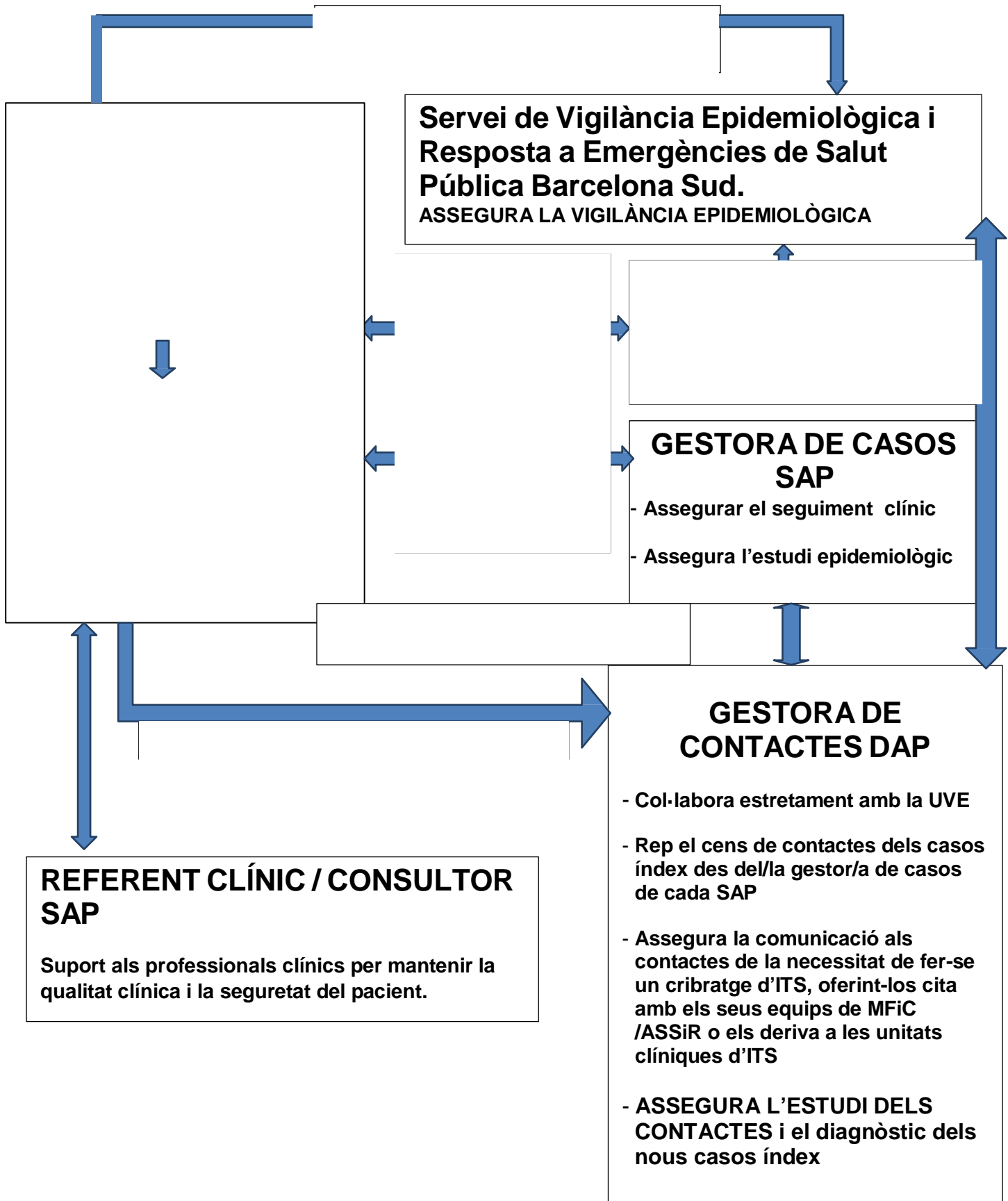
Ha de retornar la informació i analitzar les dades notificades.

5. **Els REFERENTS CLÍNICS** de Medicina Familiar i Comunitària i de l'ASSiR, amb perfil facultatiu, són els **CONSULTORS CLÍNICS** d'APS que hauran de donar resposta a qualsevol dubte, pregunta o incidència que els professionals clínics d'APS presenten, i hauran de ser assignats segons la disponibilitat i les característiques.

A més, hauran **d'assegurar** la qualitat assistencial i donar suport als professionals clínics per tal d'assolir-la, i han de participar, amb l'ASSiR, en la difusió del Pla funcional i formació dels equips assistencials d'atenció primària Metropolitana Sud.



ALGORITME DEL MODEL ASSISTENCIAL D' APLICACIÓ DEL PLA FUNCIONAL D'ITS METROPOLITANA SUD



### INTRODUCCIÓ AL PROTOCOL CLÍNIC

Les infeccions de transmissió sexual (ITS) són en aquest moment el problema prioritari de salut pública de Catalunya.

Les ITS són les malalties causades per agents infecciosos i parasitaris en les quals la transmissió sexual té importància epidemiològica.

Per aquesta via es poden transmetre més de trenta malalties bacterianes, víriques, fúngiques, protozoàries i d'artròpodes.

Les ITS esdevenen un problema de salut pública important pels motius següents:

- a) La morbiditat elevada. Les ITS constitueixen la segona causa entre les malalties declarades a Europa, només precedides per les infeccions del tracte respiratori.
- b) Les invalideses i seqüeles importants que es poden produir si no hi ha un diagnòstic precoç i un tractament adequat. La gonocòccia i les infeccions genitals per clamídies se solen presentar en les dones de forma asimptomàtica.
- c) Quan no se segueix cap tractament, o si aquest no és l'adequat, poden donar lloc a una sèrie de complicació i seqüeles com la malaltia inflamatòria pèlvica (MIP), els embarassos ectòpics i la infertilitat.
- d) També s'ha evidenciat que els virus del papil·loma humà (VPH) estan relacionats amb els carcinomes cervical, anal, vulvar i de cavitat oral.
- e) Les dones embarassades poden transmetre aquestes malalties per via transplacentària i es poden produir complicacions en la gestació com avortaments espontanis, corioamnionitis, prematuritat, nadons de baix pes o infeccions congènites.
- f) També es poden transmetre en el moment del part o durant la primera etapa de la vida per la relació estreta que hi ha entre la mare i la criatura, i desencadenar entre altres complicacions les oculars i pulmonars en els nadons.
- g) A hores d'ara, hi ha nombrosos treballs que mostren l'associació entre la infecció pel VIH-1 i les ITS clàssiques. Diversos estudis observacionals han indicat un increment del risc d'infecció pel VIH de dos a cinc cops en persones que presenten altres ITS ulceratives o no ulceratives.

Els patògens responsables d'ITS ulceratives que s'han relacionat amb el VIH han estat *T. pallidum*, *H. ducreyi* i el virus herpes *símplex*, i entre els causants d'ITS no ulceratives, *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* i *T. vaginalis*. També s'ha observat que la vaginosi bacteriana està relacionada amb el risc d'infecció pel VIH.

### **Objectius del procés d'atenció, prevenció i control de les ITS**

Detectar els malats i els pacients infectats d'ITS

- Diagnosticar, al més aviat possible, tots els pacients amb aquestes infeccions, fer-los el tractament i fer-los seguir un control.
- Disposar del cens de contactes i fer-ne l'estudi
- Seguir tots els contactes infectats fins a la curació o el control.

### **DADES EPIDEMIOLÒGIQUES ACTUALS**

La vigilància epidemiològica de les ITS, que és una de les tasques de la Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya, fa servir principalment dos sistemes de notificació (Decret Departament de Salut: LINK)

**1. Sistema de malalties de declaració obligatòria (MDO)**, segons el qual, el professional de l'àmbit públic i el del privat han de notificar les ITS per sospita clínica, fent servir els criteris consensuats de les malalties que cal declarar.

Pel que fa a les ITS, les malalties que s'han de declarar al sistema de malalties de declaració obligatòria són: la sífilis infecciosa, la infecció gonocòccica, la infecció genital per *Clamídia trachomatis*, el limfogranuloma veneri, la infecció pel VIH/sida, la sífilis congènita, l'oftàlmia neonatal per gonococ i clamídia i la pneumònia neonatal per clamídia.

Aquestes malalties s'han de declarar individualment, i el procediment de notificació, sempre que sigui possible, s'ha de fer telemàticament, encara que també es pot dur a terme mitjançant un imprès de notificació individualitzada en paper.

La definició de cas sospitós i confirmat de les ITS està en el document *Definició de cas de les malalties de declaració obligatòria* que elabora anualment el Departament de Salut.

**2. Sistema de notificació microbiològica de Catalunya (SNMC)**. L'SNMC, que fins no fa gaire havia estat un sistema de notificació voluntària, ara, ja és obligatori per a tots els professionals sanitaris que treballen als laboratoris de microbiologia de Catalunya.

Pel que fa a les ITS es notifiquen de manera rutinària: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, virus herpes simple, *Treponema pallidum*, *Trichomonas vaginalis*, VIH/sida, virus hepatitis A, B i C.

S'han de notificar en el moment en què es confirmen, i el procediment, sempre que sigui possible, s'ha de fer a través de mitjans electrònics (connexió telemàtica) durant la setmana de la determinació del cas.

En aquest informe es presenten, per primer cop, de manera integrada les dades de les infeccions de transmissió sexual (ITS) provinents del sistema de malalties de declaració obligatòria (MDO) i de l'SNMC.

### **Sífilis infecciosa**

L'any 2016, es van notificar 1.447 casos de sífilis, el que representa una taxa global de 20,3 casos per 100.000 habitants.

El 90% (1.299) dels casos va ser homes amb una taxa d'incidència de 38 casos per 100.000 habitants mentre que les dones presentaven una taxa de 4 casos per 100.000 habitants. La raó home/dona va ser de 7.

La mitjana d'edat dels casos va ser de 41 anys. El 44% del total de casos notificats tenia de 25 a 39 anys, un 8% era menor de 25 anys i hi havia un cas menor de 15 anys.

Del total de casos en què constava el país d'origen (31%), el 40% dels casos es va notificar de persones no nascudes a l'Estat. Del total (309), el 57% eren persones llatinoamericanes i caribenyes.

Dels casos amb enquesta epidemiològica, el 73% va ser els homes que tenien sexe amb altres homes, seguit dels homes i les dones heterosexuales (10% i 5%, respectivament).

La proporció de casos de sífilis amb una coinfecció pel VIH en el moment del diagnòstic va ser del 24%, i va ser del 29% en el cas dels homes que practicava sexe amb altres homes (HSH).

**La taxa global de sífilis s'ha incrementat i s'ha incrementat de 3,2 casos per 100.000 habitants l'any 2007, a 20,6 casos l'any 2016.** Aquest increment ha estat tres cops superior en els homes que en les dones.

Les tendències dels casos de sífilis, segons la via de transmissió, mostren el gran augment del nombre de casos en HSH, que ha passat de 94 casos l'any 2007 a 427

l'any 2016: en els homes s'observa un lleuger increment i en les dones un lleuger descens.

Respecte al Sector Sanitari Baix Llobregat Centre Litoral i L'Hospitalet del Llobregat, es van notificar 139 casos de sífilis infecciosa (taxa d'incidència 15 casos/100.000 habitants), quant al Sector Sanitari Baix Llobregat Nord, hi va haver 12 casos (taxa d'incidència 8,1 casos/100.000 habitants), i als sectors sanitaris Garraf i Alt Penedès, hi va haver 53 casos (taxa d'incidència 21,8 casos/100.000 habitants).

### **Sífilis congènita**

Durant l'any 2016, es va notificar un cas de sífilis congènita a Catalunya que es va confirmar.

### **Gonocòccia**

L'any 2016, es van notificar 2.704 casos de gonocòccia, el que representa una taxa global de 38,0 casos per 100.000 habitants.

Els homes han representat el 84% (2.263) dels diagnòstics amb una taxa de 66 casos per 100.000 habitants mentre que les dones han presentat una taxa de 12 casos per 100.000 habitants. La raó home: dona va ser de 5.

La mitjana d'edat dels casos va ser de 33 anys. El 55% del total de casos notificats al 2016 tenia de 25 a 39 anys, un 24% era menor de 25 anys i hi va haver 13 casos en menors de 15 anys (0,5%).

Del total de casos en què constava el país d'origen (46%), el 31% dels casos es van notificar de persones nascudes fora de l'Estat. Del total (379), el 48% era llatinoamericà i caribeny.

Del total de casos notificats, l'enquesta epidemiològica es va emplenar en 873 casos, el que representa el 32%. D'aquests, l'orientació sexual més freqüent va ser la dels homes que tenien sexe amb altres homes (46%), seguida de la dels homes heterossexuals (22%) i les dones (17%).

La proporció de casos de gonocòccia amb una coinfecció pel VIH en el moment del diagnòstic va ser del 5%, i va ser del 9% en el cas dels HSH.

**La taxa global de gonocòccia s'ha incrementat, i s'ha incrementat del 5,3 per 100.000 habitants el 2007, a 38 casos al 2016 i s'ha incrementat el doble en dones que en homes.**

Les tendències dels casos de gonocòccia, segons la via de transmissió, mostren el gran augment del nombre de casos en HSH: de 56 casos el 2007 a 404 l'any 2016; en dones heterosexuales els casos han passat de 14, el 2007, a 150, el 2016; i en els homes heterosexuales, els casos han passat de 51, el 2007, a 194, el 2016.

Quant als sectors sanitaris, Baix Llobregat Centre Litoral i L'Hospitalet del Llobregat va notificar 293 casos de gonocòccia (taxa d'incidència 31,6 casos/100.000 habitants); Baix Llobregat Nord 21 casos (taxa d'incidència 14,2 casos/100.000 habitants) i Garraf i Alt Penedès 65 casos (taxa d'incidència 26,7 casos/100.000 habitants).

### **Infecció genital per clamídia (excloent-ne el limfogranuloma veneri)**

L'any 2016, es van notificar 3.931 casos de d'infecció per *Chlamydia trachomatis*, el que representa una taxa global de 55 casos per 100.000 habitants.

El 61% dels casos va ser dones i el 39% homes, les taxes de 65 i 45 casos per 100.000 habitants, respectivament. La raó home- dona va ser de 0,6. La mitjana d'edat dels casos va ser de 28 anys. El 44% del total de casos notificat al 2016 tenia de 25 a 39 anys, un 42% era menor de 25 anys i 19 casos eren menors de 15 anys (0,5%).

Del total de casos en què constava el país d'origen (67%), el 39% dels casos es va notificar de persones nascudes fora de l'Estat. Del total (1886), el 52% era llatinoamericà i caribeny.

La mostra biològica recollida en major nombre per al diagnòstic d'infecció per *Chlamydia trachomatis* va ser l'exsudat endocervical (79%), en el cas de les dones, i l'orina (36%) i l'exsudat uretral (35%) en el cas dels homes.

Els 1.027 en què es va emplenar l'enquesta epidemiològica, l'orientació sexual més freqüent va ser la de les dones heterosexuales (70%), seguida de la dels homes heterosexuales (16%) i la dels HSH (10%).

La proporció de casos de clamídia amb una coinfecció pel VIH en el moment del diagnòstic va ser del 2,8%, i va ser del 24% en el cas dels HSH.

**La taxa global de clamídia s'ha incrementat i s'ha incrementat de 9,5 casos per 100.000 habitants el 2011, a 55 casos al 2016. Aquest increment ha estat dos cops superior en les dones que en els homes.**

Respecte als sectors sanitaris, Baix Llobregat Centre Litoral i L'Hospitalet del Llobregat va notificar 209 casos d'infecció genital per clamídia (taxa d'incidència 22,6 casos/100.000 habitants); Baix Llobregat Nord, 37 casos, (taxa d'incidència 25,1 casos/100.000 habitants) i Garraf i Alt Penedès, 104 casos, (taxa d'incidència 42,8 casos/100.000 habitants).

### **Limfogranuloma veneri (LGV)**

L'any 2016 es van notificar 140 casos d'LGV, un 3% més respecte al de l'any anterior, amb una taxa d'incidència d'1,97 casos per 100.000 habitants. El 100% dels casos va ser d'homes, amb una mitjana d'edat de 38 anys. El 71% del total de casos notificats al 2016 tenia de 25 a 39 anys, i un 19% era menor de 25 anys.

Del total de casos en què constava el país d'origen (85%), el 39% dels casos notificats eren de persones nascudes fora de l'Estat. Del total (55), el 58% va ser de persones llatinoamericanes i caribenyes, i el 33% de persones provinents de l'Europa Occidental.

En els 88 casos en què es va emplenar l'enquesta epidemiològica, s'observa que el 80% era d'homes que tenien relacions sexuals amb altres homes, i que el 16% d'aquests casos tenia una coinfecció amb el VIH en el moment del diagnòstic d'LGV.

**El nombre de casos de notificacions d'LGV ha anat augmentant des de 2007,** quan es va començar la vigilància d'aquesta infecció. L'LGV afecta principalment a HSH, tot i que també s'ha notificat algun cas en homes heterosexuais.

Respecte als sectors sanitaris, Baix Llobregat Centre Litoral i L'Hospitalet del Llobregat va notificar 13 casos d'LGV (taxa d'incidència 1,4 casos/100.000 habitants); Baix Llobregat Nord, 1 cas, (taxa d'incidència 0,7 casos/100.000 habitants) i Garraf i Alt Penedès, 2 casos, (taxa d'incidència 0,8 casos/100.000 habitants).

### **Infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH)**

L'any 2016, el nombre de nous diagnòstics de VIH a Catalunya va ser de 781, el que representa una taxa de 10,9 casos per 100.000 habitants després de corregir-la pel retard de notificació. L'any 2016, Catalunya va presentar una de les taxes més altes de diagnòstics nous de VIH de la Unió Europea en què la mitjana és de 6,3 casos per 100.000 habitants.

Les dones presenten una taxa de 2,9 casos per 100.000 habitants (Figura 2). La raó home:dona va ser de 7.

La mitjana d'edat dels casos és de 37 anys. El 40% del total de nous diagnòstic de VIH al 2016 tenia de 30 a 39 anys, el 33% tenia 40 anys o més i un 27% era menor de 30 anys. No hi ha hagut cap cas de transmissió vertical.

Quant al lloc d'origen dels casos, el 42% dels casos es van diagnosticar de persones nascudes fora de l'Estat. Del total (273), el 58% eren persones llatinoamericanes i caribenyes.

La via de transmissió més freqüent ha estat la dels HSH (62%), seguida de la dels homes heterosexuales (12%), la de les dones heterosexuales (10%) i la dels UDVP (7%).

**Globalment, el nombre de casos de VIH per 100.000 habitants s'ha mantingut estable els anys 2007-2016**, tot i que segons sexe en els homes s'observa un augment del 10% en el nombre de nous diagnòstics per 100.000 mentre que en les dones s'observa un descens del 40% en el nombre de nous diagnòstics de VIH.

Pel que fa als sectors sanitaris, Baix Llobregat Centre Litoral i L'Hospitalet del Llobregat va notificar 74 casos d'infecció pel VIH (taxa d'incidència 8,0 casos/100.000 habitants), Baix Llobregat Nord 7 casos (taxa d'incidència 4,7 casos/100.000 habitants) i Garraf i Alt Penedès 15 casos (taxa d'incidència 6,2 casos/100.000 habitants).

### Sida

L'any 2016, el nombre total casos de sida declarats ha estat de 94, el que representa una taxa global d'1,3 casos per 100.000 habitants.

El 73% dels casos correspon a homes i el 27% a dones amb una raó home:dona de 3.

Les malalties indicadores de sida més freqüents han estat la pneumònia per *Pneumocystis jirovecii* (29%), la candidiasi esofàgica (15%), el sarcoma de Kaposi (14%) i la tuberculosi pulmonar o extrapulmonar (10%).

Des de l'any 1998, **la disminució anual del nombre de casos de sida és menor i més gradual**, cosa que reflecteix l'estabilització de l'efecte de les noves teràpies en la incidència de casos de sida.

Quant als sectors sanitaris, Baix Llobregat Centre Litoral i L'Hospitalet del Llobregat va notificar 14 casos de sida (taxa d'incidència 1,5 casos/100.000 habitants), Baix Llobregat Nord 2 casos (taxa d'incidència 1,4 casos/100.000 habitants) i Garraf i Alt Penedès 4 casos (taxa d'incidència 1,6 casos/100.000 habitants).



### Herpes simple

L'any 2016, es van notificar 795 casos d'infecció per herpes simple a l'SNMIC, el que representa una taxa global d'11 casos per 100.000 habitants.

En global, el 68% dels casos correspon a dones i el 32% a homes, i les taxes són de 14 i 7 casos per 100.000 habitants, respectivament. La raó home-dona va ser de 0,5. La mitjana d'edat dels casos va ser de 35 anys. El 45% del total de casos notificats al 2016 tenia de 25 a 39 anys, un 23% era menor de 25 anys i 3 casos eren menors de 15 anys (0,4%).

Pel que fa al lloc d'origen dels casos, el 72% dels casos va ser notificat de persones nascudes fora de l'Estat. Del total (568), el 59% era de persones llatinoamericanes i caribenyes.

El diagnòstic microbiològic d'aquesta infecció s'ha realitzat, principalment, mitjançant tècniques de biologia molecular (PCR), seguides de cultiu. En 724 casos (91%) es va informar del tipus: 607 (84%) van ser virus herpes simple tipus II i 117 (16%) tipus I.

**La taxa global d'herpes simple s'ha incrementat de 5 casos per 100.000 habitants el 2011, a 11 casos el 2016. Aquest increment ha estat dos cops superior en les dones que en els homes.**

### Tricomoniasi

L'any 2016 es van notificar 643 casos d'infecció per *Trichomonas vaginalis* a l'SNMC, el que representa una taxa global de 9 casos per 100.000 habitants.

El 96% dels casos va ser dones i el 0,8% homes, i les taxes van ser de 17 i 0,8 casos per 100.000 habitants, respectivament.

La mitjana d'edat dels casos va ser de 39 anys. El 45% del total de casos notificats al 2016 tenia de 25 a 39 anys i un 32% era més gran de 39 anys.

Pel que fa al lloc d'origen dels casos, el 45% dels casos va ser notificat de persones nascudes fora de l'Estat. Del total (216), el 48% era de persones llatinoamericanes i caribenyes.

La mostra biològica recollida més cops per al diagnòstic d'infecció per *Trichomonas vaginalis* va ser l'exsudat vaginal. El cultiu va ser la tècnica més utilitzada per al diagnòstic.

### Conclusions

- A Catalunya, els últims deu anys, s'ha produït un important augment en la declaració de totes les infeccions de transmissió sexual, cosa que reflecteix, d'una banda, la millora dels sistemes de vigilància epidemiològica i, de l'altra, un increment de la incidència real d'aquestes infeccions.
- La disparitat en la taxa de casos de sífilis dels homes respecte a la de les dones suggereix que l'increment és principalment causat per la transmissió entre els homes.
- La proporció de casos de sífilis en HSH és superior que la dels casos de gonocòccia, cosa que suggereix que l'increment de la transmissió entre els HSH ha contribuït significativament a la tendència.
- La tendència de la sífilis al nostre medi es pot explicar per una millora en la detecció dels casos i en la notificació, però també els canvis en les conductes sexuals, especialment en HSH, estan contribuint que la sífilis augmenti.
- L'alt nombre de casos de gonococ notificats es pot explicar en part per un augment de l'ús de tècniques més sensibles al diagnòstic com són les tècniques de biologia molecular. També els canvis en les polítiques de cribratge sobretot en els HSH. Els canvis en les conductes sexuals, especialment en HSH, també estan contribuint a aquesta tendència, tal com es veu amb altres ITS com la sífilis i el VIH.
- L'increment dels casos de gonocòccia notificats és preocupant per la possibilitat d'aparició de resistències antimicrobianes. Per això, cal implementar un sistema de vigilància de la sensibilitat antibiòtica de *Neisseria gonorrhoeae* amb l'objectiu global de contribuir al pla de resposta per prevenir la propagació de *Neisseria gonorrhoeae* multiresistent als antibiòtics.
- L'increment dels casos notificats de clamídia genital es deu a la combinació de la millora en les tècniques de diagnòstic, a un increment de la detecció i a una millora dels sistemes de vigilància. La interpretació de la situació epidemiològica d'aquesta infecció és difícil ja que és una infecció de naturalesa asimptomàtica i, per tant, el diagnòstic depèn de les polítiques de cribratge i diagnòstic.

- La distribució de les ITS no és igual a la població perquè afecta sobretot joves menors de 25 anys i HSH. És essencial millorar la conscienciació del risc, promoure els comportaments sexuals més segurs i garantir l'accés a la detecció de les ITS.
- Tot i que els últims cinc anys el nombre de diagnòstics de VIH per 100.000 habitants a Catalunya s'ha mantingut estable, el VIH es manté en xifres molt altes, cosa que reflecteix, d'una banda, que la transmissió persisteix i, de l'altra, que els esforços del cribratge i diagnòstic precoç es mantenen.
- Es manté la tendència d'augment del nombre de diagnòstics de VIH en HSH amb un increment aproximat d'un 44% en la dècada (2007 – 2016).

