

# **PROTOCOL DE DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DE LES INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA**

**Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències Pediàtriques**  
**Unitat d'Urgències Pediàtriques**  
**Unitat d'Atenció a les Violències vers la Infància i l'Adolescència (Equip EMMA)**  
**Servei de Farmàcia**  
**Servei de Microbiologia**  
**Servei de Ginecologia i Obstetrícia**  
**Unitat d'Infeccions de Transmissió Sexual Drassanes-Vall d'Hebron**

**Maig de 2022**

|                       |  |             |  |                      |    |                |    |
|-----------------------|--|-------------|--|----------------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA           |             |  | <b>DATA DOCUMENT</b> |    | Maig 2022      |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | <i>(a codificar per Direcció Processos i Qualitat)</i> | <b>CODI</b> | <i>(a codificar per Direcció Processos i Qualitat)</i> | <b>VERSIÓ</b>        | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

## ÍNDEX

|  |    |
|--|----|
| 1. INFORMACIÓ DEL DOCUMENT   | 3  |
| 2. BREU RESUM DEL CONTINGUT  | 4  |
| 3. GESTIÓ DE LES MODIFICACIONS                                       | 4  |
| 4. ABREVIATURES  | 4  |
| 5. JUSTIFICACIÓ  | 5  |
| 6. OBJECTIU  | 5  |
| 7. ÀMBIT D'ACTUACIÓ  | 5  |
| 8. ACTIVITATS. CONTINGUT DEL PROTOCOL                                | 6  |
| 8.1 ITS EXSUDATIVES  | 6  |
| 8.1.1 Vulvitis   | 6  |
| 8.1.2 Vaginitis (tricomonosi, vaginosi, candidiasi)                  | 6  |
| 8.1.3 Uretritis  | 8  |
| 8.1.4 Cervicitis   | 10 |
| 8.1.5 Malaltia inflamatòria pelviana                                 | 12 |
| 8.1.6 Balanopostitis   | 13 |
| 8.1.7 Epididimitis/Orquitis  | 14 |
| 8.1.8 Limfogranuloma veneri  | 15 |
| 8.1.9 Proctocolitis i enteritis                                      | 15 |
| 8.1.10 Proctitis   | 15 |
| 8.2 ITS ULCERATIVES  | 17 |
| 8.2.1 Sífilis  | 17 |
| 8.2.2 Herpes genital   | 18 |
| 8.3 ALTRES ITS   | 19 |
| 8.3.1 Infecció pel virus del papil·loma humà: berrugues i condilomes | 19 |
| 8.3.2 Pediculosi pubiana   | 20 |
| 8.3.3 Hepatitis víriques   | 20 |
| 8.4 SEGUIMENT  | 21 |
| 9. CRIBRATGE D'ALTRES ITS I ALTRES CONSIDERACIONS                    | 21 |
| 10. INDICADORS   | 22 |
| 11. BIBLIOGRAFIA   | 22 |
| 12. DOCUMENTS RELACIONATS  | 23 |
| 13. ANNEXOS  | 23 |

|                       |  |             |  |               |    |                |    |
|-----------------------|--|-------------|--|---------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA           |             | <b>DATA DOCUMENT</b>                                   | Maig 2022     |    |                |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | <i>(a codificar per Direcció Processos i Qualitat)</i> | <b>CODI</b> | <i>(a codificar per Direcció Processos i Qualitat)</i> | <b>VERSIÓ</b> | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

## 1. INFORMACIÓ DEL DOCUMENT: AUTORS/ES

| Cognom 1  | Cognom 2     | Nom          | Categoria professional    | Servei   |
|-----------|--------------|--------------|---------------------------|--|
| Font      | Roset        | Maria        | Metgessa resident         | Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria                                   |
| Raya      | Muñoz        | Judith       | Metgessa resident         | Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria                                   |
| Arando    | Lasagabaster | Maidier      | Facultativa especialista  | Unitat d'Infeccions de transmissió sexual  |
| Broto     | Cortés       | Claudia      | Infermera                 | Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria                                   |
| Fàbregas  | Martori      | Anna         | Facultativa especialista  | Coordinadora de l'equip EMMA. Unitat d'atenció a les violències vers la infància i l'adolescència. |
| Fernàndez | Polo         | Aurora       | Farmacèutica especialista | Servei de Farmàcia   |
| Hoyos     | Mallecot     | Yannick Alan | Facultatiu especialista   | Servei de Microbiologia  |
| Illán     | Hernández    | Lidia        | Facultativa especialista  | Unitat de Ginecologia de la infància i adolescència  |
| Sancosmed | Ron          | Mónica       | Facultativa especialista  | Unitat d'Urgències Pediàtriques  |
| Soler     | Palacín      | Pere         | Cap de secció             | Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria                                   |