**CAPÍTOL 1**

**AVALUACIÓ DEL RISC DE CONTRAURE ITS**

**•ALGORITME 1: DONA NO GESTANT**

**•ALGORITME 2: DONA GESTANT**

**• ALGORITME 3: HOME HETEROSEXUAL:**

- 1. HOMES QUE PRACTIQUEN PROSTITUCIÓ**
- 2. HOMES USUARIS DE SEXE COMERCIAL**

**• ALGORITME 4: HOMES QUE PRACTIQUEN SEXE AMB ALTRES HOMES (HSH)**

ALGORITME 1. DONA NO GESTANT

**CRITERIS D'AVALUACIÓ DEL RISC DE CONTRAURE ITS**

Dones sexualment actives amb:

- Parella nova en els últims dos mesos.
- Més d'una parella en l'últim any.
- Parelles amb comportament de risc.
- ITS anterior o concurrent.
- Intercanvi de sexe per diners o drogues.
- Ús inconsistent de preservatiu en parelles no monògames.

**BAIX RISC**

**ALT RISC**

**ASIMPTOMÀTICA**

**SIMPTOMÀTICA**

**SIMPTOMÀTICA**

**ASIMPTOMÀTICA**

**Actualització del cribatge de càncer de cèrvix** segons protocols vigents

- Inspecció de l'àrea ano-genital i vaginal.
- Avaluació del flux vaginal: pH i test d'amines
- Examen en fresc (microscopi)
- Cultiu vaginal, si cal.
- Tractament empíric o específic segons diagnòstic.
- Actualització del cribatge de càncer de cèrvix segons protocols vigents.

- Diagnòstic**
- Inspecció de l'àrea ano-genital i vaginal.
  - Si *vaginitis*: tricomoniasi
  - Si *cervicitis*: clamídia i gonococ
  - Si *úlceres*: sífilis, herpes, xancre tou.

- + Cribatge d'ITS**
- \* *Infecció genital clamídia*
  - \* *Gonococ*
  - \* *Sífilis*
  - \* *Infecció VIH*
  - \* *Hepatitis B* (vacunació si cal)
  - \* *Hepatitis C* (drogues parenterals)
  - \* *Hepatitis A* (relacions rectals)
- Actualització del cribatge de càncer de cèrvix** segons protocols

**Actualització del cribatge de càncer de cèrvix** segons els protocols vigents

- + Cribatge d'ITS**
- \* *Infecció genital clamídia*
  - \* *Gonococ*
  - \* *Sífilis*
  - \* *Infecció VIH*
  - \* *Hepatitis B* (vacunació si cal)
  - \* *Hepatitis C* (drogues parenterals)
  - \* *Hepatitis A* (relacions rectals)

Si comportament de risc: mínim un cop/any

- Comunicació dels resultats
- Inici o revisió de tractament segons resultats
- Educació sanitària
- Estudi de contactes en cas d'ITS (si és possible)
- Notificació MDO al Servei de vigilància epidemiològica, en cas d'ITS (telemàtica via ECAP)
- Seguiment fins a la curació o derivació al nivell que necessita

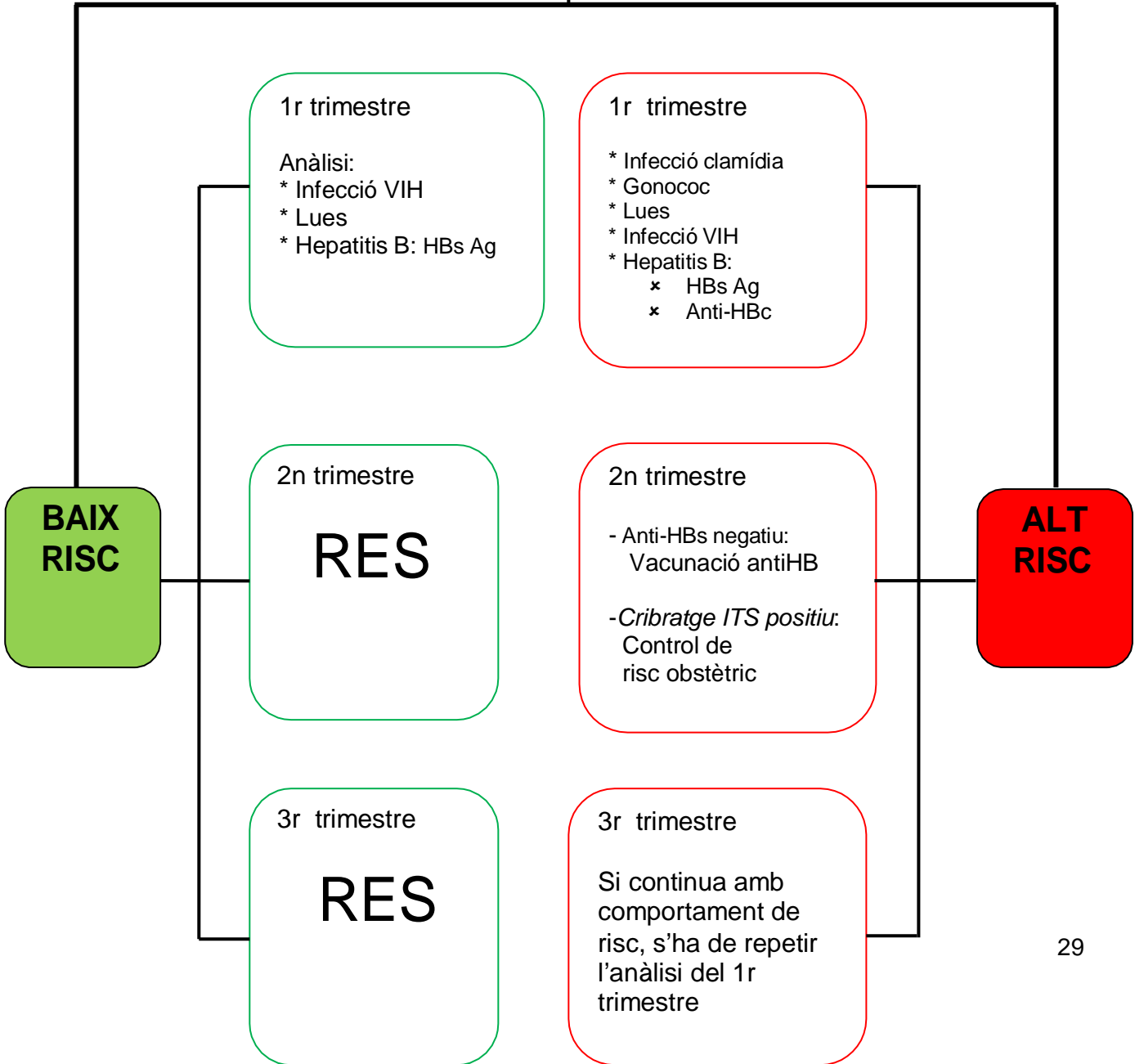
Si cribatge positiu

ALGORITME 2. DONA GESTANT

GESTACIÓ + ITS = GESTACIÓ DE RISC → CONTROL ARO

CRITERIS D'AVALUACIÓ DEL RISC DE CONTRAURE ITS

- Dones sexualment actives amb:
- Parella nova en els últims dos mesos.
  - Més d'una parella en l'últim any.
  - Parelles amb comportament de risc.
  - ITS anterior o concurrent.
  - Intercanvi de sexe per diners o drogues.
  - Ús inconsistent de preservatiu en parelles no monògames.



ALGORITME 3. HOME HETEROSEXUAL

**CRITERIS D'AVALUACIÓ DEL RISC DE CONTRAURE ITS**

Homes sexualment actius amb:

- Parella nova en els últims dos mesos.
- Més d'una parella en l'últim any.
- Parelles amb comportament de risc.
- ITS anterior o concurrent.
- Intercanvi de sexe per diners o drogues.
- Ús inconsistent de preservatiu en parelles no monògames.

**Homes heterosexuales de risc**

**SIMPTOMÀTIC**

**Diagnòstic**

- Valoració clínica i de les àrees afectades: genital, anal, perianal, orofaringe
- Si *uretritis*: clamídia, gonococ
- Si *úlceres*: sífilis, herpes, limfogranuloma veneri, xancroide, granuloma inguinal
- Altres presentacions clíniques:
  - Primoinfecció VIH: infecció vies altes, meningitis, rash
  - Secundaris mes sífilítics: rash, meningitis, etc.
  - Hepatitis

+

**Cribratge d'ITS**

- \* Sífilis
- \* Infecció VIH
- \* Hepatitis B: vacunació si cal
- \* Hepatitis C (drogues parenterals)

**ASIMPTOMÀTIC**

**Cribratge d'ITS**

- VIH
- Sífilis
- Hepatitis B: vacunació si cal
- Hepatitis C (drogues parenterals)

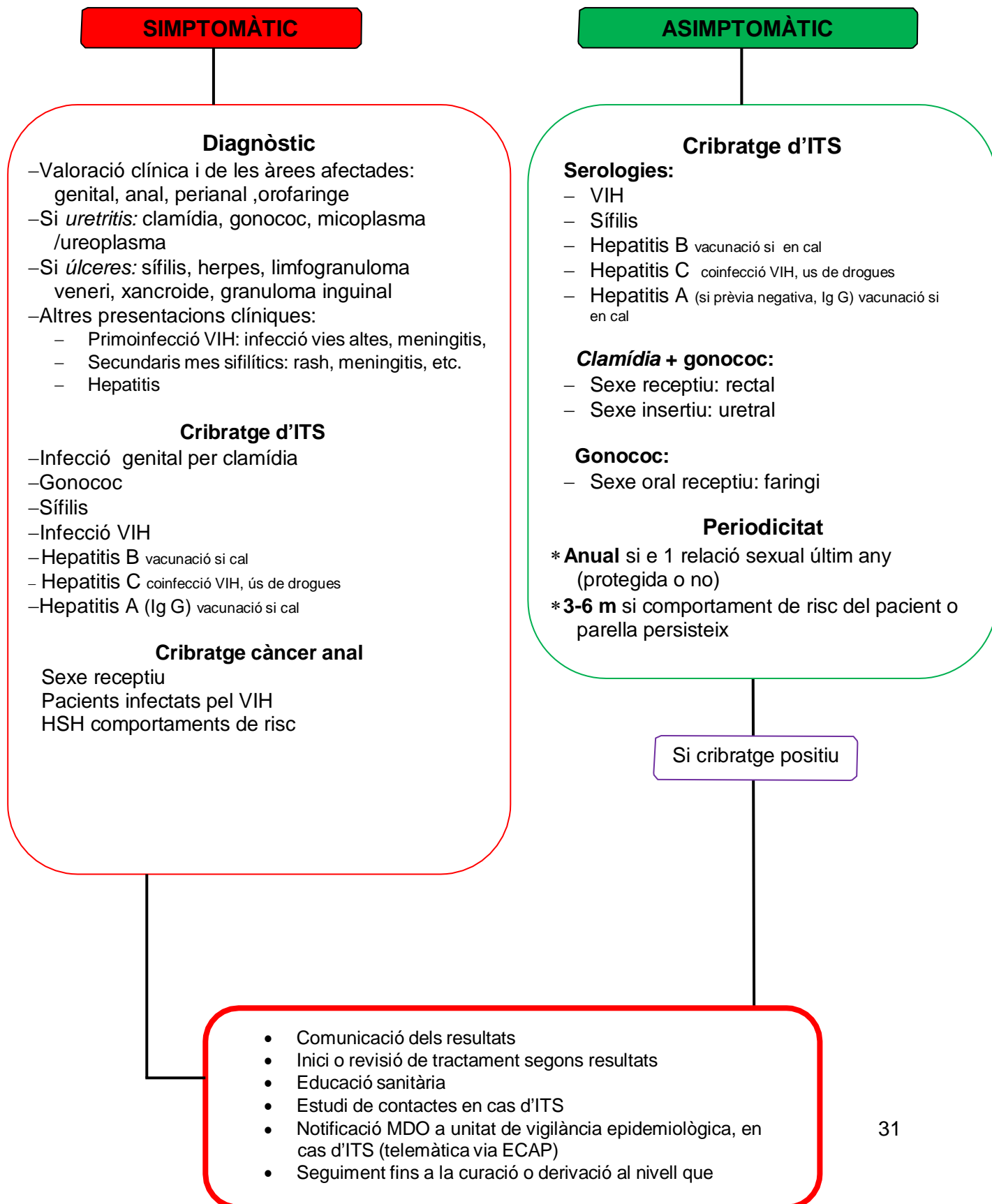
**Periodicitat**

si hi ha comportaments de risc: mínim 1 cop /any

Si cribratge positiu

- Comunicació dels resultats
- Inici o revisió de tractament segons resultats
- Educació sanitària
- Estudi de contactes en cas d'ITS
- Notificació MDO a la unitat de vigilància epidemiològica, en cas d'ITS (telemàtic via ECAP)
- Seguiment fins a la curació o derivació al nivell que

ALGORITME 4. HOMES QUE PRACTIQUEN SEXE AMB ALTRES HOMES (HSH)





**CAPÍTOL 2**

**INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL EN DONES SEGONS PRESENTACIÓ CLÍNICA**

## **INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL EN DONES SEGONS PRESENTACIÓ CLÍNICA**

- Es recomana avaluar el risc de contraure ITS en tots les pacients.
- Cal realitzar una cerca activa, de dones en risc de contraure ITS, dins de les visites de ginecologia, embaràs, preventives, d'urgències (per exemple per pruija, per demanda de tractaments postcoitals, IVE, etc.).
- Durant l'atenció a les dones amb simptomatologia compatible amb ITS: leucorrea anòmala, pruija vulvar, signes inflamatoris locals, cistitis de repetició, molèsties pèlviques inespecífiques.
- Cal fer anamnesi depurada per determinar el tipus de pràctica sexual i per precisar on fer la presa de la mostra (oral, rectal o vaginal).

## **CRITERIS D'AVALUACIÓ DEL RISC DE CONTRAURE ITS**

Dones sexualment actives amb:

- Parella nova en els últims dos mesos.
- Més d'una parella en l'últim any.
- Parelles amb comportament de risc.
- ITS anterior o concurrent.
- Intercanvi de sexe per diners o drogues.
- Ús inconsistent de preservatiu en parelles no monògames.

La presa de mostres per a la realització de les proves diagnòstiques, controls posteriors i estudi de contactes s'han de fer seguint les taules 1, 2 i 3, capítol 5.

La metodologia de recollida de mostres s'explica al capítol 6.

## 2.1 DONES NO GESTANTS

Vegeu l'algoritme 1, capítol 1

### 1.1. DONA AMB BAIX RISC DE CONTRAURE ITS

#### a. ASIMPTOMÀTICA

Actualització del cribratge de càncer de cèrvix segons els protocols vigents.

#### b. SIMPTOMÀTICA

- Inspecció de l'àrea anogenital i vaginal.
- Avaluació del flux vaginal: pH i test d'amines (KOH).
- Examen en fresc (microscopi).
- Cultiu vaginal, si cal fer-lo.
- Tractament empíric o específic segons diagnòstic.
- Actualització del cribratge del càncer de cèrvix segons els protocols vigents.

### 1.2 DONA AMB ALT RISC DE CONTRAURE ITS

#### a. ASIMPTOMÀTICA

S'ha d'actualitzar el cribratge de càncer de cèrvix segons els protocols vigents i **cribratge d'ITS**. Vegeu el capítol 6, *Cribratge d'ITS: diagnòstic segons microorganisme i pràctiques sexuals*.

#### b. SIMPTOMÀTICA: CLASSIFICACIÓ CLÍNICA PER SÍNDROMES

##### Diagnòstic

S'ha d'inspeccionar l'àrea anogenital i vaginal per tal de descartar:

- *Vaginitis*: tricomoniasi, candidiasi genital i vaginosis bacteriana.
- *Cervicitis*: infecció genital per clamídia i gonocòccia.
- *Úlceres genitals*: sífilis, herpes genital, xancre tou, limfogranuloma veneri i granuloma inguinal.

- **VAGINITIS** si hi ha signes de sospita: vegeu la taula 1, capítol 4

- **Tricomoniàsi-**

### **Simptomatologia:**

Vaginitis amb flux, sensació de sequedat vulvar i vaginal, pruija, irritació i dispareúnia, i també disúria i pol·laciúria. El flux sol ser fluid, grisenc o groguenc, escumós i a vegades fètid per l'increment d'anaerobis, amb la consegüent producció d'amines. La mucosa vaginal sovint es presenta eritematosa, i, si el procés inflamatori és greu, hi ha punts hemorràgics que donen lloc a metrorràgies i/o hemorràgies postcoitals. En pocs casos la cèrvix està afectada. En la meitat dels casos de vaginitis tricomoniàsica es produeix una afectació de la uretra, però rarament una cistitis.

**Tractament:** segons les taules 15-16, capítol 9.

-**Candidiasi genital-** (No és una ITS però s'ha de fer el cribratge per risc d'ITS tal com s'indica a l'algoritme 1, capítol 1).

### **Simptomatologia:**

En la dona ocasiona vulvovaginitis amb pruija vulvar permanent, cremor vaginal que causa dispareúnia i leucorrea abundant, blanca i grumolosa, però no pudent. Típicament té un inici agut i premenstrual. La vulva i la mucosa vaginal poden aparèixer eritematoses i excoriades. El coll de l'úter rarament se'n veu afectat. Algunes dones asimptomàtiques, de les quals s'aïlla *Candida albicans* presenten, en l'examen clínic, flux anormal: leucorrea blanca, espessa i amb grumolls, per tant, la malaltia pot ser subclínica per a la dona.

**Tractament:** segons les taules 15-16, capítol 9.

-**Vaginosi bacteriana-** (No és considerada ITS però s'ha de fer el cribratge per risc d'ITS segons consta a l'algoritme 1, capítol 1.

### **Simptomatologia**

Augment del flux vaginal, olor vaginal anormal, irritació vulvar i dispareúnia.

Els criteris clínics de la vaginosis bacteriana inclouen:

- Flux vaginal augmentat, homogeni i no adherent a les parets vaginals.
- Secreció vaginal amb pH superior a 4,5.
- Olor pudent del flux.

La transformació de determinats aminoàcids produïts per *G. vaginalis* en amines volàtils (putrescina, cadaverina i trimetilamina) i per bacteris anaerobis és la causant de l'olor de peix característica.

Un procediment molt sensible per detectar les amines produïdes és agregar a una gota de flux una gota de KOH al 10% i olorar-la immediatament.

- Presència en l'examen en fresc de la secreció vaginal de cèl·lules epitelials recobertes de coccobacils que desdibuixen els contorns.

Molts casos de vaginosis bacteriana són clínicament molt lleus i es detecten en exàmens de rutina ja que les pacients no reconeixen cap simptomatologia.

Sense tractament els casos evolucionen cap a la curació o poden recidivar intermitentment o cronificar-se.

**Tractament:** segons les taules 15-16, capítol 9.

- **CERVICITIS si hi ha signes de sospita: vegeu la taula 2, capítol 4**

### ***-Infecció genital per clamídia-***

#### **Simptomatologia:**

Asimptomàtica en el 70 % dels casos

En la dona, la cervicitis no produeix signes ni símptomes, i si se'n produeixen són inespecífics. Per tant, el diagnòstic clínic és difícil. Es pot complicar de manera freqüent i greu amb una salpingitis (MIP), que comporta el risc d'infertilitat o embaràs ectòpic.

En l'home la uretritis es manifesta amb descàrrega uretral mucosa escassa i disúria. Es pot complicar amb epididimitis o la síndrome de Reiter. Pot haver-hi faringitis en els dos sexes (relació oral-genital) i solen ser asimptomàtiques. La infecció genital per clamídies està relacionada amb el baix pes del nadó, el part prematur i l'endometritis puerperal.

**Tractament:** segons les taules 15-16, capítol 9

### ***-Gonocòccia-***

#### **Simptomatologia:**

La forma clínica més important és la cervicitis. Es pot presentar en localitzacions rectals i faríngies i amigdalars, especialment en homes homosexuals i dones. En aquestes localitzacions les infeccions solen ser asimptomàtiques. Excepcionalment, pot produir conjuntivitis greus.

La uretritis gonocòccica té un començament brusc, amb disúria. Hi ha secreció uretral, que al principi és mucosa i després purulenta. El pus és abundant, groc i cremós.

La cervicitis gonocòccica es pot manifestar amb flux mucós i purulent, però generalment les dones no tenen molèsties i si en tenen són lleus i inespecífiques.

A partir d'aquestes localitzacions inicials, si no es fa un diagnòstic i un tractament adequats, el procés pot ocasionar diverses complicacions perquè es propaga per via ascendent (malaltia inflamatòria pèlvica) i es dissemina per via hematògena (artritis i septicèmia).

**Tractament:** segons les taules 15-16, capítol 9.

– **ÚLCERES GENITALS** si hi ha signes de sospita: vegeu la taula 3, capítol 4

**-Sífilis-**

**Simptomatologia:**

Estadi	Manifestacions clíniques	Període d'incubació
<b>Primari</b>	Xancre, adenopatia regional	2-3 setmanes (9-90 dies)
<b>Secundari</b>	Erupció cutània, febre, malestar, adenopatia, lesions mucoses, condilomes plans, alopecia, meningitis, cefalees i uveïtis.	4-8 setmanes (màxim 6 mesos)
<b>Latent</b>	Asimptomàtica precoç: < 1 any	Tardana: e 1 any
<b>Terciari:</b>		
<b>-Sífilis cardiovascular</b>	Aneurisma aòrtic, regurgitació aòrtica, estenosi de l'artèria coronària	10-30 anys
<b>-Neurosífilis</b>	Asimptomàtica  Simptomàtica: cefalees, vertígens, alteracions del caràcter, demència, atàxia i presència del signe d'Argyll Robertson (pupil·la petita que no respon a la llum)	< 2-20 anys
<b>-Gomes</b>	Formacions necròtiques a la pell, a l'os, al teixit subcutani o a les vísceres	1-46 anys (mitjana de 15 anys)
<b>Congènita</b>		
<b>Precoç</b>	Asimptomàtica en dos terços dels casos Infecció disseminada fulminant Lesions cutànies i mucoses Osteocondritis Anèmia Hepatoesplenomegàlia Neurosífilis	< 2 anys de vida
<b>Tardana</b>	Queratitis intersticial Adenopaties Hepatoesplenomegàlia Lesions òssies Anèmia Dents de Hutchinson Neurosífilis	> 2 anys de vida

**Tractament:** segons les taules 15-16, capítol 9.

### ***-Herpes genital-***

#### **Simptomatologia:**

Gairebé totes les infeccions són simptomàtiques, però la majoria poden passar desapercebudes. La primoinfecció es caracteritza per l'aparició d'un grup de vesícules arraïmades envoltades d'una zona eritematosa. El primer episodi sol presentar una simptomatologia forta, amb afectació sistèmica, lesions extragenitals, més durada de les lesions i període més prolongat de contagi que en episodis posteriors. Els símptomes locals són dolor i pruija; disúria i augment de l'exsudat genital, alguns cops. Les lesions vesiculososes inicials poden transformar-se en úlceres importants i estendre's a zones perigenitals. Pot haver-hi adenitis regional i, en les dones, un quadre de cervicitis. Algunes primoinfeccions van acompanyades de faringitis amb eritema i ulceració.

Els símptomes generals són febre, cefalees, malestar general i miàlgies. Després de la primoinfecció, la malaltia cursa en forma de brots o recidives, encara que també poden haver-hi reinfeccions exògenes. Les lesions recidivants són més lleus i de més curta durada que les de la primoinfecció.

**Tractament:** segons les taules 15-16, capítol 9.

### ***-Xancre tou-***

#### **Simptomatologia:**

S'inicien com lesions papulopustuloses que es trenquen i evolucionen fins que es formen úlceres que tenen a la base una membrana grisosa bruta, que sagna amb facilitat, és pudent i que presenta les vores desenganxades rodejades d'una anella inflamatòria. Són molt doloroses i de consistència tova. Habitualment són múltiples (freqüentment per autoinoculació).

En la dona, les lesions típiques es localitzen als genitals externs. Si les úlceres es localitzen a la vagina i el cèrvix solen ser asimptomàtiques.

Adenitis: més de la meitat dels casos no tractats evolucionen fins que es forma una adenomegàlia regional inflamatòria, generalment unilateral, que produeix abscessos (bubons) uniloculars, que es poden obrir espontàniament i deixar una fístula crònica. Poden anar acompanyats de febre i malestar general. Entre els 2 i 15 dies posteriors al contagi apareixen cefalees, febre i debilitat petites ferides doloroses i purulentes als genitals que creixen progressivament de mida i en profunditat. Després de dues

setmanes apareix bultoma a l'engonal, amb dolor i rubor, que progressa amb secreció purulenta verdosa o sanguinolenta.

**Tractament:** segons les taules 15-16, capítol 9.

### **-Limfogranuloma veneri- *Chlamydia tracomatis***

Es caracteritza per una lesió cutània petita, sovint asimptomàtica, posteriorment apareix una adenopatia regional a la zona engonal.

Si no es tracta, això pot produir obstrucció del flux limfàtic i edema crònic dels teixits genitals. El diagnòstic es fa amb les troballes clíniques encara que pot confirmar-se amb serologia o PCR.

El període d'incubació és de 3 dies i comença amb una petita lesió en el punt d'inoculació que pot adquirir característiques d'úlceres, però que cicatritza ràpidament i pot passar inadvertida.

La segona fase comença entre la segona i la quarta setmana, hi apareixen ganglis inguinals unilaterals o bilaterals que es fan grans i formen tumoracions que, alguns cops, són fluctuants i doloroses a la palpació. Poden provocar la inflamació de la pell suprajacent i pot haver-hi febre i malestar general.

En la tercera fase, les lesions es curen deixant-hi cicatrius i fístules. La inflamació persistent, causada per la infecció no tractada, obstrueix els vasos limfàtics i provoca edema i úlceres cutànies.

**Tractament:** segons les taules 16, capítol 9.

### **-Granuloma inguinal o Donovanosi *Klebsiella granulomatis*-**

És una malaltia típica de les àrees tropicals i subtropicals. S'encomana per sexe vaginal o anal i és estrany que es transmeti per sexe oral.

És més freqüent en homes i sol presentar-se entre els 20 i 40 anys.

Els símptomes apareixen entre la setmana 1 i la 12 després del contacte. El 50% del pacients infectats presenta úlceres perianals i apareixen protuberàncies vermelles i petites a la zona afectada. Posteriorment, aquestes lesions es tornen nòduls que sobresurten carnosos i vermells. No solen ser dolorosos, però sagnen amb facilitat si es lesionen.

La malaltia té una disseminació lenta, però pot destruir el teixit genital estenent-se cap els engonals i una despigmentació de la pell.

Al principi és difícil fer el diagnòstic diferencial clínic amb el del xancroide.

**Tractament:** segons la taula 16, capítol 9.



### 2.2. DONES GESTANTS

Una ITS durant la gestació determina que la gestació esdevé de risc i que el ginecòleg n'ha de fer un seguiment acurat. Vegeu l'algoritme 2, capítol 1.

#### 2.1 DONA GESTANT AMB BAIX RISC DE CONTRAURE ITS

- **Primer trimestre:** anàlisi: infecció per VIH / sífilis / hepatitis B: HBsAg
- **Segon trimestre:** res
- **Tercer trimestre:** res

#### 2.2 DONA GESTANT AMB ALT RISC DE CONTRAURE ITS

**Cal fer el cribratge d'ITS.** Vegeu el capítol 5

**Primer trimestre.** Cal fer els cribratges següents:

- Infecció genital per clamídia i gonocòccia: PCR endocervical / vaginal
- Infecció pel VIH: anticossos per EIA
- Sífilis: proves treponèmiques i proves no treponèmiques quantificades
- Hepatitis B: IgM anti-HBc i HBsAg
- Cribratge prevacunal: anti-HBs
- Hepatitis C: anti-HCV, si hi ha consum de drogues per via parenteral

**Segon trimestre**

- Si el cribratge és anti-HBs negatiu: vacunació antihepatitis B.
- Si el cribratge és positiu per alguna ITS → gestació d'alt risc: cal fer el control a l'hospital.

**Tercer trimestre**

- Si continuen els criteris de risc de contraure ITS, cal repetir els cribratges del primer trimestre.

#### 2.3. Cribratge d'ITS

Si hi ha un diagnòstic d'ITS, cal fer el cribratge de totes les altres ITS. Vegeu el capítol 5 de cribratge d'ITS segons microorganismes i pràctiques sexuals.

**CAPÍTOL 3**

**INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL EN HOMES**

**SEGONS PRESENTACIÓ CLÍNICA**

### **INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL EN HOMES SEGONS PRESENTACIÓ CLÍNICA**

Es recomana avaluar la possibilitat de contraure ITS en tots els pacients amb conductes de risc. Cal realitzar una cerca activa d'ITS en els pacients en risc de contraure-les.

Durant l'atenció als pacients amb simptomatologia compatible amb ITS: secrecions uretrals, disúria, adenopaties regionals, úlceres genitals o altres localitzacions, cal fer anamnesi depurada per determinar el tipus de pràctica sexual i per precisar el lloc de la presa de la mostra oral, rectal o faríngia.

### **CRITERIS D'AVALUACIÓ DEL RISC DE CONTRAURE ITS**

Homes sexualment actius amb:

- Parella nova en els últims dos mesos.
- Més d'una parella en l'últim any.
- Parelles amb comportament de risc.
- ITS anterior o concurrent.
- Intercanvi de sexe per diners o drogues.
- Ús inconsistent de preservatiu en parelles no monògames.

La recollida de mostres per fer les proves diagnòstiques, els controls posteriors i l'estudi de contactes s'ha de fer seguint les taules 3, 4, 5 i 6 del capítol 5. La metodologia de recollida de mostres s'explica al capítol 7.

### **Criteris d'avaluació de risc en homes heterosexuales: algoritme 3, capítol 1**

Criteris d'avaluació de risc en homes que tenen sexe amb d'altres homes: algoritme 4, capítol 1.

## **1. HOME AMB RISC DE CONTRAURE ITS**

### **a. ASIMPTOMÀTIC**

Actualització del cribratge d'ITS: VIH, sífilis (treponèmica i no treponèmica), hepatitis B.

### **b. SIMPTOMÀTIC : CLASSIFICACIÓ CLÍNICA PER SINDROMES**

- Inspecció de l'àrea anogenital
- Valorar presència de secrecions uretrals
- Explorar la presència de lesions a les mucoses i pell genital

- Frotis uretral
- Tractament empíric o específic segons el diagnòstic

### Diagnòstic:

- *Uretritis*: gonocòccia, infecció genital per clamídia, micoplasmes i ureaplasmes.
- *Ulceres genitals*: sífilis, herpes genital, xancre tou, limfogranuloma veneri i granuloma inguinal.
- *Proctitis*: gonocòccia, infecció genital per clamídia, herpes genital, limfogranuloma veneri.
- *Epididimitis i orquiepididimitis*: gonocòccia, infecció genital per clamídia, enterobacteris, micoplasmes.

### - **URETRITIS**

#### Simptomatologia:

Disúria i pol·liaciúria amb secrecions o sense que poden ser purulentes o no, meat urinari enrogit.

#### **-Gonocòccica-** *Neisseria gonorrhoeae*

La forma clínica més freqüent és la uretritis. Es pot presentar en localitzacions rectals i faringoamigdalars, especialment en homes homosexuals. En aquestes localitzacions, les infeccions solen ser asimptomàtiques. Excepcionalment, pot donar conjuntivitis greus.

La uretritis gonocòccica té un començament brusc, amb disúria. Hi ha secreció uretral, que al principi és mucosa i després purulenta. El pus és abundant, groc i cremós.

A partir d'aquestes localitzacions inicials, si no es fan un diagnòstic i un tractament adequats, el procés pot ocasionar diverses complicacions per extensió local o per disseminació hematògena (artritis i septicèmia).

**Tractament:** segons les taules 15-16, capítol 9.

#### **-Infecció per clamídies, micoplasmes i ureaplasmes :**

*Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum*

Diversos microorganismes poden causar uretritis, proctitis i faringitis.

Els homes presenten uretritis simptomàtica després d'un període d'incubació de 7 a 28 dies. En general es manifesta, en primer lloc, per disúria lleu, molèsties uretrals i

## ACTUALITZACIÓ EN L'ATENCIÓ D'ITS. Àmbit Metropolità Sud – 2018

una secreció uretral transparent o mucopurulenta. La secreció pot ser mínima i els símptomes poden ser lleus, però, generalment, són més importants a primera hora del matí, quan el meat uretral sol estar eritematós i obstruït per secrecions seques que s'han produït durant la nit. Altres cops el començament és més sobtat i es produeix disúria, pol·liaciúria i una secreció purulenta abundant que simula una uretritis gonocòccica. La infecció pot progressar a epididimitis. Després del contacte rectal o bucogenital amb una persona infectada, el pacient infectat pot presentar una proctitis o una faringitis.

Les clamídies poden afectar l'ull i produir una conjuntivitis aguda. Es pot presentar artritis reactiva causada per reaccions immunològiques.

**Tractament:** segons les taules 15-16, capítol 9.

### - ÚLCERES GENITALS

-*Sífilis- Treponema pallidum*

#### Simptomatologia:

ESTADI	Manifestacions clíniques	Període d'incubació
PRIMARI	Xancre, adenopatia regional	2-3 setmanes (9-90 dies)
SECUNDARI	Erupció cutània, febre, malestar, adenopatia, lesions mucoses, condilomes plans, alopecia, meningitis, cefalees i uveïtis.	4-8 setmanes (màxim 6 mesos)
LATENT	Asintomàtica precoç: < 1 any	Tardana: e 1 any
TERCIARI		
- <b>Sífilis cardiovascular</b>	Aneurisma aòrtic, regurgitació aòrtica, estenosi de l'artèria coronària Asintomàtica	10-30 anys
- <b>Neurosífilis</b>	Simptomàtica: cefalees, vertígens, alteracions del caràcter, demència, atàxia i presència del signe d'Argyll Robertson (pupila petita que no respon a la llum)	< 2-20 anys
- <b>Gomes</b>	Formacions necròtiques a la pell, a l'os, al teixit subcutani o a les vísceres	1-46 anys (mitjana de 15 anys)
CONGÈNITA		
<b>Precoç</b>	Asintomàtica en dos terços dels casos Infecció disseminada fulminant Lesions cutànies mucoses Osteocondritis Anèmia Hepatosplenomegàlia Neurosífilis Queratitis intersticial	< 2 anys de vida
<b>Tardana</b>	Adenopaties Hepatosplenomegàlia Lesions òssies Anèmia Dents de Hutchinson Neurosífilis	> 2 anys de vida

**Tractament:** segons les taules 15-16, capítol 9.

### ***-Herpes simple genital-***

#### **Simptomatologia:**

Gairebé sempre totes les infeccions són simptomàtiques i no és freqüent que passin desapercibudes. La primoinfecció es caracteritza per l'aparició d'un grup de vesícules arraïmades envoltades d'una zona eritematosa.

El primer episodi sol presentar una simptomatologia evident, amb afectació sistèmica, lesions extragenitals, major durada de les lesions i període més prolongat de contagi que en episodis posteriors.

Els símptomes locals són dolor i pruija a la zona de l'erupció que no té perquè ser genital estrictament; pot haver-hi disúria i exsudat uretral segons la localització de les vesícules.

Les lesions vesiculososes inicials poden transformar-se en úlceres importants que s'estenen a zones perigenitals. Pot haver-hi adenitis regional.

Algunes primoinfeccions van acompanyades de faringitis amb eritema i ulceració.

Els símptomes generals són febre, cefalees, malestar general i miàlgies. Després de la Primoinfecció, la malaltia cursa en forma de brots o recidives, encara que també poden haver-hi reinfeccions exògenes. Les lesions recidivants són més lleus i de més curta durada que les de la primoinfecció.

**Tractament:** segons les taules 15-16, capítol 9.

### ***-Xancre tou (XANCROIDE)- Haemophilus ducreyi***

#### **Simptomatologia:**

Les lesions comencen com lesions papulars amb contingut líquid que posteriorment es trenquen i esdevenen úlceres. En aquestes úlceres es visualitza una formació membranosa de color gris al fons, pudent i fràgil, amb les voreres desenganxades i amb una lesió perimetral de característiques inflamatòries.

Són molt doloroses i de consistència tova, uns trets que les diferencia del xancre sifilític. Habitualment són múltiples ja que es produeix un fenomen de autoinoculació a partir de la primera lesió.

## ACTUALITZACIÓ EN L'ATENCIÓ D'ITS. Àmbit Metropolità Sud – 2018

Tot i que la localització principal és la genital poden presentar-se en unes altres localitzacions segons el tipus d'activitat sexual.

La clínica s'inicia amb petites ferides doloroses i purulentes als genitals que creixen progressivament de mida i són més profundes.

A les dues setmanes hi ha una tumefacció engonal dolorosa amb característiques flogístiques que posteriorment drenaran un material purulent i sanguinolent.

En gairebé tots el casos si no es fa el tractament específic, les lesions evolucionen a un adenomegàlia local i regional amb característiques inflamatòries i, generalment, unilateral que formarà abscessos (bubons) amb tendència a la fistulització espontània. Els pacients infectats poden presentar febre, malestar general i cefalea, des del dia 2 al 15 després del contagi.

Els llocs comuns en l'home són:

- Prepuci
- Solc darrera del gland
- Cos del penis
- Gland
- Obertura del penis
- Escrot

**Tractament:** segons la taula 16, capítol 9.

### **-Linfogranuloma veneri- *Chlamyda tracomatis* L1-L3**

Es caracteritza per una lesió cutània petita, sovint asimptomàtica, posteriorment, hi ha una adenopatia regional a la zona engonal o una proctitis en homes que tenen sexe amb homes.

Si no es tracta pot produir obstrucció del flux limfàtic i edema crònic dels teixits genitals. El diagnòstic es fa amb les troballes clíniques encara que pot confirmar-se per serologia o PCR.

El període d'incubació és de 3 dies i comença amb una petita lesió en el punt d'inoculació que pot tenir característiques d'úlceres, que cicatritza ràpidament i pot passar inadvertida.

La segona fase comença entre la segona i la quarta setmana, apareixen ganglis inguinals unilaterals o bilaterals que es fan grans i formen tumoracions que alguns

cops són fluctuants i doloroses a la palpació. Poden provocar la inflamació de la pell subjacent i pot haver-hi febre i malestar general.

En la tercera fase les lesions es cicatritzen, però hi queden fístules. La inflamació persistent causada per la infecció no tractada obstrueix els vasos limfàtics i provoca edema i úlceres cutànies.

En els HSH, el primer estadi pot caracteritzar-se per proctitis o proctocolitis amb secrecions rectals hemàtiques i purulentes. En situacions de cronicitat, la colitis pot confondre's amb la malaltia de Crohn i haver-hi tenesme rectal i estenosi del recte o dolor secundari a la inflamació dels ganglis limfàtics

**Tractament:** segons la taula 16, capítol 9.

### **-Granuloma inguinal o donovanosi- *Klebsiella granulomatis*.**

És una malaltia típica de les àrees tropicals i subtropicals. S'encomana per sexe vaginal o anal i és estrany que es transmeti per sexe oral.

És més freqüent en homes i sol presentar-se entre els 20 i 40 anys.

Els símptomes apareixen des de la setmana fins a la 12 després del contacte. El 50% del pacients infectats presenta úlceres perianals i apareixen protuberàncies vermelles i petites a la zona afectada. Posteriorment, les lesions es tornen nòduls carnosos i vermells que sobresurten. No solen ser dolorosos, però sagnen amb facilitat si hi ha una lesió.

La malaltia té una disseminació lenta que pot destruir el teixit genital si s'estén cap als engonals. També hi ha una despigmentació de la pell.

Al començament, és difícil de fer el diagnòstic diferencial clínic amb el xancroide

**Tractament:** segons la taula 16, capítol 9.

### **PROCTITIS**

Processos inflamatoris, de predomini agut, causats per patògens (*N.gonorrhoeae*, *C.trachomatis*, LGV, VHS, CMV, LUES) que es poden transmetre en la pràctica de sexe anal receptiu o *fisting*. Si hi ha enteritis també es pot transmetre en relacions anals o orals.

Elevat percentatge de pacients asimptomàtics, a excepció de la proctitis per *C.trachomatis* (L1-L3) associada a LGV rectal que sol ser simptomàtica.



### **Simptomatologia:**

Dolor anal i rectal, tenesme rectal, secreció rectal mucosa/purulenta i sanguinolenta i alguns cops amb febre i malestar general.

**Tractament:** amb sospita clínica de proctitis aguda o absència de resultats microbiològics, cal fer un tractament empíric amb: doxiciclina 100 mg/12 hores durant 7 dies i ceftriaxona 500 mg/IM/dosi única (DU).

### **-Gonocòccia-**

+ Recomanat: ceftriaxona 500 mg/IM/DO + azitromicina 2g /oral/DU.

+ Alternatiu: cefixima 400mg/oral/DU + azitromicina 2g /oral/DU.

gentamicina 240 mg/IM/DU + azitromicina 2g /oral/DU.

### **-Infecció genital per clamídies-**

+ Recomanat: doxiciclina 100 mg/ oral/12 hores durant 7 dies.

+ Alternatiu: azitromicina 1g/oral/DU o levofloxacina 500 mg/oral/ 24 hores durant 7 dies

### **-Limfogranuloma veneri-**

+ Recomanat: doxiciclina 100 mg/ oral/12 hores durant 21 dies.

+Alternatiu: azitromicina 1g/oral/ setmana durant 3 setmanes o eritromicina 500 mg/oral/ 6 hores durant 21 dies. Si hi ha sospita de:

- VHS: cal afegir al tractament empíric valaciclovir 500 mg/oral/12 hores de 5 a 10 dies.
- Sífilis: cal afegir al tractament empíric penicil·lina benzatina 2.4 MU/IM/dosi única (no VIH, en pacient VIH, cal administrar una dosi setmanal durant 3 setmanes).
- Amebiasi: metronidazole 500-750 mg/oral/8 hores durant 7-10 dies.
- Giàrdia làmblia: tinidazole 2 g/oral/DU o metronidazole 250 mg/oral/8hores durant 5 dies.

\*Recomanat: ciprofloxacina 500 mg/oral/12 hores durant 3 dies (en persones immunodeprimides durant 7-10 dies) o azitromicina 1 g/oral/DU.

\*Alternatiu: cotrimoxazole 2 comp./oral/12 hores durant 3 dies o ceftriaxona 1g/ev/24 hores o cefixima 400 mg/oral/24 hores durant 5 dies.

### **EPIDIDIMITIS / ORQUIEPIDIDIMITIS**

#### **Simptomatologia:**

Síndrome caracteritzada per dolor, edema i inflamació de l'epidídim que pot afectar el testicle ipsolateral.

En la forma més aguda (<6 setmanes de duració = l'etiologia és principalment infecciosa per extensió de la infecció des de la uretra (en casos d'ITS) o des de la bufeta o pròstata (en infeccions urinàries o en pacients estan amb intervencionisme urològic).

En pacients de menys de 35 anys, sexualment actius, els microorganismes principalment implicats són la *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* i enterobacteris transmesos sexualment amb la pràctica del sexe anal insertiu. Les infeccions complicades per *Mycoplasma genitalium* poden afegir-se a aquest grup

En els pacients més joves i no vacunats també cal considerar la possibilitat d'afectació pel virus de la parotiditis.

En pacients més grans, el quadre de la simptomatologia sol ser secundari a complicacions d'infeccions urinàries, principalment d'enterobacteris o *Pseudomonas aeruginosa*.

**Tractament:** segons la taula 16, capítol 9.

**ITS:** sindròmica (cal començar-lo si hi ha la sospita, no s'ha d'esperar resultats de microbiologia):

\*Ceftriaxona 500 mg/l/DU + doxiciclina 100 mg/12 hores durant 10- 14 dies.

(cal afegir azitromicina 1g/oral/DU si se sospita gonocòccia alta).

(Per a micoplasma *genitalium*: azitromicina 500 mg/oral/DU + azitromicina 250mg/oral/24 hores durant 4 dies).

\*Al·lèrgia cefalosporines/tetraciclins: ofloxacina 200mg/oral/12 hores durant 14 dies.

Infecció urinària/sospita organismes entèrics: ciprofloxacina 500mg/12 hores durant 10 dies.

**CAPÍTOL 4**

**LES ITS EN EDAT PEDIÀTRICA**

### LES ITS EN L'EDAT PEDIÀTRICA

#### L'adolescent sexualment actiu

El desenvolupament psicosocial normal de l'adolescent implica un augment en l'autonomia i en la presa de decisions. Això inclou un augment de les conductes de risc i els fa particularment vulnerables a les ITS. En l'adolescent, noi o noia, els mecanismes de transmissió, les manifestacions clíniques, i el diagnòstic i tractament de les ITS no es diferencien dels de l'adult. Els factors de risc també són comuns. A banda, l'inici precoç de les relacions sexuals i el temps passat des de la primera relació sexual s'han identificat com a factors de risc també. En el 25% de nois i noies, la primera ITS es diagnostica en el primer any des de l'inici de les relacions sexuals i les recurrències són freqüents.

Segons l'enquesta de Factors de Risc a l'escola Secundària (FRESC) de 2016, en població adolescent de la ciutat de Barcelona, el 25,1% dels nois i el 22,7% de les noies de 4t d'ESO han tingut alguna relació sexual amb penetració, percentatges que augmenten molt a 2n de Batxillerat i als Cicles Formatius de Grau Mig, sent del 53,7% en nois i del 52,8% en noies. Declaren haver utilitzat un mètode anticonceptiu efectiu (preservatiu, píndola o anell vaginal) en l'última relació sexual amb penetració més del 80% de l'alumnat. El mètode anticonceptiu més usat és el preservatiu, tant en nois com en noies i en totes les edats. L'evolució general de l'ús del preservatiu en l'última relació sexual amb penetració ha estat descendent. Més noies que nois declaren haver utilitzat alguna vegada la píndola de l'endemà i aquest percentatge augmenta amb l'edat. L'evolució general ha sigut a l'augment, especialment a 4t d'ESO, on els nois passen d'un ús del 5,8% al 17,0%, i les noies del 9,3% al 23,0%.

#### L'avaluació clínica de les ITS en l'adolescent sexualment actiu

De forma genèrica, en la majoria dels casos, el concepte de menor madur és vàlid en el consentiment del pacient per al diagnòstic i tractament de les ITS. Cal ser més curós, però, en les edats més precoces o quan s'indiquen intervencions quirúrgiques o hospitalització. En l'adolescent, els dubtes sobre confidencialitat i privacitat són barreres a l'hora de buscar consell mèdic. Una explicació clara d'aquests aspectes facilita l'intercanvi d'informació sobre símptomes, activitat i parelles sexuals, i mesures preventives.

L'avaluació rutinària de les possibles ITS en l'adolescent és fonamental, però sovint no es produeix, ni en tots els adolescents ni en totes les visites. Això afecta tant a nous pacients com als antics, i ni tan sols a aquells amb factors de risc coneguts d' ITS. La història clínica sexual ha de ser directa, explícita i sense prejudicis i ha d'incloure també aspectes de *counseling* sobre el risc d' ITS. Es pot basar en la regla de les 5 Ps.

<p><b>PARELLES</b></p> <p>Tens sexe amb nois, noies o ambdós?</p> <p>En els darrers 2 mesos, amb quantes parelles has tingut sexe?</p> <p>En el darrer any, amb quantes parelles has tingut sexe?</p> <p>És possible que alguna de les teves parelles sexuals en el darrer any tingués alhora sexe amb d'altres mentre estava amb tu?</p>
<p><b>PREVENCIÓ DE L'EMBARÀS</b></p> <p>Què fas per a evitar un embaràs no desitjat?</p>
<p><b>PROTECCIÓ DE LES ITS</b></p> <p>Què fas per a protegir-te de les ITS? I de la infecció pel VIH-sida?</p>
<p><b>TIPUS DE PRÀCTIQUES SEXUALS</b></p> <p>Per a entendre el teu risc d' ITS, he de saber el teu tipus de pràctica sexual:</p> <p>Tens sexe vaginal, que vol dir que el penis entra a la vagina?</p> <p>Tens sexe anal, que vol dir que el penis entra a l'anus?</p> <p>Tens sexe oral, que vol dir que la boca entra en contacte amb el penis i/o la vagina?</p> <p>En aquestes situacions, fas servir el condó sempre/de vegades/mai?</p> <p>Per què no fas servir el condó?</p> <p>En quines situacions fas servir el condó?</p>
<p><b>HISTÒRIA PASSADA D'ITS</b></p> <p>Has tingut mai una ITS?</p> <p>Has tingut parelles sexuals que hagin tingut una ITS?</p>

Altres preguntes útils per a valorar el risc d'infecció pel VHB, VHC i HIV- sida serien:

- Tu o les teves parelles sexuals, heu fet servir drogues per via intravenosa?
- Tu o les teves parelles sexuals, heu intercanviat mai drogues o diners per sexe?
- Hi ha alguna cosa més dels teus hàbits sexuals que jo hauria de saber?