|                       |   |             |   |               |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|---------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             | <b>DATA DOCUMENT</b>                            | Maig 2022     |    |                |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSÍO</b> | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

|        |         |       |                          |  |
|--------|---------|-------|--------------------------|--|
| Suy    | Franch  | Anna  | Cap de secció            | Servei d'Obstetrícia i Ginecologia                               |
| Espiau | Guarner | María | Facultativa especialista | Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria |

## 2. BREU RESUM DEL CONTINGUT

En aquest protocol consensuat entre totes les unitats i serveis implicats, s'ha revisat la patogènia, clínica més característica, diagnòstic i tractament de la infeccions de transmissió sexual en nens/es i adolescents, recollint les recomanacions més recents basades en l'evidència científica disponible.

## 3. GESTIÓ DE LES MODIFICACIONS

**Periodicitat prevista de revisió:** cada 3 anys o en cas d'aparició de novetats significatives en aquest camp.

## 4. ABREVIATURES

|     |                                |     |                                    |
|-----|--------------------------------|-----|------------------------------------|
| CEX | Consultes externes             | MIP | Malaltia inflamatòria pelviana     |
| DM  | Dosi màxima                    | PCR | Reacció en cadena de la polimerasa |
| EV  | Endovenós                      | PMN | Polimorfonuclears                  |
| HSH | Homes que tenen sexe amb homes | UI  | Unitats internacionals             |
| IM  | Intramuscular                  | VHS | <i>Virus herpes simplex</i>        |
| ITS | Infecció de transmissió sexual | VO  | Via oral                           |

|                       |   |             |   |                      |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|----------------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             |   | <b>DATA DOCUMENT</b> |    | Maig 2022      |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSÍO</b>        | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

## 5. JUSTIFICACIÓ

Des de l'any 2000 a Catalunya, igual que a la resta d'Europa, les infeccions de transmissió sexual (ITS) han experimentat un increment rellevant en la seva incidència. L'any 2019 es van notificar 22.447 ITS als sistemes de vigilància a Catalunya, amb un augment del 37,28% respecte l'any anterior -increment mantingut els últims tres anys-. La ITS més freqüentment notificada va ésser la infecció per *Chlamydia trachomatis*, representant el 47,49% dels total de casos notificats (veure **figura 1** als annexos).

Els/les menors de 25 anys són un grup de risc important, produint-se la meitat de casos de nous diagnòstics d'ITS en joves entre 15-24 anys –especialment ITS exsudatives produïdes per *C. trachomatis* i *Neisseria gonorrhoeae*-. Altres grups de risc són: els homes que tenen sexe amb homes (HSH), les persones amb múltiples parelles sexuals, els/les consumidors/es de drogues i/o alcohol, les persones amb antecedents d'altres ITS i les víctimes de violència sexual.

Les ITS presenten una elevada morbiditat i possibilitat de seqüeles, tant a mitjà com a llarg termini, motiu pel qual és rellevant que els/les professionals de la salut coneguin el seu maneig i tinguin un paper actiu en la seva prevenció i control poblacional. S'ha de tenir present que en cas de diagnosticar una ITS concreta s'han de buscar altres ITS en diferents localitzacions segons les pràctiques sexuals, ja que aquestes poden ser asimptomàtiques.

La detecció d'algun tipus de ITS pot ser un indicador d'haver patit algun tipus de violència sexual. Per això, és molt important l'estudi multidisciplinari conjuntament amb la treballadora social sanitària i la psicòloga clínica.

El Codi Penal espanyol estableix l'edat de 16 anys per a donar el consentiment en les relacions sexuals. Per tant, en menors de 16 anys d'edat s'ha de preguntar sobre el consentiment i l'edat de la parella sexual, ja que si és una persona adulta o amb una diferència superior a 4 anys, s'ha descartar una possible situació de violència sexual.

## 6. OBJECTIU

L'objectiu d'aquest document és proporcionar informació sobre el diagnòstic i tractament de les ITS en el/la pacient menor d'edat, centrant-se en l'abordatge a urgències o consultes externes.