Sovint, una anamnesi dirigida i els estudis de cribratge són suficients per al diagnòstic de les ITS en l'adolescent, i l'examen genital és innecessari. L'exploració física de l'àrea genital s'acompanya sovint d'ansietat i malestar en l'adolescent, especialment en les noies. L'exploració externa de l'àrea genital està indicada per a l'avaluació de lesions que poden ser causades per herpes, sífilis primària o infeccions pel VPH. Les irregularitats menstruals i el dolor abdominal o pèlvic sovint requereixen d'un examen vaginal amb espècul, com en el cas de secrecions vaginals anòmales, que poden ser secundàries a infeccions o a cossos estranys (tampó o tros de preservatiu). L'ús d'una mostra d'orina o d'altres mostres (exsudats vaginals o uretrals) obtingudes pel propi pacient és acceptable en la majoria dels casos d'adolescents amb sospita d'ITS; el noi o noia ho sol preferir a l'examen genital, i els resultats obtinguts en tècniques de PCR són equivalents a altres mostres obtingudes amb el mateix objectiu. En l'adolescent sexualment activa asimptomàtica, es recomana el cribratge anual per a *Chlamydia t.* i gonococ; en absència de clínica, no es recomanen altres estudis de cribratge.

L'automedicació és freqüent en l'adolescent amb ITS, fins al 25% de casos. De mitjana, les noies triguen 10 dies i els nois 6 dies a consultar des de l'inici de la simptomatologia. Així, seran preferibles els tractaments de dosi única administrada de forma observada, ja que fins a un terç dels adolescents amb ITS no recullen les medicacions prescrites a les oficines de farmàcia.

### **Profilaxi de les ITS en l'adolescent**

En general, en l'adolescent víctima d'abús sexual o aquell que refereix una relació sexual de risc, es justifica la profilaxi de les ITS tenint en compte: que la majoria d'ITS no seran simptomàtiques, el risc de malaltia inflamatòria pèlvica i la possibilitat de pèrdua de seguiment del pacient. En l'adolescent sexualment activa i asimptomàtica, caldrà valorar individualment la necessitat d'estudis microbiològics previs, tenint en compte l'alta prevalença d'infecció asimptomàtica preexistent; en l'adolescent amb signes o símptomes compatibles amb ITS, cal cursar els estudis microbiològics indicats. La necessitat de profilaxi antiretroviral per a la infecció per HIV caldrà avaluar-la de forma individual en funció de: el temps transcorregut des de l'abús (sempre <72 hores), el tipus d'abús, la possibilitat que l'agressor estigui infectat i la presència d'altres factors de risc en la víctima. En general, en la majoria de casos, la profilaxi antiretroviral no està indicada.

### **Les ITS en el nen**

L'abús sexual a menors, nens o adolescents, és una realitat infra-diagnosticada al nostre entorn. En general, el diagnòstic d'una ITS en un nen/nena o adolescent que nega relacions sexuals és un indicador clar d'abús sexual, tot i que és infreqüent la transmissió de malalties en víctimes d'abús sexual (<10%) i és més comú en nenes que en nens.

Davant d'una sospita fonamentada d'abús sexual infantil cal remetre als nens/es a una unitat especialitzada, per completar el diagnòstic amb una valoració multidisciplinària que faci un estudi de l'entorn social, l'estat psicològic del menor, les seves verbalitzacions i les possibles dades de la exploració física.

La presència de símptomes o signes propis d'una ITS és excepcional. Cal tenir en compte també que algunes ITS poden transmetre de mare a fill per via vertical (VIH, VHB, VHC, sífilis, VPH, *C. trachomatis*, gonococ, *T. vaginalis*, VHS), per auto- o hetero-inoculació (VPH i VHS) o per via parenteral (VIH, VHB i VHC).

En el diagnòstic de les ITS en el nen/nena amb sospita d'abús sexual, les mostres i tècniques diagnòstiques són equivalents a les de l'adolescent o adult, però cal tenir en compte que rarament està indicada l'obtenció de mostres cervicals mitjançant espècul o rectals.

### **Profilaxi de les ITS en el nen/nen prepuberal víctima d'abús sexual**

Si el pacient roman asimptomàtic, la necessitat de profilaxi en aquest escenari és discutible: la incidència d'ITS és baixa i el seguiment clínic sol estar garantit en la majoria de casos. Si es decideix oferir profilaxi, caldrà cursar els tests diagnòstics microbiològics adequats abans. La necessitat de profilaxi antiretroviral es valora amb els criteris prèviament descrits per a l'adolescent.

### **Tractament ITS en l'adolescent, noi o noia no gestant**

Equivalent al de l'adult (pàgina 92).

### **Tractament ITS en l'adolescent gestant**

Equivalent al de la dona gestant (pàgina 92).

**Tractament ITS en el nen/nena**

<p><b>Infecció urogenital per <i>C. trachomatis</i></b></p>	<p>Si &gt;45kg i/o &gt;8 anys, igual pauta que en l'adult (doxiciclina només en &gt;8 anys) Si &lt;45kg i &lt;8 anys: eritromicina a 50 mg/kg. dia en 4 dosis, durant 14 dies</p>
<p><b>Infecció gonocòccica no complicada</b></p>	<p>Si &gt;45kg i &gt;8 anys: igual pauta que en l'adult. Si &lt;45kg o &lt;8 anys: dosi única IM de ceftriaxona (125mg)</p>
<p><b>Sífilis primària, secundària o latent precoç (&lt;1 any)</b></p>	<p>Penicil·lina G benzatina, dosi única de 50000 UI/kg per via IM (dosi màxima, 2,4 milions UI)</p>
<p><b>Sífilis latent tardana o de durada indeterminada</b></p>	<p>Penicil·lina G benzatina a les dosis prèvies, 3 dosis setmanals</p>
<p><b>Infecció per <i>T. vaginalis</i></b></p>	<p>Metronidazol oral, 15 mg/kg. dia en 3 dosis, durant una setmana</p>
<p><b>Herpes genital</b></p>	<p>Aciclovir oral 40-80 mg/kg. dia en 3-4 dosis, durant 5-10 dies (dosi màxima diària: 1.200 mg)</p>



**CAPÍTOL 5**

**TAULES DE CLASSIFICACIÓ DE LES ITS SEGONS LES SÍNDROMES CLÍNQUES**

- **TAULA 1: VAGINITIS**
- **TAULA 2: CERVICITIS**
- **TAULA 3: ÚLCERES**
- **TAULA 4: URETRITIS**
- **TAULA 5: PROCTITIS**
- **TAULA 6: ORQUITIS / EPIDIDIMITIS**

TAULA 1. VAGINITIS

Malaltia (Agent etiològic)	Síntomes i signes	Diagnòstic				Presca de la mostra	Equip de la presa de la mostra	Conser-vació	Cribratge altres ITS	Control posterior	Tractament dels contactes
		pH vaginal	Prova d'amina	Examen directe	Cultiu						
Examen vaginal normal (predomini de <i>Lactobacillus</i> )	No hi ha símptomes ni signes d'infecció Secreació transparent o blanca, generalment escassa i no homogènia	≤4,5	Negativa	—	—	Paret vaginal	—	—	No	—	No
Tricomoniassi ( <i>T. vaginalis</i> )	Eritema vulvovaginal Colpitis Secreació grisenca o groguenca, abundant, homogènia i fètida.	5-6	Pot ser positiva	Examen en fresc(XXX)	XXX	Fons de sac posterior de la vagina	Cultiu tub blau Stuart Amies	T <sup>a</sup> ambient fins 6 h	Sí	No cal si asimptomàtic/a	Tractar a totes les parelles sexuals i Cribratge ITS
Candidiasi genital	Eritema vaginal Pruit, cremor o irritació vulvar Secreació blanca, moderada, d'aspecte grumollós no pudent.	4-4,5	Negativa	Solució salina: visió directa hifes d'espores (XX) Tinció Gram(X)	XX	Paret vaginal	Cultiu tub blau Stuart Amies	T <sup>a</sup> ambient màx. 24h Si + 24h cal nevera	No	No cal si asimptomàtica	No Tractament tòpic en cas de dermatitis en genitals
Vaginosi bacteriana	Secreació blanca i grisenca, moderada, homogènia i pudent	>4,5	Positiva	KOH 10%(X) Tinció gram(XX)	No recomanat com a procediment de rutina	Paret vaginal	Cultiu tub blau Stuart Amies	T <sup>a</sup> ambient fins 24h	No	No cal si asimptomàtica	No

1. Testos de laboratori recomanats per identificar els agents etiològics d'ITS, segons sensibilitat de la prova (X sensibilitat baixa ( 45% - 70%), XX sensibilitat intermèdia (>70% -90%) i XXX sensibilitat alta (>90% - 100%).
2. Olor pudent del flux vaginal en afegir una gota de solució d'hidròxid de potassi (KOH) al 10% (olor de peix).
3. El diagnòstic de primera elecció de cànrides, tricomonos i vaginosis bacteriana és l'examen en fresc.

## ACTUALITZACIÓ EN L'ATENCIÓ D'ITS METROPOLITANA SUD – 2018

### TAULA 2. CERVICITIS

Malaltia (agent etiològic)	Període d'incubació	Síntomes i signes	Diagnòstic	Presa de la mostra	Equip de presa de la mostra	Conservació	Control posterior	Tractament dels contactes
Infecció genital per clamídies ( <i>C. trachomatis</i> )	15-21 dies	Asintomàtica (70%) Cervicitis	PCR dual	Vaginal Endocervical	Turunda en medi de transport per a virus / biologia molecular <sup>1</sup>	Nevera fins a 3 dies	<ol style="list-style-type: none"> <li>Entre 2 i 4 setmanes: control clínic                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si incompliment de tractament: cal tractament un altre cop</li> <li>- Si noves situacions d'alt risc: cal repetir recollida de mostres.</li> <li>- Si parella no tractada, cal prescriure tractament als dos.</li> </ul> </li> <li>Realitzar control microbiològic posttractament:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. A les gestants, a les 3-4 setmanes</li> <li>. Als altres, als 3 mesos</li> </ul> </li> <li>Abstinència sexual una setmana</li> </ol>	<p>Estudi contactes sexuals 60 dies previs a l'inici dels símptomes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PCR en orina</li> <li>- Tractament</li> <li>- Abstinència sexual 1 setmana posttractament</li> </ul> <p>Avaluació de risc d'altres ITS</p>
Gonocòccia ( <i>N. gonorrhoeae</i> )	2-7 dies	Asintomàtica (70%) Leucorrea mucopurulenta	PCR dual i cultiu per saber l'antibiograma	Vaginal Endocervical	PCR: Turunda en medi de transport per a virus / biologia molecular <sup>1</sup>  +  Cultiu per antibiograma Tub blau: Turunda amb medi d'Stuart Amies	Mostra per PCR: nevera fins a 3 dies  Mostra per a cultiu: Tª ambient fins a 12 hores	<ol style="list-style-type: none"> <li>Control clínic a les 72 h</li> <li>Si incompliment tractament : tractament nou.</li> <li>Cultiu per confirmar curació: Obligatori en gestants als 7 dies Recomanat en no gestants si hi ha dubtes de curació als 7 dies</li> <li>Abstinència sexual 1 setmana posttractament</li> </ol>	<p>Estudi contactes sexuals 60 dies previs a l'inici dels símptomes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PCR en orina</li> <li>- Tractament</li> <li>- Abstinència sexual 1 setmana posttractament</li> </ul> <p>Avaluació de risc d'altres ITS</p>

<sup>1</sup> Equip de presa de la mostra segons el laboratori de referència:  
 Bellvitge: tub tap vermell per mostres endocervicals, vaginals o uretrals. Tub tap groc per a l'orina  
 CLI: tub tap carabassa (per a totes les mostres).

TAULA 3. ÚLCERES GENITALS


ACTUALITZACIÓ EN L'ATENCIÓ D'ITS METROPOLITANA SUD – 2018

TAULA 3. ÚLCERES GENITALS (continuació)

Etiologia	Període d'incubació	Lesió primera	Adenopatia	Diagnòstic	Presa de la mostra	Equip de la presa de la mostra	Cribratge ITS	Control posterior	Tractament dels contactes
Xancre tou ( <i>H. ducreyi</i> )	2 – 5 dies	Papulopústules múltiples, profundes molt doloroses i toves	Unilateral Fluctuant Dolorosa Única Poden produir abscessos	PCR	Raspat de la lesió	Bellvitge: turunda en medi de transport per a virus / biologia molecular.  Conservació: nevera fins a 3 dies  CLI: mostra en sec dins d'un pot d'orina  Conservació: nevera fins a 3 dies	SI	1. Entre 3 i 7 dies control clínic  2. Presa de mostres posttractament a les 3- 4 setmanes  3. Abstinència sexual 1 setmana o fins que no hi hagi úlcera	Estudi dels contactes sexuals en els 10 dies previs a l'inici dels símptomes
Limfogranuloma veneri ( <i>C. trachomatis</i> L1-L3)	4 -21 dies	Síndrome genital: Elefantiasi genital amb ulceració: indolora i única	Adenitis aguda o fístules vesicovaginals i rectovaginals	PCR	Raspat de la lesió	Turunda en medi de transport per a virus / biologia molecular.  Conservació: Nevera fins a 3 dies	SI	1. Entre 2 i 4 setmanes control clínic  2. Realitzar presa de mostres posttractaments: -gestants a les 5-6 setmanes -tots als 3 mesos  3. Abstinència sexual fins que no hi hagi símptomes	Estudi dels contactes sexuals en els 60 dies previs a l'inici dels símptomes

# ACTUALITZACIÓ EN L'ATENCIÓ D'ITS METROPOLITANA SUD – 2018

## TAULA 4. URETRITIS

Malaltia (Agent etiològic)	Període d'incubació	Síntomes i signes	Diagnòstic	Presa de mostra	Equip de la presa de la mostra	Conservació	Control posterior	Tractament dels contactes
Infecció genital per clamidies ( <i>C. trachomatis</i> )	15-21 dies	Asimptomàtica (10%) Uretritis	PCR dual	Uretral (simptomàtic)  Orina (asimptomàtic)	Turunda en medi de transport per a virus / biologia molecular. <sup>1</sup>  Recipient estèril de boca ampla	Nevera fins a 3 dies	1. Entre 1 i 2 setmanes: control clínic  2. Si incompliment tractament: tractament nou.  3 Abstinència sexual 1 setmana posttractament	Estudi contactes sexuals 60 dies previs a l'inici dels símptomes:  - PCR en orina - Tractament, si en necessita - Abstinència sexual 1 setmana posttractament  Cribatge d'altres ITS
Gonocòccia ( <i>N. gonorrhoeae</i> )	2-7 dies	Asimptomàtica (10%) Uretritis	PCR dual, cultiu i antibiograma	Uretral (simptomàtic)  Orina (asimptomàtic)	PCR: Turunda en medi de transport per a virus / biologia molecular. <sup>1</sup> + Cultiu per antibiograma Tub llau: turunda amb medi d'Stuart Amies  Recipient estèril de boca ampla	Mostra per PCR: nevera fins a 3 dies  Mostra per cultiu: Tª ambient fins a 12 hores  Orina: nevera fins a 3 dies	1. Entre 1 i 2 setmanes: control clínic  2. Si incompliment tractament : tractament nou.  3 Abstinència sexual 1 setmana posttractament	Estudi contactes sexuals 60 dies previs a l'inici dels símptomes:  - PCR en orina - Tractament, si en necessita - Abstinència sexual 1 setmana posttractament  Cribatge d'altres ITS

<sup>1</sup> Equip de la presa de la mostra segons el laboratori de referència:

Hospital de Bellvitge: tub tap vermell per mostres uretrals. Tub tap groc per a l'orina CLI: Tub tap carabassa (per a totes les mostres).

TAULA 5. PROCTITITS

Malaltia (Agent etiològic)	Període d'incubació	Síntomes i signes	Diagnòstic	Presa de mostra	Equip de la presa de la mostra	Conservació	Control posterior	Tractament dels contactes
Infecció genital per clamídies ( <i>C. trachomatis</i> )	15-21 dies	Asimptomàtica (10%) Secreció rectal	PCR dual	Recte	Turunda en medi de transport per a virus / biologia molecular. <sup>1</sup>	Nevera fins a 3 dies	1. Entre 1 i 2 setmanes: control clínic - Si incompliment de tractament: un altre cop tractament - Si hi ha més situacions d'alt risc: cal repetir recollida de mostres. - Si parella no està essent tractada, cal Tractament per als dos.  2. Abstinència sexual una setmana posttractament	Estudi contactes sexuals 60 dies previs a l'inici dels símptomes:  - PCR en orina - Tractament, si en necessita - Abstinència sexual 1 setmana posttractament  Cribatge d'altres ITS
Gonocòccia ( <i>N. gonorrhoeae</i> )	2-7 dies	Asimptomàtica (10%) Secreció rectal	PCR dual, cultiu i antibiograma	Recte	PCR: Turunda en medi de transport per a virus / biologia molecular. <sup>1</sup> + Cultiu per antibiograma Tub blau: turunda amb medi d'Stuart Amies	Mostra per a PCR: nevera fins a 3 dies  Mostra per a cultiu: Tª ambient fins a 12 hores	1. Control clínic entre 1 i 2 setmanes  2. Si incompliment tractament : tractament nou Posttractament  2. Abstinència sexual una setmana	Estudi contactes sexuals 60 dies previs a l'inici dels símptomes:  - PCR en orina - Tractament - Abstinència sexual 1 setmana posttractament  Avaluació de risc d'altres ITS
Herpes genital (HSV-1 i HSV-2)	2 – 12 dies	Primoinfecció: Múltiples vesícules, superficials, doloroses, no indurades i erosives.  Recidives: Vesícules arraimades Síntomes més lleus i de més curta duració.  Papulopustules, múltiples, profundes, molt doloroses i toves	PCR	Raspat de la lesió	Bellvitge: turunda en medi de transport per a virus / biologia molecular.  CLI: mostra en sec dins un pot d'orina	Conservació: Nevera fins a 3 dies	Cal avaluar risc ITS	No cal si és asimptomàtic/a

En el diagnòstic diferenciats de les proctitis/protocolitis cal tenir en compte altres etiologies:

- Bacterianes: *Campylobacter sp.*, *Shigella sp.*, *Salmonella sp.*, *Treponema pallidum*,
- Viriques: hepatitis A, citomegalovirus (infecció primària o immunodeprimits),
- Parasitàries: *Entamoeba histolytica* i *Cryptosporidium* (en pacients immunodeprimits).

TAULA 6. EPIDIDIMITIS / ORQUIEPIDIDIMITIS

Malaltia (Agent etiològic)	Període d'incubació	Síntomes i signes	Diagnòstic	Presa de mostra	Equip de la presa de la mostra	Conservació	Control posterior	Tractament dels contactes
Infecció genital per clamidies ( <i>C. trachomatis</i> )	15-21 dies	Inflamació del testicle o dolor testicular	PCR dual	Uretral (si secreció uretral)  Orina (si no hi ha secreció uretral)	Turunda en medi de transport per a virus / biologia molecular. <sup>1</sup>  Recipient estèril de boca ampla	Nevera fins a 3 dies	<ol style="list-style-type: none"> <li>Entre 2 i 4 setmanes: control clínic                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si incompliment de tractament: tractar de nou</li> <li>- Si hi ha més situacions d'alt risc: repetir recollida de mostres.</li> <li>- Si parella no està tractada, prescriure tractament als dos.</li> </ul> </li> <li>Realitzar control microbiològic posttractament:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. als altres als 3 mesos</li> </ul> </li> <li>Abstinència sexual una setmana</li> </ol>	Estudi contactes sexuals 60 dies previs a l'inici dels símptomes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- PCR en orina</li> <li>- Tractament</li> <li>- Abstinència sexual 1 setmana posttractament</li> </ul> Avaluació de risc d'altres ITS
Gonocòccia ( <i>N. gonorrhoeae</i> )	2-7 dies	Inflamació del testicle o dolor testicular	PCR dual, cultiu i antibiograma	Uretral (si secreció uretral)  Orina (si no hi ha secreció uretral)	PCR: Turunda en medi de transport per a virus / biologia molecular. <sup>1</sup> + Cultiu per antibiograma Tub blau: turunda amb medi d'Stuart Amies	Mostra per PCR: nevera fins 3 dies  Mostra per cultiu: Tª ambient fins a 12 hores  Orina: Nevera fins 3 dies	<ol style="list-style-type: none"> <li>Control clínic a les 72 h</li> <li>Si incompliment tractament : nou tractament.</li> <li>Realitzar control microbiològic posttractament:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. als altres als 3 mesos</li> </ul> </li> <li>Abstinència sexual 1 setmana posttractament</li> </ol>	Estudi contactes sexuals 60 dies previs a l'inici dels símptomes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- PCR en orina</li> <li>- Tractament</li> <li>- Abstinència sexual 1 setmana posttractament</li> </ul> Avaluació de risc d'altres ITS

\* En el diagnòstic diferenciat de les epididimitis/orquiepididimitis cal tenir en compte altres etiologies:

- Bacterianes: *enterobacteris* i *Pseudomonas spp.*
- Víriques: virus de la parotiditis i virus Coxsackie B
- Altres: torsió testicular



**CAPÍTOL 6**

**CRIBRATGE: PROVES DIAGNÒSTIQUES RECOMANADES**

**SEGONS MICROORGANISME I PRÀCTIQUES SEXUALS**

- **TAULA 7: INFECCIÓ GENITAL PER CLAMÍDIA**
- **TAULA 8: GONOCÒCCIA**
- **TAULA 9: SÍFILIS**
- **TAULA 10: HEPATITIS B**
- **TAULA 11: INFECCIÓ PER VIH/SIDA**
- **TAULA 12: HEPATITIS A**
- **TAULA 13: HEPATITIS C**

**Actualització del cribratge de càncer de cèrvix** segons els protocols vigents.

S'ha de citar la pacient per:

- Comunicar-li els resultats.
- Revisar el tractament segons els resultats. Vegeu les taules 15-16, capítol 9.
- Fer-li educació sanitària.

S'han de fer els tràmits següents:

- Confirmar el cens i l'estudi de contactes en cas d'ITS.
- Notificar telemàticament de l'enquesta epidemiològica en cas d'ITS a la Unitat de Vigilància Epidemiològica. S'ha d'introduir el codi diagnòstic a l'ECAP.
- Omplir i enviar, per valisa interna, l'enquesta epidemiològica a la Unitat de Vigilància Epidemiològica amb dos sobres). Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Barcelona-Sud. Hospital Universitari de Bellvitge. Edifici de l'antiga escola d'infermeria, 3a planta. C/ de la Feixa Llarga, s/n, 08907 L'Hospitalet de Llobregat.
- Seguiment a càrrec del professional clínic que ha atès la pacient de l'AP/ ASSiR / hospital fins a la curació o derivació al nivell que necessita.

### **CRIBRATGE D'ITS**

En tots els casos, cal fer cribratge de les ITS segons l'avaluació de risc: algoritme 1, capítol 1, segons les taules de cribratge de 7-13. Vegeu el capítol 6.