## 7. ÀMBIT D'ACTUACIÓ

Pacients menors d'edat atesos/es a la Unitat d'Urgències de Pediatria de l'Hospital Infantil i de la Dona Vall d'Hebron amb sospita o diagnòstic confirmat d'ITS. En l'atenció a aquests/es pacients, a més, hi participen la Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de

|                       |   |             |   |               |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|---------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             | <b>DATA DOCUMENT</b>                            | Maig 2022     |    |                |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSÍO</b> | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

Pediatria, la Unitat d'Atenció a les Violències vers la Infància i l'Adolescència, el Servei d'Urgències de Ginecologia i Obstetrícia, el Servei de Farmàcia i el Servei de Microbiologia, tots ells implicats en la redacció d'aquest document.

## 8. ACTIVITATS. CONTINGUT DEL PROTOCOL

Per veure exemples en imatges dels diferents quadres clínics que es descriuran a continuació, consultar annex 5 del següent document: [Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid, 2011. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DocITS2011.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DocITS2011.pdf)

### 8.1 ITS EXSUDATIVES

#### 8.1.1 Vulvitis

**Definició:** inflamació de la regió vulvar.

**Clínica:** eritema i prurit vulvar.

**Etiologia:** habitualment no es tracta d'una entitat infecciosa sinó que engloba, en la majoria d'ocasions, entitats dermatològiques com el líquen pla, el líquen esclerós, la dermatitis... En cas de ser d'origen infeccios, la causa és la candidiasi en la gran majoria dels casos.

**Diagnòstic:** S'ha de sol·licitar **estudi microbiològic** en cas de sospita de candidiasi vulvar refractària a tractament tòpic antifúngic (*petició al SAP de "Cultiu convencional exsudat o pus vulvar" [petició programada - microbiologia - mostres aparell genito/urinari]*).

**Tractament:** en la majoria de casos no és necessari realitzar tractament antibiòtic i de forma general s'aconsella evitar l'ús de sabó en la regió genital (o utilitzar sabons amb pH 4,5), utilitzar emol·lients simples, evitar l'ús de peces ajustades i teixits sintètics (es recomana fer servir roba interior de cotó), reduir la humitat i evitar preservatius excessivament lubricats. En cas de candidiasi, tractament tòpic amb clotrimazol crema a l'1% 2-3 vegades al dia durant 1-2 setmanes.

#### 8.1.2 Vaginitis (tricomonosi, vaginosi, candidiasi)

**Definició:** inflamació de la vagina.

**Clínica:** leucorrea, prurit, coïssor i/o dispareúnia. Pot haver-hi diferències clíniques segons l'etiologia (veure **taula 1** a annexos).

**Etiologia:** *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis* i vaginosi bacteriana. Exceptuant la infecció per tricomonos, les altres dues entitats no es consideren ITS.

|                       |   |             |   |                      |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|----------------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             |   | <b>DATA DOCUMENT</b> |    | Maig 2022      |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSIÓ</b>        | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

**Diagnòstic:** pel diagnòstic s'ha de recollir una mostra d'exsudat vaginal. S'ha de sol·licitar cultiu convencional bacterià i micològic, que inclou també la tinció de Gram (*petició al SAP de "Cultiu convencional: Vaginitis" d'exsudat o pus vaginal [petició programada - microbiologia - mostres aparell genito/urinari]*).

**Tractament:**

- **Candidiasi:**

- Formes no complicades:

- Fluconazol 6mg/kg (DM 150 mg) VO en dosi única.
- Alternatives per adolescents de > 12 anys: clotrimazol 500 mg comprimits vaginals aplicació única o bé clotrimazol 100 mg comprimits vaginals 1 aplicació cada 24h durant 6 dies. En el cas de preferir crema es pot utilitzar clotrimazol crema 2% via vaginal 1 aplicació cada 24h durant 3 dies o bé clotrimazol crema 10% via vaginal 1 aplicació única.

- Formes complicades (candidiasis no-albicans): segons espècie aïllada i antibiograma. Derivar la pacient a CEX de Ginecologia i UPIIP-Drassanes (veure apartat 8.4 Seguiment).

- **Tricomonosi:** metronidazol<sup>1</sup> via oral.

|   |  |
|---|--|
| <45 kg:<br>Metronidazol dosi de càrrega a 15 mg/kg VO i mantenir a 45 mg/kg/dia en 3 dosis VO durant 7 dies (DM diària 2 g) | ≥ 45 kg:<br>Metronidazol 2 g VO en dosi única o 500 mg/12h VO 7 dies.<br>Alternativa: tinidazol 2 g VO en dosi única |
|---|--|

- **Vaginosi bacteriana:**

- Metronidazol<sup>1</sup> VO durant 7 dies (veure dosi a taula anterior).
- Alternativa (>16 anys): clindamicina gel 2% 1 aplicació cada 24h durant 7 dies (l'administració de clindamicina en òvuls intravaginals [un òvul al dia durant tres dies] és la pauta més còmoda, però es considera un règim alternatiu per menor eficàcia).

<sup>1</sup> Recordar que s'ha d'evitar el consum d'alcohol durant el tractament amb metronidazol.

|                |   |      |   |           |    |         |    |
|----------------|---|------|---|-----------|----|---------|----|
| TÍTOL DOCUMENT | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |      | DATA DOCUMENT                                   | Maig 2022 |    |         |    |
| ESTÀNDARD      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | CODI | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | VERSIÓ    | V1 | PÀGINES | 27 |

### 8.1.3 Uretritis

**Definició:** inflamació de la uretra.

**Clínica:** secreció i prurit uretral, síndrome miccional. Segons l'etiologia pot variar la clínica (veure **taula 2** a annexos).

**Etiologia:** és important diferenciar si es tracta de uretritis gonocòccica (*N. gonorrhoeae*) o no gonocòccica (*C. trachomatis* serotips D-K, *Mycoplasma genitalium*, *T. vaginalis* i *Ureaplasma urealyticum* principalment).

**Diagnòstic:** cal recollir un exsudat o pus uretral<sup>2</sup>.

- Es pot sol·licitar un Gram urgent al microbiòleg (*petició al SAP: laboratori petició urgent – microbiologia urgents – examen microscòpic – tinció de Gram – Exsudat uretral. Tinció de Gram*):

- Visualització de diplococs gram negatius intracel·lulars (PMN) → **Uretritis gonocòccica probable.**
- Gram amb  $\geq 5$  PMN/camp x 1000 sense bacteris → **Uretritis no gonocòccica.**

- En tots el casos caldrà sol·licitar cultiu convencional (inclou cultiu *N. gonorrhoeae*), a més de PCR multiplex per confirmar el diagnòstic i estudiar possibles coinfeccions. *Petició al SAP de “Exsudat uretral: C. trachomatis, N. gonorrhoeae i altres agents ITS. PCR”, “Cultiu convencional: Uretritis - exsudat uretral” (petició programada - microbiologia - mostres aparell genito/urinari).*

**Tractament dirigit en funció del Gram (si disponible):**

- **Gonocòccica (o tinció de Gram urgent compatible):**
  - Formes no complicades (inclou la conjuntivitis): ceftriaxona en dosi única EV o IM (veure taula a continuació a la pàgina 9).
  - Formes disseminades (septicèmia o artritis): ceftriaxona EV o IM durant 7 dies. En adolescents  $>45$  kg es recomana una dosi d'1-2 g/dia i en  $\leq 45$  kg es dosifica a 50 mg/kg en dosi única diària (DM 4g/dia). Es pot passar a cefalosporines via oral després de conèixer l'antibiograma. Comentar aquests casos amb la UPIIP.
- **No gonocòccica (tinció del Gram urgent no compatible amb gonocòccica):** tractar com a *C. trachomatis* (veure taula a continuació) (inclou també cobertura front *Mycoplasma genitalium* i *Ureaplasma urealyticum*).

<sup>2</sup> En el cas de les PCR, el primer raig d'orina té la mateixa sensibilitat que l'exsudat uretral en l'home. Haurà de ser una mostra dels primers 10 mL d'orina, sense neteja prèvia dels genitals i que l'última micció hagi sigut almenys dues hores abans. *“Orina primer raig C. trachomatis, N. gonorrhoeae i altres agents ITS. PCR.”* En el cas del cultiu **cal que sigui una mostra d'exsudat uretral.**



|                       |   |             |   |               |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|---------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             | <b>DATA DOCUMENT</b>                            | Maig 2022     |    |                |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSÍO</b> | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