- Infecció genital per clamídia (taula 7 de cribratge, capítol 6)
- Gonocòccia (taula 8 de cribratge, capítol 6)
- Sífilis (taula 9 de cribratge, capítol 6)
- Hepatitis B (taula 10 de cribratge, capítol 6)
- Hepatitis C, si hi ha drogues parenterals, (taula 13 *Cribratge*, capítol 6)
- Hepatitis A, si hi ha relacions sexuals orals i anals o digitals i rectals, (taula 12 *Cribratge*, capítol 6)
- VIH 1 i 2, (taula 11 de cribratge, capítol 6)

**Si persisteix el comportament sexual de risc, cal fer el cribratge un cop a l'any**

Taula 7. Infecció genital per clamídia

<b>Chlamydia trachomatis</b>			
<b>Grups de població</b>	<b>Població diana per cribatge</b>	<b>Mostra</b>	<b>Tècnica</b>
<b>Dones embarassades</b>	Primer trimestre - Dones <24 anys - Dones >24 anys amb risc de contraure ITS <sup>1</sup>  S'ha de repetir al 3r trimestre de la gestació: - dones <24 anys amb comportament de risc o - infecció per clamídia en el 1r trimestre d'embaràs.	<b>Vagina</b>	- PCR (Nivell IIa, Grau B).
		<b>Endocèrvix</b>	- PCR (Nivell IIa, Grau B). - Test hibridació àcid nucleic - Cultiu (indicat en resistència antimicrobiana) (laboratori de referència de l'Hospital Vall d'Hebron)
		Orina <sup>2</sup> Cribatge no recomanat	-PCR
<b>Dones sexualment actives</b>	- Dones <24 anys - Dones >24 anys amb risc de contraure ITS : <ul style="list-style-type: none"> <li>• noves o múltiples parelles sexuals/any,</li> <li>• parella sexual amb parelles concurrents,</li> <li>• parella sexual amb ITS;</li> <li>• ús inconsistent del preservatiu entre les persones que no estan en relacions mútuament monògames;</li> <li>• ITS anterior o concurrent;</li> <li>• intercanvi de sexe per diners o drogues</li> </ul> Es recomana repetir la prova anualment. (Nivell IIa, Grau B)	<b>Vagina</b>	- PCR (Nivell IIa, Grau B).
		<b>Endocèrvix / uretra<sup>3</sup></b>	- PCR (Nivell IIa, Grau B). - Test hibridació àcid nucleic - Cultiu (indicat en resistència antimicrobiana)
		Orina <sup>2</sup> Cribatge no recomanat	- PCR
		Recte <sup>4</sup> Es recollirà mostra si hi ha pràctiques rectals	- PCR (Nivell IIa, Grau B).
<b>Homes heterossexuals sexualment actius</b>	No recomanat per a cribatge Grau de I estadi  Cal realitzar la presa de mostres en homes simptomàtics.	<b>Orina</b>	- PCR (Nivell IIa, Grau B)
		<b>Uretra<sup>3</sup></b>	Tots els tests (IV, Grau C) - PCR - Test hibridació àcid nucleic - Cultiu (indicat resistència antimicrobiana)
<b>Homes que tenen sexe amb homes (HSH)</b>	Homes amb risc de contraure ITS  Es recomana cribatge anual.  S'ha de valorar la presa de mostres de les diferents localitzacions extragenitals, tenint en compte les pràctiques sexuals.	<b>Orina</b>	- PCR (Nivell IIa, Grau B)
		<b>Uretra<sup>3</sup></b>	Tots els tests (IV, Grau C) - PCR - Test hibridació àcid nucleic - Cultiu (indicat resistència antimicrobiana)
		Faringe <sup>4</sup>	- PCR (IIa, Grau B)
		Recte <sup>4</sup>	- PCR (IIa, Grau B)

## ACTUALITZACIÓ EN L'ATENCIÓ D'ITS METROPOLITANA SUD – 2018

TAAN: Tècniques d' amplificació d'àcids nucleics, EIA: enzimoimmunoassaigs Enzimoimmunoanàlisi, IFD: immunofluorescència directa

1. Noves o múltiples parelles sexuals, parella sexual amb parelles concurrents, o una parella sexual amb ITS en l'última any; ús inconsistent del preservatiu entre les persones que no estan en relacions mútuament monògames; ITS anterior o concurrent i l'intercanvi de sexe per diners o drogues.
2. La mostra d'orina és menys sensible que la mostra endocervical o vaginal per a la detecció de *C. trachomatis*. Cribratge no recomanat.
3. En els homes i les dones amb símptomes uretrals persistents on les proves en altres llocs són negatives o en dones histerectomitzades.
4. En el homes homosexuals amb comportament de risc la determinació amb TAAN en mostres de faringe i recte són les d'elecció, però no estan aprovades per la FDA.

Taula 8. Gonocòccia

<b>Neisseria gonorrhoeae / gonococ</b>			
<b>Grups de població</b>	<b>Cribratge: població diana</b>	<b>Mostra</b>	<b>Tècnica</b>
<b>Dones embarassades</b>	Totes les dones embarassades amb risc de contraure ITS: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>noves o múltiples parelles sexuals/any,</i></li> <li>- <i>parella sexual amb parelles concurrents,</i></li> <li>- <i>parella sexual amb ITS;</i></li> <li>- <i>ús inconsistent del preservatiu entre les persones que no estan en relacions mútuament monògames;</i></li> <li>- <i>ITS anterior o concurrent;</i></li> <li>- <i>intercanvi de sexe per diners o drogues</i></li> </ul> - Presa de mostra: primera visita - Repetir al 3r trimestre (dones de risc)	<b>Endocèrvix / uretra<sup>2</sup></b>	- <b>PCR i cultiu</b> (estudi sensibilitat)
		<b>Vagina</b>	- <b>PCR</b> - Cultiu (estudi sensibilitat)
		Orina <sup>1</sup> Cribratge no recomanat	- PCR
		Extragenitals (recte, faringe, etc.) <sup>3</sup>  S'ha d'agafar una mostra si hi ha pràctiques rectals o fel·lacions.	- <b>PCR i cultiu</b> (estudi sensibilitat)
<b>Dones sexualment actives</b>	Dones amb risc de contraure ITS: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>noves o múltiples parelles sexuals /any,</i></li> <li>- <i>parella sexual amb parelles concurrents,</i></li> <li>- <i>parella sexual amb ITS;</i></li> <li>- <i>ús inconsistent del preservatiu entre les persones que no estan en relacions mútuament monògames;</i></li> <li>- <i>ITS anterior o concurrent;</i></li> <li>- <i>intercanvi de sexe per diners o drogues</i></li> </ul> Grau de recomanació: B	<b>Endocèrvix / uretra<sup>2</sup></b>	- <b>PCR i cultiu</b> (estudi sensibilitat)
		<b>Vagina</b>	- <b>PCR</b> - Cultiu (estudi sensibilitat)
		Orina <sup>1</sup> Cribratge no recomanat	- PCR (IIB)
		Extragenitals (recte, faringe, etc.) <sup>3</sup>  S'ha d'agafar una mostra si només hi ha pràctiques rectals o fel·lacions o si presenta símptomes.	- <b>PCR i cultiu</b> (estudi sensibilitat)
<b>Homes heterossexuals sexualment actius</b>	No recomanat el cribratge Grau de l'estadi  Cal agafar mostres en homes simptomàtics.	<b>Orina</b>	- <b>PCR (IIB)</b>
		<b>Uretra</b>	- <b>PCR i cultiu</b> (estudi sensibilitat)  - <b>Tinció de gram</b> (útil en pacients simptomàtics)
<b>Homes que tenen sexe amb homes (HSH)</b>	Homes amb risc de contraure ITS  Es recomana cribratge anual de les localitzacions extragenitals, tenint en compte les pràctiques sexuals.	<b>Orina</b>	- <b>PCR (IIB)</b>
		<b>Uretra</b>	- <b>PCR i Cultiu</b> (estudi sensibilitat)  - <b>Tinció de gram</b> (útil en pacients simptomàtics)
		Recte <sup>3</sup>	- <b>PCR i cultiu</b>

## ACTUALITZACIÓ EN L'ATENCIÓ D'ITS METROPOLITANA SUD – 2018

PCR: tècniques d'ampliació d'àcids nucleics

<sup>1</sup> La mostra d'orina és menys sensible que la mostra endocervical o vaginal per a la detecció de *N. gonorrhoeae*. Cribratge no recomanat.

<sup>2</sup> En els homes i les dones amb símptomes uretrals persistents on les proves en altres llocs són negatives o en dones a les qual s'ha fet una histerectomia.

<sup>3</sup> En el homes homosexuals amb comportament de risc, la determinació amb PCR en mostres de faringe i recte són les d'elecció, però no estan aprovades per l'FDA.

5 La PCR utilitzada ha de permetre detectar DNA diana de totes les soques estudiades d'*N. gonorrhoeae* i no trobar a *Neisseries* comensals (no ITS).

Taula 9. Sífilis

<b>Treponema pallidum</b>			
<b>Grups de població</b>	<b>Cribratge: població diana</b>	<b>Mostra</b>	<b>Tècnica</b>
<b>s embarassades</b>	Totes les dones embarassades en la primera visita	<b>Sèrum</b>	- <b>Proves treponèmiques quantificades</b> (EIA IgM+ IgG, TPPA, immunoassaig, TPHA) <b>i</b> - <b>proves no treponèmiques quantificades</b> (VDRL, RPR)
	Dones amb risc de contraure ITS: 3r trimestre	Lesions de pell i de mucoses o nòduls limfàtics infectats	- Demostració de presència de <i>T. pallidum</i> <sup>1</sup>
<b>Dones sexualment actives</b>	Dones amb risc de contraure ITS	<b>Sèrum</b>	- <b>Proves treponèmiques quantificades</b> (EIA IgM+ IgG, TPPA, immunoassaig, TPHA) <b>i</b> - <b>proves no treponèmiques quantificades</b> (VDRL, RPR)
		Lesions de pell i de mucoses o nòduls limfàtics infectats	- Demostració de presència de <i>T. pallidum</i> <sup>1</sup>
<b>Homes heterossexuals sexualment actius</b>	Homes amb risc de contraure ITS	<b>Sèrum</b>	- <b>Proves treponèmiques quantificades</b> (EIA IgM+ IgG, TPPA, immunoassaig, TPHA) <b>i</b> - <b>proves no treponèmiques quantificades</b> (VDRL, RPR)
		Lesions de pell i de mucoses o nòduls limfàtics infectats	- Demostració de presència de <i>T. pallidum</i> <sup>1</sup>
<b>Homes que tenen sexe amb homes (HSH)</b>	Tots els homes que no tenen parella tancada	<b>Sèrum</b>	- <b>Proves treponèmiques quantificades</b> (EIA IgM+ IgG, TPPA, immunoassaig, TPHA) <b>i</b> - <b>proves no treponèmiques quantificades</b> (VDRL, RPR)
		Lesions de pell i de mucoses o nòduls limfàtics infectats	- Demostració de presència de <i>T. pallidum</i> <sup>1</sup>

VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*), RPR (*Rapid plasma reagin test*), TPPA (aglutinació de partícules treponèmiques, EIA (enzimoimmunoassaigs per a la detecció d' Ig G, Ig G+Ig M o Ig M antitreponèmiques, TPHA (hemoaglutinació d'anticossos antitreponèmics).

<sup>1</sup> Microscòpia de camp fosc\* (IIIB). Les mostres es podent obtenir d' exsudat de la lesió (del xancre) o d'altres lesions cutànies, de condilomes olanos i nòduls limfàtics. Menys fiable en lesions del recte o de l'àrea genital que no siguin el penis i no és útil per a lesions orals.

Taula 10. Hepatitis B

Virus de la hepatitis B			
Grups de població	Cribratge: població diana	Mostra	Tècnica
Dones embarassades	Totes les dones: primer trimestre de embaràs. Si hi ha risc de contraure ITS, cal repetir-lo en el tercer trimestre.	Sèrum	HBsAg i IgM anti-HBc  Dona amb comportament de risc afegir per cribratge prevacunal: anti-HBs <sup>1</sup>
Dones sexualment actives	Dones amb risc de contraure ITS	Sèrum	HBsAg i IgM anti-HBc i Cribratge prevacunal: anti-HBs <sup>1</sup>
Homes heterossexuals	Homes amb risc de contraure ITS	Sèrum	HBsAg i IgM anti-HBc i Cribratge prevacunal: anti-HBs <sup>1</sup>
Homes que tenen sexe amb homes (HSH)	Tots els homes que no tenen parella tancada	Sèrum	HBsAg i IgM anti-HBc i Cribratge prevacunal: anti-HBs <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cribratge prevacunal: si l'anti-HBs és negatiu, cal proposar vacunació antihepatitis B.



Taula 11. Infecció per VIH / sida

VIH 1 i 2			
Grups població	Cribratge: població diana	Mostra	Tècnica
<b>Dones embarassades</b>	Totes les dones: primera visita preferiblement en el primer trimestre. Si hi ha risc de contraure ITS, cal repetir-lo en el tercer trimestre (abans de la setmana 36).	<b>Sèrum</b>	<b>EIA</b> Si és reactiu es confirma amb un test suplementari (Western Blot, IFA o carga viral) amb una segona mostra.
<b>Dones sexualment actives</b>	Dones sexualment actives o amb ús de drogues per via parenteral	<b>Sèrum</b>	<b>EIA</b> Si és reactiu es confirma amb un test suplementari (Western Blot, IFA o carga viral) amb una segona mostra.
<b>Homes heterossexuals sexualment actius</b>	Homes sexualment actius o amb ús de drogues per via parenteral	<b>Sèrum</b>	<b>EIA</b> Si és reactiu es confirma amb un test suplementari (Western Blot, IFA o carga viral) amb una segona mostra.
<b>Homes que tenen sexe amb homes (HSH)</b>	Tots els homes que no tenen parella tancada	<b>Sèrum</b>	<b>EIA</b> Si és reactiu es confirma amb un test suplementari (Western Blot, IFA o carga viral) amb una segona mostra.

EIA Enzimoimmunoassaig que permet la detecció d'anticossos i antigen p24, IFA *Indirect Immunofluorescence Assay*

Taula 12. Hepatitis A

VHA			
Grups població	Cribratge: població diana	Mostra	Tècnica
<b>Dones sexualment actives</b>	Dona amb risc contraure ITS i que fa pràctiques orals i anals o digitals i rectals.	<b>Sèrum</b>	<b>Ac IgG VHA (EIA)</b>
<b>Homes que tenen sexe amb homes (HSH)</b>	Tots els homes que no tenen parella tancada ITS i que fan pràctiques orals i anals o digitals i rectals.	<b>Sèrum</b>	<b>Ac IgG VHA (EIA)</b>

Taula 13. Hepatitis C

VHC			
Grups població	Cribratge: població diana	Mostra	Tècnica
<b>Dones embarassades</b>	Dona amb risc de contraure ITS o amb ús de drogues per via parenteral  Cribratge: 1r trimestre	<b>Sèrum</b>	<b>anti-HCV (EIA)</b> Si és reactiu es confirma  Determinació de l'ARN del VHC amb una segona mostra
<b>Dones sexualment actives</b>	Dona amb risc de contraure ITS o amb ús de drogues per via parenteral	<b>Sèrum</b>	<b>anti-HCV (EIA)</b> Si és reactiu es confirma  Determinació de l'ARN del VHC amb una segona mostra
<b>Homes heterossexuals sexualment actius</b>	Homes sexualment actius amb relacions amb parelles coinfectades pel VIH o amb ús de drogues per via parenteral	<b>Sèrum</b>	<b>anti-HCV (EIA)</b> Si és reactiu es confirma  Determinació de l'ARN del VHC amb una segona mostra
<b>Homes que tenen sexe amb homes (HSH)</b>	HSH sexualment actius coinfectats pel VIH o  HSH que tenen relacions amb parelles coinfectades amb el VIH  HSH amb ús de drogues per via parenteral  HSH amb us de drogues no parenteral (cocaïna, etc.) durant les relacions sexuals	<b>Sèrum</b>	<b>anti-HCV (EIA)</b> Si és reactiu es confirma  Determinació de l'ARN del VHC amb una segona mostra

- El VHC no es transmet de manera eficient a través del sexe. No obstant això, les dades indiquen que pot esdevenir-se la transmissió sexual del VHC, especialment entre les persones amb infecció per VIH.
- En cas de positivitat d'hepatitis B, C o VIH, el consens territorial és derivar el cas al servei corresponent de l'hospital de referència.

**CAPÍTOL 7I**

**PRESA DE MOSTRES**

- **7.1 DONES**
- **7.2 HOMES**

### PRESA DE MOSTRES DONES

Principis generals de la recollida

- Identificació de la mostra (dades de la pacient, lloc on s'ha recollit la mostra: uretra, endocèrvix, recte o altres, sospita diagnòstica i cribratge).
- Recollida en condicions d'asèpsia.
- Ús del material adequat.
- Enviades com més ràpidament millor i sempre en condicions de conservació adequades (cal tenir-les a la nevera si es preveu un retard en l'enviament).
- No s'ha de recollir la mostra de cèrvix o vagina, si la dona està menstruante.
- En el cas de mostres rectals, cal intentar evitar recollir material fecal.

### 7. 1 RECOLLIDA DE MOSTRES EN LES DONES

#### 1.1. MOSTRES D'EXSUDAT VAGINAL

**Pacient:** posició ginecològica, si la mostra la recull un professional sanitari.

**Material:** portaobjectes, turunda seca.

**Tècnica:** la mostra pot ser recollida pel professional sanitari o per la pacient.

**Cal:**

1. Obrir el sobre que conté l'escovilló estèril amb precaució de no tocar-ne la punta.
2. Introduir l'hisop sec fins a 5 cm de l'entrada de la vagina, i rotar-lo suaument de 10 a 30 segons.
3. Obrir el tub de transport i introduir l'escovilló i assegurar-se que la punta blanca queda submergida en el medi de transport.
4. Tancar el tub de transport amb tap i assegurar-se que queda ben tancat i no es perd medi de transport.

#### 1.2. MOSTRES D'EXSUDAT ENDOCERVICAL

**Pacient:** posició ginecològica.

**Material:** espèculum, turunda amb medi de transport Stuart-Amies pel cultiu i turunda amb medi de transport per a virus/biologia molecular (per exemple: equip Abbot multi-Collect®).

**Tècnica:**

**Cal:**

1. Col·locar l'espèculum, sense lubricant, si fos necessari, i utilitzar aigua.
2. Netejar l'endocèrvix amb un hisop sec.
3. Pot haver-hi 3 procediments:
  - a. **Procediment A:** per fer el **diagnòstic de la malaltia (dona simptomàtica)**, s'ha de recollir la mostra per tècnica de PCR dual (clamídia i gonococ) + **cultiu de gonococ + antibiograma** (estudi de resistències).
  - b. **Procediment B:** per fer el **cribratge de la malaltia (dona asimptomàtica)** s'ha de recollir mostra per a PCR dual (clamídia i gonococ).
  - c. **Procediment C:** per fer el **cultiu + l'antibiograma** si s'ha detectat gonococ (PCR positiva) en el cribratge (procediment B). S'ha de fer en el moment que se cita la pacient per comunicar-li el diagnòstic i prescriure-li el tractament, i sempre abans de començar el tractament.

*Descripció dels procediments:*

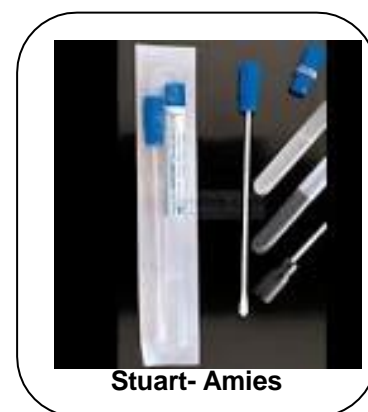
### **Procediment A: DIAGNÒSTIC → PCR DUAL + CULTIU + ANTIBIOGRAMA**

**Si es vol fer un cultiu i PCR, sempre s'ha de recollir primer la mostra per al cultiu i després la mostra per a la PCR.**

**Cal:**

a) *Recollir la mostra per cultiu de gonococ (aïllament i antibiograma)*

1. Obrir el sobre de l'escovilló estèril amb precaució de no tocar-ne la punta.
2. Introduir la punta blanca en el canal endocervical.
3. Rotar suaument l'escovilló de 15 a 30 segons per assegurar una quantitat de mostra adequada i retirar-lo amb cura.
4. Obrir el tub de transport (tap blau), introduir-hi l'escovilló i assegurar-se que la punta blanca queda submergida en el medi de transport Stuart-Amies.

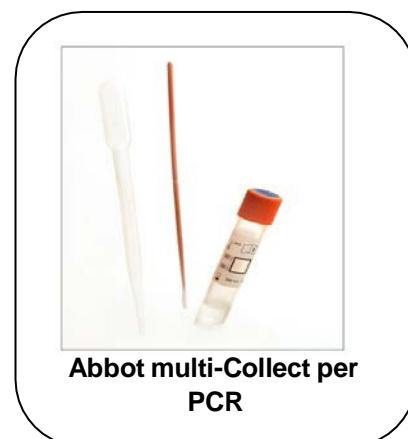


5. Tancar el tub de transport amb el tap i assegurar-se que queda ben tancat i no es perd medi de transport.
6. Identificar el tub de transport amb l'etiqueta de codi de barres d'identificació del pacient.
7. La mostra pot conservar-se a temperatura ambient, però cal tramitar-la al laboratori dins de les 24 h següents a la recollida.

**Cal:**

b) *Recollir la mostra per detecció d'infecció genital per clamídia i gonocòccia (PCR dual):*

1. Obrir el sobre i agafar la turunda amb medi de transport per a virus/biologia molecular (per exemple: equip Abbot multi-Collect®).
2. Introduir la punta blanca en el canal endocervical.
3. Rascar l'endocèrvix amb un moviment giratori enèrgic amb l'hisop per obtenir-ne cèl·lules, ja que la clamídia és un **organisme intracel·lular**.
4. Tancar el tub de transport amb el tap i assegurar-nos que queda ben tancat.
5. Identificar el tub de transport amb l'etiqueta del codi de barres d'identificació del pacient.
6. La mostra es pot conservar a la nevera fins a 3 dies.



**Procediment B: CRIBRATGE → PCR DUAL** (infecció genital per clamídia i gonocòccia).

**Cal:**

1. Obrir el sobre i agafar la turunda amb medi de transport per a virus/biologia molecular (per exemple: equip Abbot multi-Collect®).
2. Introduir la punta blanca en el canal endocervical.
3. Rascar l'endocèrvix amb un moviment giratori enèrgic amb l'hisop per obtenir cèl·lules, ja que la clamídia és un organisme intracel·lular.
4. Tancar el tub de transport amb el tap i assegurar-nos que queda ben tancat i no es perd medi de transport.

5. Identificar el tub de transport amb l'etiqueta de codi de barres d'identificació del pacient.
6. La mostra es pot conservar a la nevera fins a 3 dies.

**Procediment C: Cultiu + antibiograma** si s'ha detectat gonococ (PCR positiva) en el cribratge (procediment B). S'ha de fer en el moment que se cita la pacient per comunicar el diagnòstic i prescriure el tractament.

**Cal:**

1. Obrir el sobre que conté l'escovilló estèril amb precaució de no tocar-ne la punta.
2. Introdur la punta blanca en el canal endocervical.
3. Rotar suaument l'escovilló de 15 a 30 segons per assegurar una quantitat de mostra adequada i retirar-lo amb cura.
4. Obrir el tub de transport (tap blau), introduir-hi l'escovilló i assegurar-nos que la punta blanca queda submergida en el medi de transport Stuart-Amies.
5. Tancar el tub de transport amb el tap i assegurar-nos que queda ben tancat i no es perd medi de transport.
6. Identificar el tub de transport amb l'etiqueta de codi de barres d'identificació del pacient.
7. La mostra pot conservar-se a temperatura ambient, però cal tramitar-la al laboratori dins de les 24 h següents a la recollida.

### 1.3. MOSTRES D'EXSUDAT RECTAL

**Material:** gases estèrils, turunda amb medi de transport **Stuart-Amies** i l'equip **Abbot multi-Collect**. Anuscopi si és possible.

**Posició:** amb els genolls a sobre de la llitera, cal flexionar el tronc fins tocar amb el cap la llitera i separar les natges amb les mans.

**Tècnica:**

- Netejar la zona anal amb gasa estèril.

- Pot haver-hi 3 procediments:
  - a) **Procediment A:** per fer el **diagnòstic de la malaltia (dona simptomàtica)**, s'ha de recollir mostra per tècnica de PCR dual (clamídia i gonococ) + **cultiu de gonococ + antibiograma** (estudi de resistències).
  - b) **Procediment B:** per fer **cribratge de la malaltia (dona asimptomàtica)** s'ha de recollir mostra per a PCR dual (clamídia i gonococ).
  - d. **Procediment C:** per fer **el cultiu + l'antibiograma** si s'ha detectat gonococ (PCR positiva) en el cribratge (procediment B). S'ha de fer en el moment que se cita la pacient per comunicar-li el diagnòstic i prescriure-li el tractament i sempre abans de l'inici de tractament.

*Descripció dels procediments:*

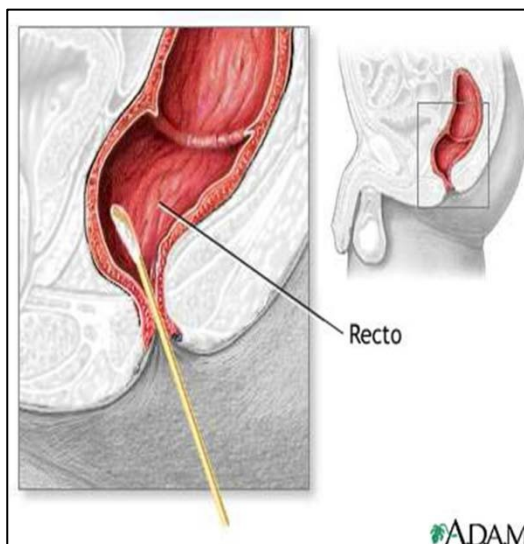
### **Procediment A: Diagnòstic**

#### **Cal:**

*a) Recollir la mostra per cultiu de gonococ (aïllament i antibiograma):*

1. Obrir el sobre que conté l'escovilló estèril amb precaució de no tocar-ne la punta.
2. Introduir l'escovilló per l'esfínter anal d'1 a 2 cm. Rotar l'escovilló contra les criptes rectals.
3. Mantenir-lo a la cavitat rectal de 10 a 30 segons perquè s'hi adhereixin els microorganismes.
4. Obrir el tub de transport (tap blau), introduir-hi l'escovilló i assegurar-nos que la punta blanca queda submergida en el medi de transport Stuart-Amies.
5. Tancar el tub de transport amb el tap i assegurar-nos que queda ben tancat i no es perd medi de transport.
6. Identificar el tub de transport amb l'etiqueta de codi de barres d'identificació del pacient.
7. La mostra pot conservar-se a temperatura ambient, però cal tramitar-la al laboratori dins de les 24 h següents a la recollida.