**Taula: Tractament uretritis no complicada**

| <b>Microorganisme</b> | <b>Pes &lt; 45 kg</b>   |   | <b>Pes ≥ 45 kg</b>   |
|-----------------------|---|---|--|
| <i>N. gonorrhoeae</i> | Ceftriaxona 50 mg/kg EV o IM dosi única (DM 1g)<br>Si al·lèrgia a penicil·lina <sup>3</sup> :<br>Gentamicina 2,5 mg/kg IM dosi única (DM 240 mg) + azitromicina 20 mg/kg VO dosi única (DM 2 g)<br><br>Si rebutja la injecció intramuscular: cefixima 8 mg/kg (DM 400 mg) via oral en dosi única + azitromicina 20 mg/kg VO dosi única (DM 2 g) |   | Ceftriaxona 1 g EV o IM dosi única<br><br>Si al·lèrgia a penicil·lina <sup>4</sup> :<br>Gentamicina 240 mg IM dosi única + azitromicina 2 g VO dosi única<br><br>Si rebutja la injecció intramuscular: cefixima 400 mg via oral en dosi única + azitromicina 2 g |
| <i>C. trachomatis</i> | <b>&lt; 8 anys</b>  | <b>≥ 8 anys</b>   | Doxiciclina 100 mg/12h VO 7 dies<br>Alternativa:<br>azitromicina 1g VO dosi única  |
|                       | Azitromicina 20 mg/kg VO dosi única (DM 1g)   | Doxiciclina 2 mg/kg/12h VO 7 dies (DM 100mg/12h)<br>Alternativa:<br>azitromicina 20 mg/kg VO dosi única (DM 1g) |  |

**Tractament empíric si Gram no disponible:** l'objectiu és cobrir *N. gonorrhoeae* i *C. trachomatis*. S'administrarà ceftriaxona IM en dosi única + doxiciclina VO durant 7 dies (veure dosis en la taula anterior). En menors de 8 anys s'utilitzarà azitromicina en substitució de la doxiciclina.

<sup>3</sup> Valorar el tractament amb ceftriaxona si el pacient només té antecedent d'exantema i no reaccions IgE mediades (urticària ...).

|                       |   |             |   |                      |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|----------------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             |   | <b>DATA DOCUMENT</b> |    | Maig 2022      |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSIÓ</b>        | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

En cas de mala evolució (persistència o recurrència) s'ha de valorar el possible risc de reinfecció (comprovar que les parelles s'hagin tractat) o bé sospitar de microorganismes més atípics com *Mycoplasma genitalium* (uretritis recurrent). En aquests casos es recomana derivar a CEX UPIIP-Drassanes (veure apartat 8.4 Seguiment) per tal de valorar tractaments més dirigits.

També és possible que alguns microorganismes de la vagina, recte i orofaringe com ara enterobacteris, *Streptococcus pneumoniae*, *H. influenzae*, *N. meningitidis*, *M. catharralis* o virus com el de l'herpes símplex o l'adenovirus estiguin implicats en casos d'uretritis segons el tipus de relacions sexuals; aquests microorganismes també són curables amb monodosi de ceftriaxona (excepte l'adenovirus, que no precisa tractament específic, i el VHS –veure apartat 8.2.2-).

### 8.1.4 Cervicitis

**Definició:** inflamació de la cèrvix uterina.

**Clínica:** leucorrea, dolor abdominal baix, sagnat vaginal anormal. Segons l'etiologia pot variar la clínica (veure **taula 2** a annexos).

**Etiologia:** és important diferenciar si es tracta d'una cervicitis gonocòccica (*N. gonorrhoeae*) o no gonocòccica (*C.trachomatis* serotips D-K i *Mycoplasma genitalium* principalment).

**Diagnòstic:** cal recollir un exsudat o pus endocervical<sup>4</sup>.

- En tots el casos caldrà sol·licitar cultiu de *N. gonorrhoeae*, a més de PCR multiplex. *Petició al SAP de "Exsudat o pus vaginal o Exsudat o pus endocervical: C.trachomatis, N.gonorrhoeae i altres agents ITS. PCR" i "Neisseria gonorrhoeae: Cultiu específic exsudat o pus endocervical (petició programada - microbiologia - mostres aparell genito/urinari).*

**Tractament dirigit:**

- **Gonocòccica:**

- Formes no complicades (inclou la conjuntivitis): ceftriaxona en dosi única EV o IM (veure taula a continuació a la pàgina 11).
- Formes disseminades (septicèmia o artritis): ceftriaxona EV o IM durant 7 dies. En adolescents >45 kg es recomana una dosi d'1-2 g/dia i en ≤45 kg es dosifica a 50 mg/kg en dosi única diària (DM 4 g/dia). Es pot passar a cefalosporines via oral després de conèixer l'antibiograma. Comentar aquests casos amb la UPIIP.