Cal:  
b)

*Recollir la mostra per detecció d'infecció anorectal per clamídia i gonococ (PCR dual):*

1. Obrir el sobre i agafar la turunda amb medi de transport per a virus/biologia molecular (per exemple: equip Abbot multi-Collect®).
2. Introduir l'escovilló per l'esfínter anal entre 1 i 2 cm. Rotar l'escovilló contra les criptes rectals.
3. Mantenir dins la cavitat rectal entre 10 i 30 segons per a que s'adhereixin els microorganismes.
4. Tancar el tub de transport amb el seu tap, assegurant-nos que queda ben tancat i no es perd medi de transport.
5. Identificar el tub de transport amb l'etiqueta de codi de barres d'identificació del pacient.
6. La mostra es pot conservar a la nevera fins a 3 dies.



**Si ús d'anuscopi:** cal lubricar-lo amb vaselina i introduir-lo per l'anus. Retirar poc a poc per visualitzar la mucosa correctament.

**Procediment B: CRIBRATGE**

**Cal:**

*Recollir la mostra per detecció d'infecció anorectal per **clamídia i gonococ (PCR dual)**:*

1. Obrir el sobre i agafar la turunda amb medi de transport per a virus/biologia molecular (per exemple: equip Abbot multi-Collect®).
2. Introduir l'escovilló per l'esfínter anal entre 1 i 2 cm. Rotar l'escovilló contra les criptes rectals.
3. Mantenir-lo a la cavitat rectal de 10 a 30 segons perquè s'hi adhereixin els microorganismes.
4. Tancar el tub de transport amb el tap i assegureu-vos que queda ben tancat i no es perd medi de transport.
5. Identificar el tub de transport amb l'etiqueta de codi de barres d'identificació del pacient.
6. La mostra es pot conservar a la nevera fins a 3 dies.

**Procediment C: cultiu + antibiograma** si s'ha detectat gonococ (PCR positiva) en el cribratge (procediment B). S'ha de fer en el moment que se cita la pacient per comunicar-li el diagnòstic i prescriure el tractament.

**Cal:**

Obrir el sobre que conté l'escovilló estèril amb precaució de no tocar-ne la punta.

1. Introduir l'escovilló per l'esfínter anal entre 1 i 2 cm. Rotar l'escovilló contra les criptes rectals.
2. Mantenir-lo a la cavitat rectal de 10 a 30 segons perquè s'hi adhereixin els microorganismes.
3. Obrir el tub de transport (tap blau), introduir-hi l'escovilló i assegurar-nos que la punta blanca queda submergida en el medi de transport Stuart-Amies.
4. Tancar el tub de transport amb el tap i assegurar-nos que queda ben tancat i no es perd medi de transport.

5. Identificar el tub de transport amb l'etiqueta de codi de barres d'identificació del pacient.
6. La mostra pot conservar-se a temperatura ambient, però cal tramitar-la al laboratori durant les 24 h següents a la recollida.

### 1.4. MOSTRES D'EXSUDAT FARINGI

**Material:** depressor lingual, turunda amb medi de transport Stuart-Amies i l'equip Abbot multi-Collect

**Pacient:** assegut, amb llum directa enfocant-li la boca

**Tècnica:**

**Cal:**

- Rascar un o dos cops amb la turunda les amígdales i la faringe posterior.
- Retirar l'escovilló evitant tocar la mucosa oral, la llengua o l'úvula, per evitar possibles contaminacions.

### 1.5. MOSTRES D'EXSUDAT D'ÚLCERES (herpes simple virus)

**Material:** gases estèrils, sèrum fisiològic, escovilló estèril sense medi de transport

**Pacient:** assegut a la llitera.

**Tècnica:**

**Cal:**

- Netejar la superfície de la lesió amb una gasa humida en sèrum salí.
- Amb una turunda, rascar la base de la lesió amb la finalitat d'obtenir cèl·lules.
- Trencar el pal de l'escovilló i introduir-lo en un pot estèril de tap de rosca, per a tècnica PCR.

**Casos especials:**

- Si hi ha vesícules: cal trencar-les amb la punta d'una agulla estèril o amb la mateixa turunda.
- Si la lesió és crostosa: cal retirar la crosta amb el mateix material, humitejar l'escovilló amb sèrum salí estèril i rascar la lesió, evitant-ne el sagnat.

## 7. 2 RECOLLIDA DE MOSTRES EN ELS HOMES

### 2.1. MOSTRES D'EXSUDAT URETRAL

**Pacient:** dret.

**Material:** turunda amb vareta fina flexible d'alginat càlcic o dacró amb medi de transport Stuart-Amies pel cultiu, turunda amb medi de transport per a virus/biologia molecular (per exemple: equip Abbot multi-Collect®), i si no hi ha exsudat tub de plàstic/ recipient estèril de boca ampla.

**Tècnica:** la mostra pot ser recollida per professional sanitari

**Cal:**

Obrir el sobre que conté l'escovilló estèril amb precaució de no tocar-ne la punta.

1. **En el pacient amb exsudat uretral**, si hi ha secreció en el meatus urinari, recollir-la, sinó
2. Introduir l'hisop sec fins a 2 cm de l'entrada de la uretra, i rotar suaument de 10 a 30 segons.
3. Cal recollir dues mostres:
  - Una per a estudi de PCR dual: la turunda amb medi de transport per a virus/biologia molecular (per exemple: equip Abbot multi-Collect®).
  - Una per a cultiu *N. gonorrhoeae* i estudi de sensibilitat antibiòtica: turunda en el medi de transport Stuart-Amies.
4. Obrir els tubs de transport i introduir els escovillons i assegurar-nos que queden submergits en els medis de transport corresponents.
5. Tancar els tubs de transport amb els taps, assegurant-nos que queda ben tancat i no es perd medi de transport.
6. **En el pacient sense exsudat**, s'ha de recollir mostra d'orina. En aquesta situació el pacient **no ha d'haver miccionat durant les dues hores abans de la recollida**. S'ha de recollir el primer raig de l'orina en el recipient estèril.
7. Identificar el tub de transport amb l'etiqueta del codi de barres d'identificació del pacient.
8. La mostra es pot conservar a la nevera 3 dies.

## 2.2. MOSTRES D'EXSUDAT RECTAL

**Material:** gases estèrils, turunda amb medi de transport **Stuart-Amies** i l'equip **Abbot multi-Collect**. Anuscopi si és possible.

**Posició:** amb els genolls a sobre de la llitera, cal flexionar el tronc fins a tocar amb el cap la llitera i separar les natges amb les mans.

### **Tècnica:**

- Netejar la zona anal amb gasa estèril.
- Pot haver 3 procediments:
  1. **Procediment A:** per fer **diagnòstic de la malaltia (dona simptomàtica)**, s'ha de recollir mostra per tècnica de PCR dual (clamídia i gonococ) + **cultiu de gonococ + antibiograma** (estudi de resistències),
  2. **Procediment B:** per fer **cribratge de la malaltia (dona asimptomàtica)** s'ha de recollir mostra per a PCR dual (clamídia i gonococ).
  3. **Procediment C:** per fer **el cultiu + l'antibiograma** en el cas de que s'hagi detectat gonococ (PCR positiva) en el cribratge (procediment B). S'ha de fer en el moment que se cita la pacient per comunicar-li el diagnòstic i prescriure-li el tractament i sempre abans de l'inici de tractament.

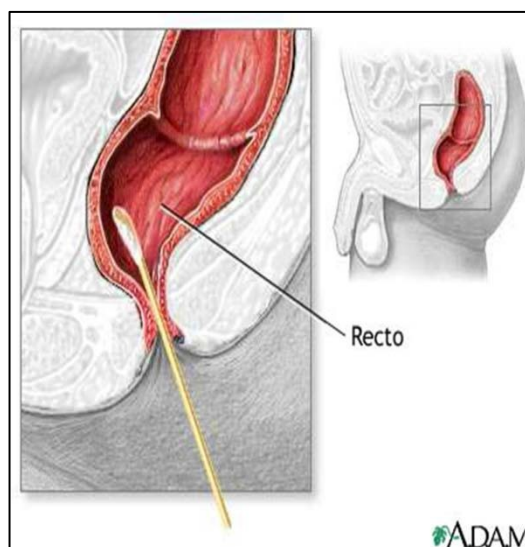
*Descripció dels procediments:*

### **1, Procediment A: diagnòstic**

*a) Recollir la mostra per cultiu de gonococ (aïllament i antibiograma):*

1. Obrir el sobre que conté l'escovilló estèril amb precaució de no tocar la punta.
2. Introduir l'escovilló per l'esfínter anal entre 1 i 2 cm. Rotar l'escovilló contra les criptes rectals.
3. Mantenir dins la cavitat rectal entre 10 i 30 segons per a que s'adhereixin els microorganismes.
4. Obrir el tub de transport (tap blau) i introduir l'escovilló, assegurant-nos de que la punta blanca queda submergida en el medi de transport Stuart-Amies.
5. Tancar el tub de transport amb el seu tap, assegurant-nos que queda ben tancat i no es perd medi de transport.

6. Identificar el tub de transport amb l'etiqueta de codi de barres d'identificació del pacient.
7. La mostra pot conservar-se a temperatura ambient, però cal tramitar-la al laboratori dins de les 24 h següents a la recollida.



b) Recollir la mostra per detecció d'infecció anorectal per clamídia i gonococ (PCR dual):

1. Obrir el sobre i agafar la turunda amb medi de transport per a virus/biologia molecular (per exemple: equip Abbot multi-Collect®).
2. Introduir l'escovilló per l'esfínter anal entre 1 i 2 cm. Rotar l'escovilló contra les criptes rectals.
3. Mantenir dins la cavitat rectal entre 10 i 30 segons per a que s'adhereixin els microorganismes.
4. Tancar el tub de transport amb el seu tap, assegurant-nos que queda ben tancat i no es perd medi de transport.
5. Identificar el tub de transport amb l'etiqueta de codi de barres d'identificació del pacient.
6. La mostra es pot conservar a la nevera fins a 3 dies.



**Si ús d'anuscopi:** lubricar-lo amb vaselina i introduir-lo per l'anus. Retirar poc a poc per visualitzar la mucosa correctament.

## 2 Procediment B: Cribratge

*Recollir la mostra per detecció d'infecció anorectal per **clamídia i gonococ (PCR dual)**:*

**Cal:**

1. Obrir el sobre i agafar la turunda amb medi de transport per a virus/biologia molecular (per exemple: equip Abbot multi-Collect®).
2. Introduir l'escovilló per l'esfínter anal entre 1 i 2 cm. Rotar l'escovilló contra les criptes rectals.
3. Mantenir dins la cavitat rectal entre 10 i 30 segons per a que s'adhereixin els microorganismes.
4. Tancar el tub de transport amb el seu tap, assegurant-nos que queda ben tancat i no es perd medi de transport.
5. Identificar el tub de transport amb l'etiqueta de codi de barres d'identificació del pacient.
6. La mostra es pot conservar a la nevera fins a 3 dies.

**3 Procediment C: Cultiu + antibiograma** en el cas de que s'hagi detectat gonococ (PCR positiva) en el cribratge (procediment B). Es realitzarà en el moment en que es cita a la pacient per comunicar el diagnòstic i prescriure el tractament.

Obrir el sobre que conté l' escovilló estèril amb precaució de no tocar la punta.

1. Introduir l'escovilló per l'esfínter anal entre 1 i 2 cm. Rotar l'escovilló contra les criptes rectals.
2. Mantenir dins la cavitat rectal entre 10 i 30 segons per a que s'adhereixin els microorganismes.

3. Obrir el tub de transport (tap blau) i introduir l'escovilló, assegurant-nos de que la punta blanca queda submergida en el medi de transport Stuart-Amies.
4. Tancar el tub de transport amb el seu tap, assegurant-nos que queda ben tancat i no es perd medi de transport.
5. Identificar el tub de transport amb l'etiqueta de codi de barres d'identificació del pacient.
6. La mostra pot conservar-se a temperatura ambient, però cal tramitar-la al laboratori dins de les 24 h següents a la recollida.

### 2.3. MOSTRES D'EXSUDAT FARINGI

**Material:** depressor lingual, turunda amb medi de transport Stuart-Amies i l'equip Abbot multi-Collect

**Pacient:** assegut, amb llum directa enfocant-li la boca

**Tècnica:**

**Cal:**

- Rascar un o dos cops amb la turunda les amígdales i la faringe posterior.
- Retirar l'escovilló evitant tocar la mucosa oral, la llengua o l'úvula, per evitar possibles contaminacions.

### 2.4. MOSTRES D'EXSUDAT D'ÚLCERES (herpes simple virus)

**Material:** gases estèrils, sèrum fisiològic, escovilló estèril sense medi de transport

**Pacient:** assegut a la llitera.

**Tècnica:**

**Cal:**

- Netejar la superfície de la lesió amb una gasa humida en sèrum salí.
- Amb una turunda, rascar la base de la lesió amb la finalitat d'obtenir cèl·lules.
- Trencar el pal de l'escovilló i introduir-lo en un pot estèril de tap de rosca, per a tècnica PCR.



### **Casos especials:**

- Si hi ha vesícules: cal trencar-les amb la punta d'una agulla estèril o amb la mateixa turunda.
- Si la lesió és crostosa: cal retirar la crosta amb el mateix material, humitejar l'escovilló amb sèrum salí estèril i rascar la lesió, evitant-ne el sagnat.

CAPÍTOL 8

PERÍODES FINESTRA

-TAULA 14. PERÍODES FINESTRA

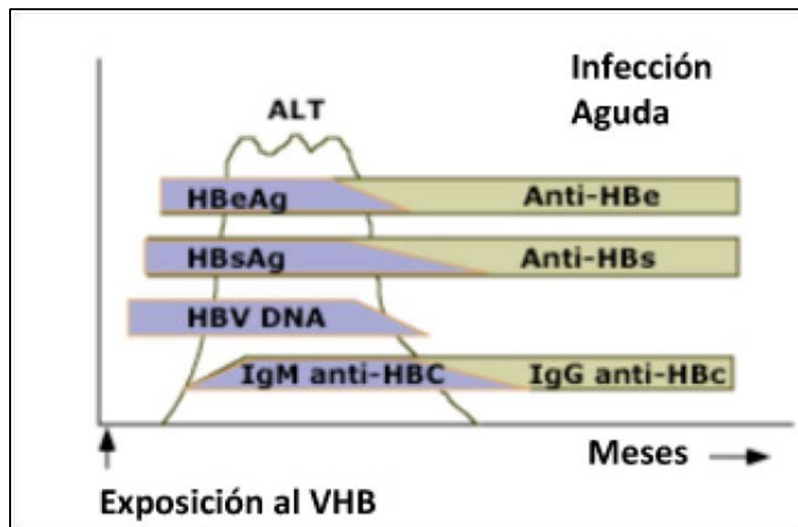
## ACTUALITZACIÓ EN L'ATENCIÓ D'ITS METROPOLITANA SUD – 2018

**Taula 14. Períodes finestra**

	Tests diagnòstics	
Sífilis	Tests treponèmics	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se solen positivar a partir de les <b>2 setmanes</b> de l'aparició del xancre sifilític (<b>IgM</b>)</li> <li>Se solen positivar a partir de les <b>4-5 setmanes</b> de l'aparició del xancre sifilític (<b>IgG</b>)</li> </ul>
	Tests no-treponèmics o reagínics	<p><i>En el període latent entre <b>sífilis primària</b> i <b>secundària</b>, aquests tests tenen <b>baixa sensibilitat</b></i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se solen positivar a partir de les <b>2-3 setmanes</b> de l'aparició del xancre sifilític</li> </ul>
Hepatitis B	ADN-VHB	<p><i>En el diagnòstic de la infecció aguda per VHB, han de valorar-se conjuntament els resultats d'aquests marcadors (Vegeu la figura 1)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>HBsAg</b>: Se solen positivar <b>entre les 6 i 8 setmanes de la</b> postexposició. En ocasions, pot ser de només 1 mes i fins a 6 mesos.</li> </ul>
	HBsAg	
	anti-HBc (IgM e IgG)	
	HBeAg	
Hepatitis C	Anti-VHC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se solen positivar a partir de les <b>6-7 setmanes</b> postexposició (Vegeu figura 2)</li> </ul>
	ARN-VHC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se sol positivar a partir de la <b>1-2 setmanes</b> postexposició</li> </ul>
Hepatitis A	anti-VHA (IgM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se sol positivar de <b>5-10 dies abans</b> de l'aparició dels símptomes</li> </ul>
Infecció pel VIH	Anticòsos VIH-1/2 + Antígen p24 (Test combinat)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se solen positivar a partir dels <b>13-15 dies</b> postexposició. Es recomana fer una serologia als 3-6 mesos, si el resultat és negatiu. (Vegeu la figura 3)</li> </ul>
	Càrrega viral	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se sol positivar <b>a partir de 2 setmanes</b> postexposició</li> </ul>
Herpes genital	PCR Serologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es pot recollir la mostra en presència de vesícules o lesions mucocutànies. La PCR és la prova d'elecció</li> </ul>
Infecció genital clamídia	PCR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se sol positivar <b>a partir de 2 setmanes</b> postexposició</li> </ul>
Gonococ	PCR / cultiu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se sol positivar <b>a partir de 7 dies</b> postexposició</li> </ul>

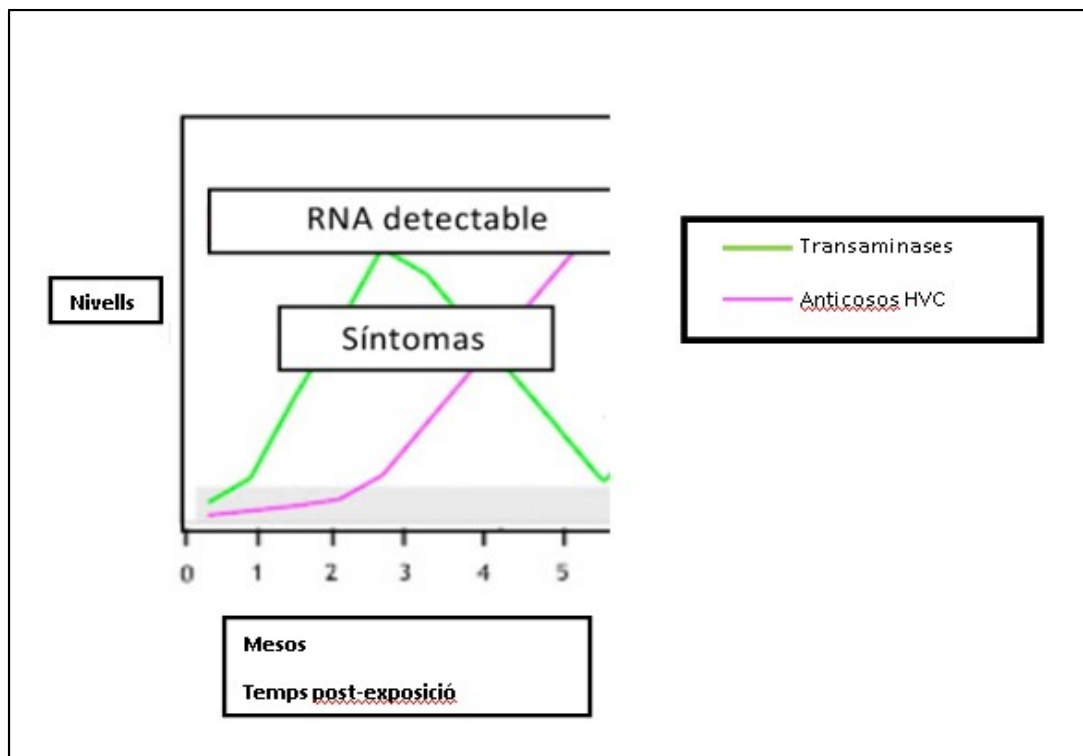
**El període de finestra:** és el temps que cal esperar entre l'exposició sexual de risc de contraure una ITS i el moment adequat per fer les diverses proves de laboratori. Si la mostra s'ha recollit després del període de finestra recomanat, els resultats del laboratori es consideren vàlids. Si la mostra s'ha recollit abans, el resultat del laboratori pot ser un fals negatiu i caldrà repetir la presa de mostra en l'interval del temps adequat. **Si es fa un cribatge d'ITS, aquests períodes no són aplicables.**

**Figura 1. Evolució dels marcadors d'infecció aguda pel virus de l'hepatitis B**



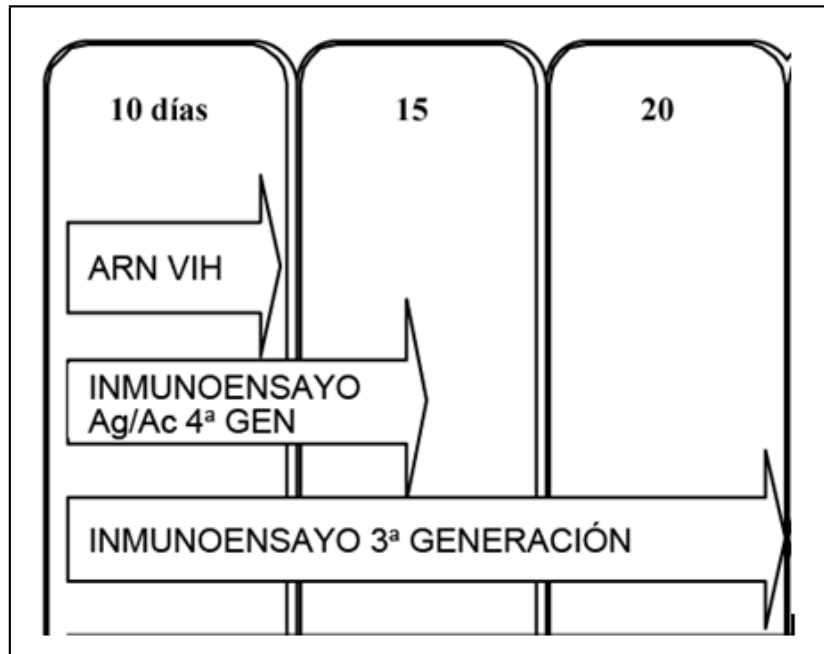
Font: Recomendaciones de la Sociedad Española de Microbiología y Enfermedades Infecciosas: Procedimientos en Microbiología clínica. Diagnóstico microbiológico de las hepatitis víricas. 2014

**Figura 2. Evolució dels marcadors d'infecció aguda pel virus de l'hepatitis C**



Font: Recomendaciones de la Sociedad Española de Microbiología y Enfermedades Infecciosas: Procedimientos en Microbiología clínica. Diagnóstico microbiológico de las hepatitis víricas. 2014

**Figura 3. Evolució dels marcadors d'infecció aguda pel virus de la immunodeficiència humana**



Font: Recomendaciones de la Sociedad Española de Microbiología y Enfermedades Infecciosas: Procedimientos en Microbiología clínica. Diagnóstico microbiológico de la infección por el HIV. 2014

## **CAPÍTOL 9**

### **TRACTAMENT**

**TAULA 15. TRACTAMENT PER AGENT CAUSAL (MICROORGANISME)**

**-TAULA 16. TRACTAMENT DE SÍNDROMES**

Taula 15 . Tractament per agent causal (microorganisme)

## TRACTAMENT ITS EN DONES **NO** GESTANTS I HOMES

<b>INFECCIÓ UROGENITAL PER CLAMIDIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azitromicina, 1g / oral / dosi única.</li> <li>• En 2-4 setmanes control clínic i revaluació.</li> </ul>
<b>GONOCÒCCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ceftriaxona, 500mg / IM / dosi única + Azitromicina, 1 g / oral / dosi única.</li> <li>• En 72h control min. clínic i revaluació.</li> </ul>
<b>SÍFILIS PRIMÀRIA, SECUNDÀRIA o LATENT PRECOÇ(&lt;1 any)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penicil.lina G bezantina, 2,4 mU / IM / dosi única.</li> </ul>
<b>SÍFILIS LATENT TARDANA (&gt;1 any) o INDETERMINADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penicil.lina G bezantina, 2,4 mU / IM / 7 dies / 3 setmanes.</li> </ul>
<b>TRICOMONIASI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metronidazol 2 g / oral / dosi única o tinidazole, 2g / oral / dosi única.</li> </ul>
<b>CONDILOMES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imiquimod (Aldara®), 3 aplicacions a condilomes visibles / setmana / màx 16 setmanes.</li> <li>• Podofilotoxina (Wartec®), 2 aplicacions a condilomes visibles / dia / 3 setmanes descans cada 4 setmanes.</li> <li>• Sinecatequina (Veregen®), 3 aplicacions a condilomes visibles / dia / màx 16 setmanes.</li> </ul>
<b>HERPES GENITAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aciclovir, 400 mg /oral / 8h / 7-10 dies.</li> </ul>
<b>MIP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ceftriaxona, 500 mg / IM / dosi única + doxicilina, 100mg / oral / 12h / 14 dies amb o sense metronidazole, 500 mg / oral /12 h / 14 dies.</li> </ul>

## TRACTAMENT ITS EN DONES GESTANTS

<b>INFECCIÓ UROGENITAL PER CLAMÍDIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azitromicina, 1g / oral / dosi única.</li> <li>• En 2-4 setmanes control clínic i revaluació.</li> </ul>
<b>GONOCÒCCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ceftriaxona, 500mg / IM / dosi única + Azitromicina, 1 g / oral / dosi única.</li> <li>• En 72h control Clínic i revaluació.</li> </ul>
<b>SÍFILIS PRIMÀRIA, SECUNDÀRIA o LATENT PRECOÇ(&lt;1 any)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penicil.lina G bezantina, 2,4 mU / IM / dosi única.</li> </ul>
<b>SÍFILIS LATENT TARDANA (&gt;1 any) o INDETERMINADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penicil.lina G bezantina, 2,4 mU / IM / 7 dies / 3 setmanes.</li> </ul>
<b>TRICOMONIASI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metronidazole, 2 g / oral / dosi única.</li> </ul>
<b>CONDILOMES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exeresi quirúrgica i crioterapia. Tractament local contraindicat.</li> </ul>
<b>HERPES GENITAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aciclovir, 400 mg / oral / 8h / 7-10 dies si brot primari i recidivants.</li> <li>• Pauta supressora per gestants seleccionades a partir 36 setmanes.</li> <li>• Aciclovir, 500 mg / oral / 8h / fins al moment del part.</li> </ul>
<b>MIP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingrés hospitalari i tractament amb fàrmacs per via parenteral.</li> </ul>

Taula 16. Tractament de síndromes

**Sífilis**

Primària	1x dosi única im	penicil.lina G benzatínica 2.400.000 UI
Secundària	1x dosi única im	penicil.lina G benzatínica 2.400.000 UI
Latent Precoç	1x dosi única im	penicil.lina G benzatínica 2.400.000 UI
Latent tardana	1x setmana 3 dosi im	penicil.lina G benzatínica 2.400.000 UI
Latent indeterminada	1x setmana 3 dosi im	penicil.lina G benzatínica 2.400.000 UI
Neuro-sífilis		penicil.lina G acuosa 3-4 millones UI/4 h ev 10-14 dies



**Sífilis (al.lèrgia penicil.lina)**

Règims alternatius

Primària	Doxiciclina 100 mg cada 12h vo 14 d
Secundària	Doxiciclina 100 mg cada 12h vo 14 d
Latent precoç	Doxiciclina 100 mg cada 12h vo 14 d
Latent tardana	Doxiciclina 100 mg cada 12h vo 28 d
Latent indeterminada	Doxiciclina 100 mg cada 12h vo 28 d
Neuro-sífilis	Ceftriaxona 2 g ev cada 24h 10-14 d

## Úlceres genitals

VHS genital	Primer episodi: aciclovir 500 mg/8h vo 7-10 d
	Recurrència: aciclovir 500 mg/8h vo 5 d
	Supressiu: aciclovir 500 mg/12 h vo
Xancroide	Azitromicina 1g vo dosi única
Donovanosi	Azitromicina 1g vo/setmana mínim 3 setmanes i fins resolució
Limfogranuloma v.	Doxiciclina 100 mg cada 12h vo 21 d

**Uretritis**

Empíric	Ceftriaxona 500 mg im + azitromicina 1g vo du
Gonococ	Ceftriaxona 500 mg im + azitromicina 1g vo du
<i>Chlamydia t.</i>	Azitromicina 1g vo dosi única (Doxiciclina 100 mg cada 12h vo 7 d)
Uretritis no gonocòcciques	Azitromicina 1g vo dosi única (Doxiciclina 100 mg cada 12h vo 7 d)
<i>Trichomonas v.</i>	Metronidazole 1500 mg dosi única

**Cervicitis**

Empíric	Ceftriaxona 500 mg im + azitromicina 1g vo + metronidazole 2000 mg vo todo du
Gonococ	Ceftriaxona 500 mg im + azitromicina 1g vo du
<i>Chlamydia t.</i>	Azitromicina 1g vo dosis única (Doxiciclina 100 mg cada 12h vo 7 d)
<i>Trichomonas v.</i>	Metronidazole 2000 mg vo du
VHS	Aciclovir 500 mg/8h vo 7-10 d

**Proctitis**

Empíric	Ceftriaxona 500 mg im (du)+ doxiciclina 100 mg cada 12h vo 7 d
Gonococ	Ceftriaxona 500 mg im + azitromicina 1g vo dosi única
<i>Chlamydia t.</i>	Doxiciclina 100 mg cada 12h vo 7 d
Limfogranuloma v.	Doxiciclina 100 mg cada 12h vo 21 d
Sífilis	Penicilina G Benzatínica 2.400.000 UI im du
VHS	Aciclovir 500 mg/8h vo 7-10 d

**EPI**

Empíric ingrés

Ceftriaxona ev + doxicilina ev + metronidazole ev

Empíric ambulatori

Ceftriaxona 500 mg im + doxicilina +/- metronidazole

Alternativa

Clindamicina + gentamicina

EPIs no risc sexual

Cal ajustar tractament sobre la base del patró de resistències locals

**PAUTES RECOMANADES EN SITUACIÓ D'AL·LÈRGIA ALS TRACTAMENTS DE PRIMERA LÍNIA**

<b>Gonocòccia</b> Azitromicina, 2 g / oral / dosi única + Gentamicina, 240 mg / IM / (dosis única)
<b>Sífilis primària, secundària i latent precoç:</b> Doxiciclina, 100 mg / oral / 12h durant 14 dies
<b>Sífilis latent tardana o indeterminada:</b> Doxiciclina 100 mg / oral / 12h durant 28 dies

*Les reaccions al·lèrgiques a les cefalosporines de primera generació es produeixen en <2,5% de les persones amb antecedents d'al·lèrgia a la penicil·lina, i són poc freqüents amb cefalosporines de tercera generació (ceftriaxona i cefixime). L'ús de ceftriaxona o cefixime està contraindicat en persones amb antecedents d'una al·lèrgia a penicil·lina mediada per IgE (anafilaxis, síndrome de Stevens Johnson i necròlisis epidèrmica tòxica).*

**Taula 17. Control posterior vaginitis i ITS**

MALALTIA (AGENT ETIOLÒGIC)	CONTROL POSTERIOR
VAGINOSI BACTERIANA/GARDERELLA (NO ITS)	No cal si Asimptomàtica
CANDIDIASI GENITAL (NO ITS)	No cal si Asimptomàtica
TRICOMONIASI ( <i>T. VAGINALIS</i> )	No cal si Asimptomàtic/a
INFECCIÓ GENITAL PER CLAMÍDIES ( <i>C. TRACHOMATIS</i> )	<p>1. Entre 2 i 4 setmanes: control clínic</p> <p>3. Abstinència sexual una setmana</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si incompliment de tractament → tractar de nou</li> <li>- Si noves situacions d'alt risc → repetir recollida de mostres</li> <li>- Si parella no tractada → prescriure tractament als dos</li> </ul> <p>2. Realitzar control microbiològic Post tractament:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. A les gestants → a les 3-4 setmanes</li> <li>. Als altres → als 3 mesos si incompliment del tractament i/o si presenta símptomes</li> </ul>
GONOCÒCCIA ( <i>N. GONORRHOEAE</i> )	<p>1. Control clínic a les 72 h post tractament (telefònic o presencial)</p> <p>4. Abstinència sexual 1 setmana Post tractament</p> <p>2. Si incompliment tractament → nou tractament.</p> <p>3. Cultiu per confirmar curació:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Obligatori en gestants → als 7 dies post tractament</li> <li>Recomanat en no gestant → si dubtes de curació (si segueix simptomatologia) als 7 dies</li> </ul>
SÍFILIS PRIMÀRIA	Sífilis precoç → Als 1, 3, 6 i 12 mesos, + 24m, si infecció VIH +
SÍFILIS SECUNDÀRIA	Sífilis tardana → Als 3, 6, 12 i 24 mesos
SÍFILIS TERCIARI	<p>Neurosífilis → Als 6, 12 i 24 mesos</p> <p>Gestant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si baix risc reinfecció → a les 28-32 setmanes + en el part</li> <li>- Si alt risc reinfecció → mensualment fins al part.</li> </ul>

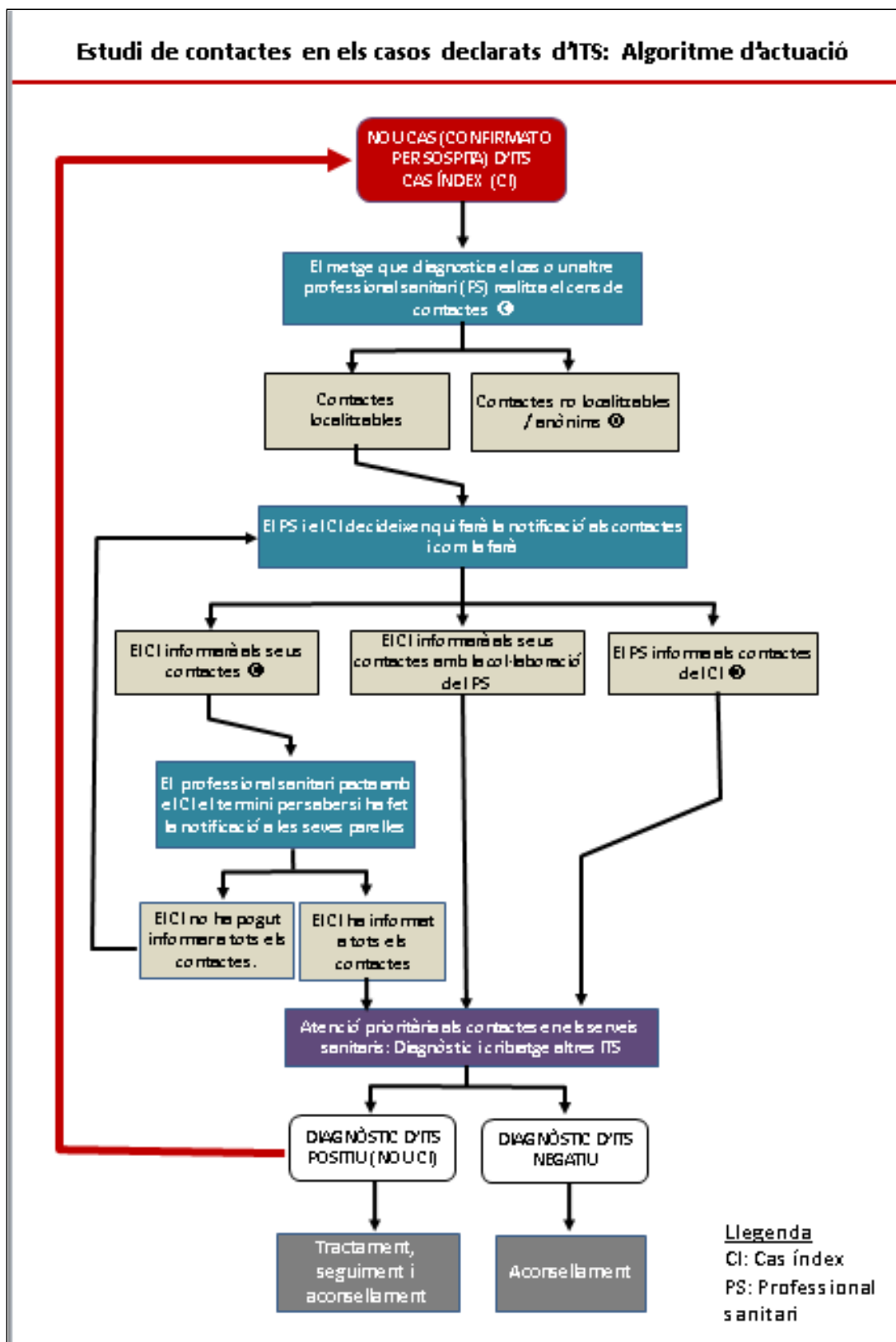


## CAPÍTOL 10

### ESTUDI DE CONTACTES

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

[http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/contingut\\_responsiu/salutAZ/II/infeccions\\_transmissio\\_sexual/recursos\\_prof/documents/protocol\\_ec\\_its.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/contingut_responsiu/salutAZ/II/infeccions_transmissio_sexual/recursos_prof/documents/protocol_ec_its.pdf)



Font: Sub-direcció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Departament de Salut.

### Observacions

1. El terme “professional sanitari” inclou personal sanitari del mateix equip (metge, infermer, llevador) i referent d'ITS amb la col·laboració i sota la direcció dels metges de vigilància epidemiològica  
*(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).*
2. Recollir informació sobre llocs, webs i/o xarxes de trobades.
3. El professional sanitari ofereix suport al CI per fer la notificació a les parelles i li recomana que faci la notificació en 48-72 hores. En el cas de la infecció pel VIH és extremadament important que la notificació es faci abans de les 72h per tal que el contacte es beneficiï del tractament postexposició.
4. El professional sanitari que realitza la notificació ha de disposar de la informació necessària per localitzar als contactes del CI.

**CAPÍTOL 11**

**CIRCUITS TERRITORIALS**

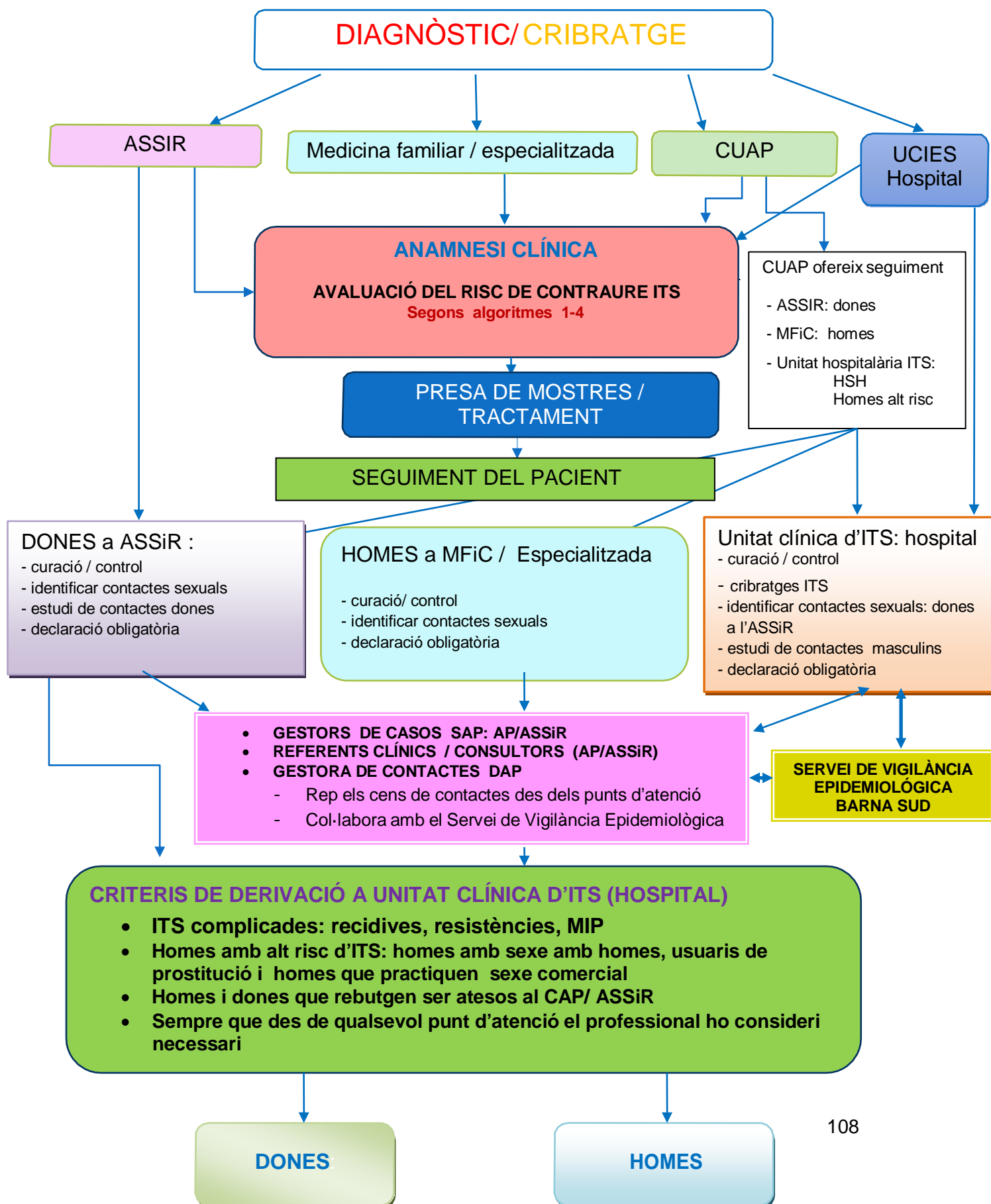
**11.1 ALGORITME 5 GESTIÓ DE PACIENTS SEGONS EL PLA FUNCIONAL D'ITS METROPOLITANA SUD**

**11.2 ALGORITME 6 GESTIÓ DE CONTACTES SEGONS EL PLA FUNCIONAL D'ITS METROPOLITANA SUD**

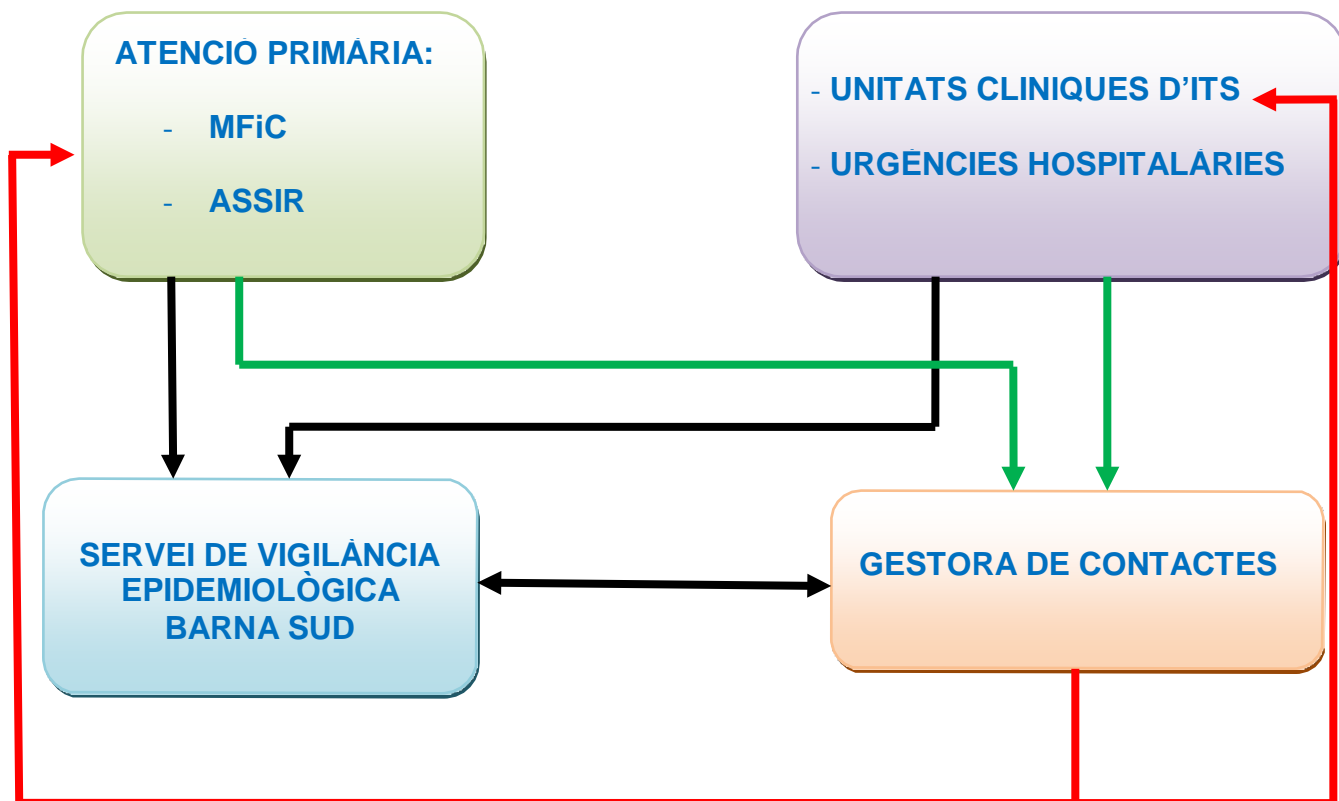
**11.3 FUNCIONS DE REFERENTS D'ITS**

**11.4 ORDRES CLÍNIQUES (OC) DE DERIVACIÓ HOSPITALÀRIA (Descripció segons àmbit)**

ALGORITME 5: CIRCUI T TERRITORIAL. MODEL DE GESTIÓ DE PACIENTS



ALGORITME 6 GESTIÓ DE CONTACTES



FLUXOS DE DERIVACIÓ (Fletxes de direcció segons colors de llegenda)

- ❖ COMUNICACIÓ DE CENS
- ❖ NOTIFICACIÓ DE CASOS I CENS
- ❖ DERIVACIÓ DE CONTACTES

**Funcions de referents d'ITS I'EAP-I'ASSIR:**

**1. REFERENTS CLÍNICS / CONSULTORS ( AP /ASSIR )**

**Perfil preferent: facultatiu amb funció de consultor clínic.**

**Sector Sanitari Baix Llobregat Nord**

Atenció Primària:

Dr. David Pedrazas – [dpedrazas@ambitcp.catsalut.net](mailto:dpedrazas@ambitcp.catsalut.net)

Dr. Marco Paredes - [mparedes@mutuaterrassa.es](mailto:mparedes@mutuaterrassa.es)

Dra. Astrid Tito - [atito@ambitcp.catsalut.net](mailto:atito@ambitcp.catsalut.net)

Dr. Marc Tarín - [marctarin.bcn.ics@gencat.cat](mailto:marctarin.bcn.ics@gencat.cat)

ASSIR Baix Llobregat Nord: Dra. Sabina Bel Querol - [sbel@ambitcp.catsalut.net](mailto:sbel@ambitcp.catsalut.net)

**Sector Sanitari Alt Penedès-Garraf**

Atenció Primària

ASSIR Garraf: Dra. Glòria Valdelvira - [gvaldelvira@ambitcp.catsalut.net](mailto:gvaldelvira@ambitcp.catsalut.net)

ASSIR Alt Penedès: Dra. Marcela Serbassi - [mserbassi@ambitcp.catsalut.net](mailto:mserbassi@ambitcp.catsalut.net)

Dra. Núria Domingo - [ndomingo@ambitcp.catsalut.net](mailto:ndomingo@ambitcp.catsalut.net)

**SAP Delta del Llobregat:**

Atenció Primària: Dr. Juan José Mascort - [jmascort@ambitcp.catsalut.net](mailto:jmascort@ambitcp.catsalut.net)

ASSIR Delta: Dra. Felgueroso - [afelgoroso@ambitcp.catsalut.net](mailto:afelgoroso@ambitcp.catsalut.net)

Dra. L Jofre - [ljofre@ambitcp.catsalut.net](mailto:ljofre@ambitcp.catsalut.net)

**SAP Baix Llobregat Centre:**

Atenció Primària:

Dra. Núria Castellví - [ncastellvi.cp.ics@gencat.cat](mailto:ncastellvi.cp.ics@gencat.cat)

ASSIR Baix Llobregat Centre:

Dra. Pilar Alonso - [mpalonso@ambitcp.catsalut.net](mailto:mpalonso@ambitcp.catsalut.net)

Funcions del consultor clínic:

- Atendre els dubtes i les dificultats en el diagnòstic, maneig i derivació si cal a la unitat clínica hospitalària d'ITS corresponent dels casos que plantegi qualsevol professional sanitari.
- En cas de qualsevol incidència (vacances, malaltia. etc.) es pot consultar qualsevol altre referent clínic / consultor.

## 2. GESTIÓ DE CASOS D'ITS I'EAP-I'ASSIR:

**Perfil preferent: diplomat en infermeria- llevadora**

### **Sector Sanitari Baix Llobregat Nord:**

ASSIR Baix Llobregat Nord:

Sra. Mercè Bosh - [gestoracasositsnord@ambitcp.catsalut.net](mailto:gestoracasositsnord@ambitcp.catsalut.net)

### **Sector Sanitari Alt Penedès-Garraf**

ASSIR Garraf:

Sra. Conxi García - [gestoracasositsgarraf@ambitcp.catsalut.net](mailto:gestoracasositsgarraf@ambitcp.catsalut.net)

ASSIR Alt Penedès:

Sra. Arsenia Torao - [itshcap@csap.cat](mailto:itshcap@csap.cat)

### **SAP Delta del Llobregat:**

Sra. Dolors Ventura Soriano - [gestoracasositsdelta@ambitcp.catsalut.net](mailto:gestoracasositsdelta@ambitcp.catsalut.net)

### **SAP Baix Llobregat Centre:**

EAP-ASSIR Baix Llobregat Centre:

Sra. M. Rosa Olmos [gestoracasositscentre@ambitcp.catsalut.net](mailto:gestoracasositscentre@ambitcp.catsalut.net)

Funcions del gestor de casos:

- Ha de fer totes les activitats per aconseguir la seguretat clínica del pacient i el compliment epidemiològic.
- Ha de cooperar amb la unitat de vigilància epidemiològica en l'emplenament de l'enquesta epidemiològica de les ITS.
- La UVE ha de notificar a la gestora de casos els pacients diagnosticats d'ITS dels quals no s'havia enviat enquesta epidemiològica.
- Ha de comprovar quin professional clínic ha visitat el pacient, al qual ha de sol·licitar l'enquesta per trametre la UVE i el cens de contactes a la gestora de contactes.
- Si el professional sanitari, per circumstàncies diverses, no pot fer l'enquesta ni el cens, ha de fer-los.
- Ha de detectar les necessitats de formació dels professionals sanitaris i col·laborar amb la formació amb EAP-ASSIR.
- Ha de col·laborar en la gestió de contactes DAP.