<sup>4</sup> En el cas de tècniques de PCR, que actualment és el mètode d'elecció pel diagnòstic de *C. trachomatis* i *N. gonorrhoeae*, la sensibilitat és la mateixa en l'exsudat endocervical que l'exsudat vaginal (inclús amb autopresa). En el cas del cultiu **cal que sigui endocervical** i no vaginal, pel que caldrà valoració i obtenció de les mostres de forma conjunta amb ginecologia.

|                       |   |             |   |               |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|---------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             | <b>DATA DOCUMENT</b>                            | Maig 2022     |    |                |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSIÓ</b> | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

- **Cervicitis per *C. trachomatis***: veure taula a continuació (inclou també cobertura front *Mycoplasma genitalium* i *Ureaplasma urealyticum*).

**Taula: Tractament cervicitis no complicada**

| <b>Microorganisme</b> | <b>Pes &lt; 45 kg</b>  |   | <b>Pes ≥ 45 kg</b>  |
|-----------------------|--|---|---|
| <i>N. gonorrhoeae</i> | Ceftriaxona 50 mg/kg EV o IM dosi única (DM 1g)<br>Si al·lèrgia a penicil·lina <sup>5</sup> :<br>Gentamicina 2,5 mg/kg IM dosi única (DM 240 mg) + azitromicina 20/mg/kg VO dosi única (DM 2 g)<br><br>Si rebutja la injecció intramuscular: cefixima 8 mg/kg (DM 400 mg) via oral en dosi única + azitromicina 20 mg/kg VO dosi única (DM 2g) |   | Ceftriaxona 1g EV o IM dosi única<br><br>Si al·lèrgia a penicil·lina <sup>4</sup> :<br>Gentamicina 240 mg IM dosi única + azitromicina 2 g VO dosi única<br><br>Si rebutja la injecció intramuscular: cefixima 400 mg via oral en dosi única + azitromicina 2 g |
| <i>C. trachomatis</i> | <b>&lt; 8 anys</b>   | <b>≥ 8 anys</b>   | Doxiciclina 100 mg/12h VO 7 dies<br>Alternativa:<br>azitromicina 1g VO dosi única   |
|                       | Azitromicina 20 mg/kg VO dosi única (DM 1g)  | Doxiciclina 2 mg/kg/12h VO 7 dies (DM 100mg/12h)<br>Alternativa:<br>azitromicina 20 mg/kg VO dosi única (DM 1g) |   |

<sup>5</sup> Valorar el tractament amb ceftriaxona si el pacient només té antecedent d'exantema i no reaccions IgE mediades (urticària ...).

|                       |   |             |   |                      |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|----------------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             |   | <b>DATA DOCUMENT</b> |    | Maig 2022      |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSÍO</b>        | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

**Tractament empíric:** l'objectiu és cobrir *N. gonorrhoeae* i *C. trachomatis*. S'administrarà ceftriaxona IM en dosi única + doxiciclina VO durant 7 dies (veure dosis en la taula anterior). En menors de 8 anys s'utilitzarà azitromicina en substitució de la doxiciclina.

En cas de mala evolució (persistència o recurrència) s'ha de valorar el possible risc de reinfecció (comprovar que les parelles s'hagin tractat) o bé sospitar de microorganismes més atípics com *Mycoplasma genitalium* (uretritis recurrent) o el VHS. En aquests casos es recomana derivar a CEX UPIIP-Drassanes (veure apartat 8.4 Seguiment) per tal de valorar tractaments més dirigits.

### 8.1.5 Malaltia inflamatòria pelviana (MIP)

**Definició:** infecció dels òrgans reproductors interns femenins (trompes i ovaris). Es tracta d'una complicació d'una vaginitis i/o cervicitis poc habitual.

**Clínica:** secreció mucopurulenta (vaginitis) amb dolor abdominal inferior, annexial i a la mobilització cervical. També es pot presentar en forma de disparèunia o sagnat vaginal. A diferència de les altres entitats es pot acompanyar de febre i té repercussió analítica (signes d'infecció).

**Etiologia:** *C. trachomatis* serotips D-K, *N. gonorrhoeae*, *U. urealyticum*, *M. genitalium*, *G. vaginalis*, *S. agalactiae*, *H. influenzae*, anaerobis, bacils entèrics Gram negatius.