### 3. GESTIÓ DE CONTACTES d'ITS Àmbit Metropolità Sud

**Perfil: diplomad en infermeria/ llevadora tot l'Àmbit Costa de Ponent:**

Sra. Laura González - [gestoracontactesits@ambitcp.catsalut.net](mailto:gestoracontactesits@ambitcp.catsalut.net)

Funcions del gestor de contactes d'ITS DAP CP

- Ha de rebre per valisa internat de cada professional clínic un doble sobre amb el **full de registre de contactes:**

- × Cas índex:

- CIP + nom propi (Per exemple: Sanz López, Antonio)
- Edat
- ITS (clamídia...)
- Presa de la mostra (PCR orina, vaginal, rectal...)

- Data d'inici del símptomes

- Data del contacte sexual

- × Contacte/s sexual/s:

- Nom i cognoms o alies
- Telèfons
- Adreça electrònica
- Xarxes socials (Twitter, Facebook, Instagram, etc.)

- Número de telèfon mòbil per gestionar els contactes, aviat se'n farà difusió.
- La valisa ha d'anar dirigida a nom de:

**Laura González. ASSIR 8 de Març, c. Mossèn Jaume Soler, 8, Cornellà de Llobregat, 08940 (DOBLE SOBRE)**

- S'ha d'organitzar la derivació urgent dels contactes (màxim 7 dies) amb el metge de família (homes), ASSIR (dones) o professionals sanitaris de les unitats clíniques hospitalàries de referència (especialment homes amb comportament de risc d'ITS).
- S'ha de supervisar el correcte seguiment dels contactes.

- S'ha de registrar el cens de contactes a la base de dades del Departament de Salut o notificar el referent d'ITS de la unitat de vigilància epidemiològica (UVE) mitjançant el full d'estudi de contactes.
- S'ha d'actualitzar la informació mèdica dels contactes a la base de dades del Departament de Salut.
- S'ha de donar suport a l'educació sanitària dels pacients.
- S'ha d'informar dels contactes aliens a l'àmbit territorial Metropolitana Sud als professionals sanitari de la UVE.
- S'ha de garantir que els professionals sanitaris fan les actuacions de control de les ITS de manera homogènia segons les recomanacions del protocol establert.
- S'ha de comunicar i documentar qualsevol problema de la gestió dels contactes a la direcció dels equips i la UVE.
- S'ha de comunicar de manera urgent als professionals sanitaris de la UVE l'estudi de contactes relacionat amb exposicions comunitàries (sexu en saunes, relacionats amb la prostitució, etc.).
- S'ha d'organitzar la derivació urgent dels contactes (màxim 7 dies) tramitats per la UVE o per les unitats clíniques hospitalàries referents d'ITS (hospital o AP-ASSIR). S'ha de retornar la informació del contacte de qui ha sol·licitat l'estudi.
- S'ha de comprovar que el cens de contactes s'ha fet i que ha estat emplenat a la base de dades del Departament de Salut, o s'ha derivat el full de l'estudi de contactes emplenat als professionals sanitaris de la UVE.

**FULL DE REGISTRE DE CONTACTES**

CAS ÍNDEX	
<b>EAP/ASSIR/UNITAT CLÍNICA HOSPITALÀRIA:</b>	ETIQUETA
<b>PROFESIONAL RESPONSABLE:</b>	
<b>CIP</b>	
<b>NOM PROPI</b>	
<b>EDAT</b>	
<b>ORIENTACIÓ SEXUAL</b>	<input type="checkbox"/> Dones <input type="checkbox"/> Homes heterosexuais <input type="checkbox"/> Homes sexe amb homes/ bisexuals <input type="checkbox"/> Transsexuals <input type="checkbox"/> Desconegut
<b>ITS DIAGNOSTICADA/ES</b>	<input type="checkbox"/> Infecció per Clamídia <input type="checkbox"/> Gonocòccia <input type="checkbox"/> Tricomoniasi <input type="checkbox"/> Sífilis infecciosa <input type="checkbox"/> Limfogranuloma veneri <input type="checkbox"/> Infecció per VIH <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Altres: _____
<b>DATA INICI SÍMPTOMES</b>	<input type="checkbox"/> Asintomàtics
<b>DATA RECOLLIDA MOSTRA</b>	
<b>TÈCNICA DIAGNÒSTICA</b>	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Cultiu <input type="checkbox"/> Serologia
<b>LLOC DE LA PRESA</b>	<input type="checkbox"/> Faringe <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Endocervical <input type="checkbox"/> Orina    Uretra <input type="checkbox"/> Fons d'úlceres <input type="checkbox"/> Recte <input type="checkbox"/> Sèrum
<b>PERÍODE ESTUDI DE CONTACTES</b>	

<b>CONTACTE/S</b>					
<b>Nombre total de contactes:</b>	<b>NOM I COGNOMS O ALIES/CIP</b>	<b>TELÈFON</b>	<b>E-MAIL</b>	<b>XARXES SOCIALS</b>	<b>LLOC RESIDÈNCIA DINS (Sant Feliu, Cornellà) /FORA DAP (Reus, Murcia...)</b>
Contacte 1					
Contacte 2					
Contacte 3					
Contacte 4					

## Període per obtenir el cens de contactes segons el diagnòstic del cas índex

- **Tricomoniasi** → avaluar parelles de l'últim mes previ a l'inici dels símptomes. **Tractament empíric.**
- **Gonocòccia + infecció per clamídia** → avaluar parelles dels últims 2 mesos previs a l'inici dels símptomes. **Tractament empíric.**
- **Infecció pel VIH** → avaluar parelles dels últims 3 mesos en cas d'infecció recent o bé des de la última prova del VIH negativa del cas índex.
- **Sífilis:**
  - PRIMÀRIA: avaluar parelles dels últims 3 mesos previs a l'inici dels símptomes **Tractament empíric.**
  - SECUNDÀRIA: avaluar parelles últims 6 mesos previ inici símptomes **Tractament empíric.**
  - LATENT PRECOÇ/LATENT: avaluar parelles dels últims 1-2 anys **Tractament empíric.**
  - LATENT TARDÍ/INDETERMINADA: avaluar les parelles posteriors a la data de la última determinació – si està disponible; si no es coneix estudiar totes les parelles sexuals del pacient. **NO tractament empíric**
- **VHB i VHC** → avaluar parelles de les últimes 2 setmanes prèvies a l'inici de la icterícia
- **VHA** → avaluar parelles de les últimes 2 setmanes prèvies a l'inici de la icterícia + 1 setmana després de la aparició icterícia

### **4. Funcions de les Unitats clíniques d'ITS:**

- Revisió i programació de les primeres visites sol·licitades des del Servei d'Urgències, Atenció Primària o altres serveis de l'hospital.
- Realització d'una primera visita i les visites de seguiment a tots els homes diagnosticats d'ITS i aquelles dones amb ITS que el metge cregui pertinent un seguiment a la Unitat.
- Citació dels casos confirmats pel servei de microbiologia o laboratori de referència hospitalari per part de la gestora de casos i contactes.
- Realització del cribratge d'altres ITS als pacients que amb l'anamnesi es determini que tenen risc de contraure ITS.
- Realització d'educació sanitària per promoure un comportament sexual més segur en persones amb risc d'haver contret altres ITS.
- Realització de l'estudi de contactes sexuals dels pacients diagnosticats d'ITS, tant les persones ateses a l'hospital com en l'àmbit d'atenció primària de l'àrea de referència de l'hospital. L'estudi de contactes el coordinarà la DUI gestora de casos i contactes, i el metge farà l'avaluació clínica de les parelles sexuals a risc d'ITS. Tots els contactes masculins seran avaluats a la Unitat, mentre que els contactes femenins seran avaluats en l'ASSIR. La metodologia que s'utilitzarà per informar a les parelles sexuals, sempre que sigui possible, serà el propi pacient (*patient referral*) o sinó la notificació per part del professional sanitari (el propi metge que atenció al pacient amb ITS o la Infermera gestora de casos; *provider referral*) o la notificació dual (*dual referral*).
- Notificació de les ITS com a malalties de declaració obligatòria (MDO) i del cens de contactes a la Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Barcelona Sud

### **5. GESTIÓ DE CASOS I CONTACTES UVE Barna Sud**

**Referent d'ITS del Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Barcelona Sud (UVE Barna Sud):**

**Perfil: diplomada en infermeria: [barcelonasud.tb@gencat.cat](mailto:barcelonasud.tb@gencat.cat)**

Funcions de gestió de casos i contactes de la UVE:

- Ha de demanar a la gestora de casos les enquestes epidemiològiques no realitzades.
- Ha d'introduir l'enquesta epidemiològica dels pacients al portal d'aplicacions del Departament de Salut.
- Ha de supervisar el cens de contactes.
- Ha de coordinar amb la gestora de contactes d'ITS DAP CP que el cens de contactes s'ha fet i que ha estat emplenat a la base de dades del Departament de Salut.
- Ha de validar la informació notificada.
- Ha de notificar a les altres unitats de vigilància epidemiològica els casos i els contactes de persones no residents en el seu àmbit de competència per a l'estudi.
- Ha de coordinar l'estudi de contactes de fonts d'infecció comunitàries.

Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Barcelona Sud

- Ha de coordinar les unitats clíniques hospitalàries referents d'ITS amb referents d'ITS de l'EAP-l'ASSIR per vetllar pel control del procés dels pacients i dels contactes des de l'inici fins a la resolució.
- Ha de detectar els casos relacionats: brots epidèmics.
- Ha de valorar si cal fer els estudis comunitaris.
- Ha de dur a terme vigilància epidemiològica activa (MDI, notificació microbiològica). Ha de validar la informació epidemiològica declarada.
- Ha de disposar de referents d'ITS al servei per a la gestió dels contactes (funcions dels gestors de contactes de la UVE).
- Ha de retornar la informació i analitzar les dades notificades.
- Ha d'avisar els professionals sanitaris en cas d'alertes en ITS.
- Ha de cooperar en la planificació operativa del territori.

**CAPÍTOL 12**

**COMPOSICIÓ DE LA UNITAT I FLUXOS D'INTERÈS  
CIRCUIT ASSISTENCIAL DE LES ITS A CADA SERVEI**

**12.1 MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA**

**12.2 ASSiR**

**12.3 CUAP**

**12.4 UNITATS CLÍNIQUES D'ITS HOSPITALÀRIES**



### DESCRIPCIÓ ASSISTÈNCIAL DE CADA SERVEI

#### 11.1 Medicina familiar i comunitària

Professionals: GIS, infermeria i medicina de família

Recepció: taulell d'atenció, central de trucades: GIS cita preferent amb l'MF

El metge de família atén el pacient

Procediment clínic:

- Valoració del risc de contraure ITS: segons risc/ no risc, dona gestant /no gestant, simptomatologia / no simptomatologia, home heterosexual / home que té sexe amb homes. Capítol 1: algoritmes 1-4.
- Valoració dels períodes finestra. Capítol 8.
- Presa de mostres. Capítol 7: 7.1 Dones, 7.2 Homes,
- S'han d'establir els tractaments i programar les cites successives de seguiment de la patologia: capítol 9, taula 15, *Tractament per agent causal* (microorganismes) i taula 16 *Tractament de síndromes*.
- S'ha de valorar cribratge d'altres ITS.
- S'han de derivar **les dones amb sospita d'ITS** a l'ASSiR corresponent on també s'ha:
  - Comprovar el diagnòstic i fer seguiment de la patologia.
  - Fer el cens de contactes.
  - Fer la declaració obligatòria i l'enquesta epidemiològica si es confirma el diagnòstic.
  - Comunicar els cens de contactes al referent d'ITS/ gestor de contactes.

Procediment epidemiològic de les d'ITS dels homes:

S'ha de:

- Censar el contactes a càrrec del facultatiu que presta l' atenció.
- Fer la declaració obligatòria i l'enquesta epidemiològica del cas, si es té el diagnòstic confirmat.
- Enviar el cens del pacient atès al referent d'ITS/gestor de contactes, que ha de fer la distribució i derivació del contactes a MFiC o ASSiR corresponents.

5. S'han de derivar a l'hospital de referència:

- Pacients que, per qüestió de confidencialitat, no volen ser atesos a l'ASSiR o a medicina familiar.
- ITS complicades: recidives, resistències o MIP.
- Sempre que el facultatiu ho consideri necessari.
- Homes d'alt risc de contraure ITS:
  - Usuaris de prostitució.
  - Exercici de la prostitució.
  - Homes que tenen sexe amb homes.

### 11.2 ASSiR

Professionals: GIS, TCAIS, llevadores i ginecologia

1. Acollida dels pacients: telèfon del taulell d'atenció, central de trucades i presencialment: GIS com a distribuïdor de fluxos esbrina el motiu de visita i dona cita amb ginecologia o llevadora

2. Atenció a la pacient que va a l'ASSiR, ginecologia o llevadora.

3. Procediment clínic:

S'han de:

- Valorar els riscos de contraure ITS : segons risc/ no risc, dona gestant /no gestant, simptomatologia / no simptomatologia, home heterosexual / home que té sexe amb homes. Capítol 1: algoritmes 1-4 .
- Valorar els períodes finestra. Capítol 8, taula 14.
- Prendre mostres. Capítol 7: 7.1 Dones, 7.2 Homes.
- Establir els tractaments, indicats directament o amb prescripció autoritzada electrònicament a la llevadora i programar les cites successives de seguiment de la patologia. Capítol 9, taula 15 *Tractament per agent causal (microorganismes)* i taula16 *Tractament de síndromes*.
- Valorar cribratges d'altres ITS.

### 4. Procediment epidemiològic:

S'han de:

- Censar el contactes de la llevadora o el facultatiu que atenen.
- Fer la declaració obligatòria i l'enquesta epidemiològica del cas, si el diagnòstic ja ha estat confirmat.
- Enviar el cens de la pacient atesa a la gestora de contactes, que ha de fer la distribució i derivació del contactes als referents d'ITS (MFIC, ASSiR o hospitalari) corresponents.

### 5. S'ha de derivar a l'hospital de referència:

- Pacients que, per qüestió de confidencialitat, no volen ser atesos a l'ASSiR o a medicina de família.
- ITS complicades: recidives, resistències o MIP
- Sempre que el facultatiu ho consideri necessari
- Homes d'alt risc de contraure ITS:
  - Usuaris de prostitució.
  - Exercici de la prostitució.
  - Homes que tenen sexe amb homes, capítol 10.

## 11.3 Centre d'Urgències d'Atenció Primària (CUAP)

Els professionals: GIS, infermeria i medicina d'urgències

1. Acollida: central de trucades o presencialment: GIS gestiona la visita amb la infermeria de triatge o medicina d'urgències.

2. Atenció al pacient que va d'urgències al CUAP.

3. Procediment clínic:

S'han de:

- Valorar els riscos de contraure ITS: segons risc/ no risc, dona gestant /no gestant, simptomatologia / no simptomatologia, home heterosexual / home que té sexe amb homes. Capítol 1: algoritmes 1-4.
- Valorar els períodes finestra. Capítol 8, taula 14.
- Prendre mostres. Capítol 7: 7.1 Dones, 7.2 Homes.

- Establir els tractaments i programar les cites successives de seguiment de la patologia amb els professionals de les unitats de referència (hospitals) en homes i a l'ASSiR en dones: capítol 9, taula 15 *Tractament per agent causal (microorganismes)* i taula 16 *Tractament de síndromes*.
- Derivar els homes amb comportament de risc a les unitats clíniques de referència d'ITS.

#### 4. Procediment de la notificació obligatòria i del cens de contactes.

S'han de derivar:

- Els **homes** a MFiC corresponent per fer el seguiment clínic i procediment epidemiològic: fer el cens de contactes, trametre'l a la gestora i fer la declaració obligatòria i l'enquesta epidemiològica. Els homes amb comportament de risc s'han de derivar a les Unitats clíniques d'ITS.
- Les **dones** a l'ASSiR corresponent per a seguiment clínic i procediment epidemiològic: fer el cens de contactes, trametre'l a la gestora i fer la declaració obligatòria i l'enquesta epidemiològica.

#### 5. S'han de derivar a l'hospital de referència:

- Homes d'alt risc de contraure ITS:
  - Usuaris de prostitució.
  - Exercici de la prostitució.
  - Homes que tenen sexe amb homes, capítol 10.
- Pacients que, per qüestió de confidencialitat, no volen ser atesos a l'ASSiR o a medicina de família.
- ITS complicades: recidives, resistències o MIP.
- Sempre que el facultatiu ho consideri necessari.

### 11. Unitats Clíniques d'ITS

Els professionals clínics: metges especialistes en infeccioses, dermatologia, ginecologia, urologia, pediatria, aparell digestiu i medicina d'urgències. DUI gestora de casos i contactes, i així com també psicòlegs i treballadors socials.

Procediment clínic:

- Valoració del risc de contraure ITS: segons risc / no risc, dona gestant /no gestant, simptomatologia / no simptomatologia, home heterosexual / home que té sexe amb homes. Capítol 1: algoritmes 1-4.
  
- Valoració dels períodes finestra. Capítol 8. Taula 14
- Presa de mostres. Capítol 7: 7.1 Dones, 7.2 Homes,
- S'han d'establir els tractaments i programar les cites successives de seguiment de la patologia: capítol 9, taula 15, *Tractament per agent causal* (microorganismes) i taula 16 *Tractament de síndromes*.
- S'ha de valorar cribratge d'altres ITS.
- Procediment epidemiològic de les d'ITS:
  - Fer el cens de contactes i l'estudi dels contactes
  - Fer la declaració obligatòria i l'enquesta epidemiològica si es confirma el diagnòstic.
  - Comunicar el contactes fora del seu àmbit de referència a la gestora de contactes.

Taula 18. PROCEDIMENT D'ATENCIÓ DE LES ITS SEGONS PORTA D'ENTRADA DELS DIFERENTS SERVEIS SANITARIS (1)

ATENCIÓ PRIMÀRIA- MFIC		ASSIR
HOMES SEXE AMB HOMES I HOMES D'ALT RISC	HOMES HETEROSEXUALS	DONES
<p>Diagnòstic / tractament</p> <p>↓</p> <p><b>Derivació preferent a la unitat clínica hospitalària</b></p> <p>Seguiment de la ITS diagnosticada Cribratge d'altres ITS Educació sanitària / prevenció ITS Notificació i enquesta epidemiològica Realització el cens de contactes</p> <p>Si hi ha un cas nou, cal començar un altre estudi de contactes.</p>	<p>Diagnòstic / tractament Seguiment de la ITS diagnosticada Cribratge d'altres ITS Educació sanitària / prevenció ITS Notificació i enquesta epidemiològica Realització el cens de contactes (<b>dones</b>)</p> <p>↓</p> <p><b>Gestora de contactes DAP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rep el cens de contactes sexuals</li> <li>• Cita als contactes sexuals amb l'EAP/ ASSiR que li correspon segons lloc de residència per <ul style="list-style-type: none"> <li>- diagnòstic</li> <li>- tractament</li> </ul> </li> </ul> <p>Si hi ha un cas nou, cal començar un altre estudi de contactes.</p> <p><b>Referents clínics d'ITS:</b> <i>Gestora de casos</i> <i>Consultors clínics</i> -Formació dels EAP/ASSIR -Seguiment enquestes epidemiològiques -Col·laborar amb la gestora de contactes</p>	<p>Diagnòstic / tractament Seguiment de la ITS diagnosticada Cribratge d'altres ITS Educació sanitària / prevenció ITS Notificació i enquesta epidemiològica Realització el cens de contactes (<b>homes</b>)</p> <p>↓</p> <p><b>Gestora de contactes DAP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rep el cens de contactes sexuals</li> <li>• Cita als contactes sexuals amb l'EAP/ ASSiR que li correspon segons lloc de residència per <ul style="list-style-type: none"> <li>- diagnòstic</li> <li>- tractament</li> </ul> </li> </ul> <p>Si hi ha un cas nou, cal començar un altre estudi de contactes.</p> <p><b>Referents clínics d'ITS:</b> <i>Gestora de casos</i> <i>Consultors clínics</i> -Formació dels EAP/ASSIR -Seguiment enquestes epidemiològiques -Col·laborar amb la gestora de contactes</p>

CUAP			UNITATS HOSPITALÀRIES
HOMES SEXE AMB HOMES HOMES AMB ALT RISC D'ITS	HOMES HETEROSEXUALS	DONES	HOMES / DONES
<p>Diagnòstic / tractament Presa de mostres Cribratge d'altres ITS, si hi ha comportament de risc</p> <p>↓</p> <p><b>Derivació preferent a la unitat clínica hospitalària</b></p> <p>Valoració dels resultats Seguiment de la ITS diagnosticada Educació sanitària / prevenció ITS Notificació i enquesta epidemiològica Realització el cens de contactes Estudi de contactes</p> <p>↓</p> <p>Si hi ha un cas nou, cal començar un altre estudi de contactes</p>	<p>Diagnòstic / tractament Presa de mostres Cribratge d'altres ITS, si hi ha comportament de risc</p> <p>↓</p> <p><b>Derivació preferent a la unitat clínica hospitalària</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Homes d'alt risc ITS</li> <li>• Si pacient rebutja MFiC</li> <li>• ITS complicades</li> <li>• Per decisió facultativa</li> </ul> <p><b>MFiC</b></p>	<p>Diagnòstic / tractament Presa de mostres Cribratge d'altres ITS, si hi ha comportament de risc</p> <p>↓</p> <p><b>Derivació preferent a la unitat clínica hospitalària</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rebutja anar a l'ASSiR</li> <li>• ITS complicades</li> <li>• Per decisió facultativa</li> </ul> <p><b>ASSIR</b></p>	<p>Diagnòstic / tractament Presa de mostres</p> <p>↓</p> <p><b>Referents d'ITS de la unitat clínica hospitalària</b></p> <p>Seguiment de la ITS diagnosticada Cribratge d'altres ITS Educació sanitària / prevenció ITS Notificació i enquesta epidemiològica Realitza cens de contactes sexuals Cita als contactes sexuals: diagnòstic i tractament Educació sanitària / prevenció ITS</p> <p>Si hi ha un cas nou, cal començar un altre estudi de contactes</p>

### CRONOGRAMA D'ELABORACIÓ DEL PLA FUNCIONAL METRO SUD

1. Elaboració protocol clínic consensuat Metropolitana Sud: desembre 2015-setembre 2017.
2. Elaboració consensuada amb Atenció Primària Costa de Ponent, del programa formatiu dels equips d'atenció primària: MFiC, CUAP i ASSIR en format Power point: octubre 2017- gener 2018.
3. Presentació i aprovació de la Direcció Atenció Primària Costa de Ponent i Gerència Metropolitana Sud: febrer 2018.
4. La cap del Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública de Barcelona Sud l'aprova
5. Inclusió del document comú Metropolitana Sud: *Model assistencial i Protocol clínic*
6. Les direccions territorials de CatSalut l'aproven.
7. Inici i finalització de la formació dels equips Costa de Ponent: 1 de març 2018- 30 abril 2018
8. **Primera avaluació:**
  - a. Divendres 26 d' octubre del 2018 . Àmbit d'Atenció Primària Costa de Ponent a l'Hospital Duran i Renyals. Planta 1. Aula 3.
  - b. Convocats: referents territorials d'ITS Metropolitana Sud
  - c. **Ordre del dia:**
    - I. Presentació de la casuística de casos índex de cada SAP
    - II. Presentació de la casuística de censos tramesos a la gestora de contactes
    - III. Presentació de la casuística de contactes de fora de la DAP Costa de Ponent
    - IV. Presentació de la casuística de enquestes epidemiològiques reclamades a la gestora de casos
    - V. Incidències presentades pels professionals clínics, gestora de casos, gestora de contactes i UVE
    - VI. Derivacions Hospitalàries
    - VII. Comentar dificultats en els circuits
    - VIII. Resultats de Prova Pilot de consulta específica d' estudi de contactes a l'ASSIR 8 MARÇ (Cornellà)
    - IX. Valoració de propostes de millora
      - i. Precs i preguntes