**Diagnòstic:** caldrà sol·licitar una analítica amb paràmetres inflamatoris, hemocultius i remetre la pacient a Urgències de Ginecologia per tal de realitzar una ecografia urogenital i recollir mostres d'exsudat endocervical per a PCR múltiple i cultiu convencional (inclou cultiu *N. gonorrhoeae*). *Petició al SAP de "Exsudat o pus endocervical: C.trachomatis, N.gonorrhoeae i altres agents ITS. PCR" i "Cultiu convencional: Cervicitis, MPI i EPI. Exsudat o pus endocervical" (petició programada - microbiologia - mostres aparell genito/urinari).*

#### **Tractament:**

- **Tractament ambulatori:** > 45 Kg: ceftriaxona 1g IM dosi única + doxiciclina 100 mg/12 hores durant 14 dies VO +/- metronidazol 500 mg/12 hores durant 14 dies VO (si sospita de tricomonosi o instrumentació en les 2-3 setmanes prèvies, per major risc d'anaerobis). <45Kg: ceftriaxona 50 mg/kg IM dosi única (DM 1g) + doxiciclina 2 mg/kg/12h durant 14 dies VO (DM 100mg/12h) +/- metronidazol 10 mg/kg/8h VO (DM 4 g/d) durant 14 dies.
- **Ingrés hospitalari (MIP greu):** > 45 kg: ceftriaxona 1-2 g EV 5-7 dies (fins a 24-48 h després de la milloria clínica) + doxiciclina 100 mg/12 h EV + metronidazol 500 mg/8-

|                       |   |             |   |                      |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|----------------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             |   | <b>DATA DOCUMENT</b> |    | Maig 2022      |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSIÓ</b>        | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

12h EV. < 45 kg: ceftriaxona 50 mg/kg/dia (DM 1-2 g/dia) EV + doxiciclina 2 mg/kg/12h (DM 100 mg/12h) EV +/- metronidazol 10 mg/kg/8h (DM 4g/dia) EV (si sospita de tricomonosi o instrumentació en les 2-3 setmanes prèvies, per major risc d'anaerobis).  
 Mantenir tractament fins a 24-48 hores després de la milloria clínica i analítica. Després mantenir doxiciclina (+/- metronidazol) VO fins a completar 14 dies de tractament.

- En cas de col·leccions s'haurà d'individualitzar la durada del tractament i valorar el drenatge quirúrgic. Consultar amb Ginecologia i UPIIP.
- Per menors de 8 anys comentar amb la UPIIP per valorar canvi de doxiciclina a azitromicina.

### 8.1.6 Balanopostitis

**Descripció:** inflamació del gland i de la pell del prepuci.

**Clínica:** prurit, dolor, inflamació del gland i el prepuci.

**Etiologia:** pot ser de causa infecciosa o dermatològica. En pacients sense relacions sexuals la causa més freqüent és la irritativa. Dins les causes infeccioses s'inclouen: *Candida* spp. o aerobis (*Streptococci* com *S. agalactiae*, *S. dysgalactiae* i *S. pyogenes* o *Staphylococcus aureus*).

**Diagnòstic:** davant la sospita d'una causa infecciosa és necessari recollir:

- Escovilló subprepucial per gram i cultiu micològic i bacterià. *Petició del SAP "Cultiu convencional: Exsudat o pus balano-prepucial (petició programada - microbiologia - mostres aparell genito/urinari).*
- Si ulceració sospitar ITS ulceratives (veure apartat 2).

Cal descartar que no es tracta d'un debut de malaltia diabètica sol·licitant la glicèmia o glucosúria i en el cas de no identificar cap microorganisme valorar la derivació a dermatologia per a descartar altres patologies (liquen pla, psoriasi, lesions neoplàsiques...).

**Tractament:** cal recomanar mesures generals com evitar substàncies irritants (sabó), mantenir una bona higiene, fer rentats amb sèrum fisiològic i evitar la retracció forçada del prepuci.

Segons l'etiologia:

- **Candidiasi:** azol crema (clotrimazol, ketoconazol, miconazol) 2-3 cops al dia durant 5-7 dies, fins a la desaparició de les lesions. En casos resistents es pot valorar tractament oral amb fluconazol a 6mg/kg (DM 150mg) en dosi única.
- **Aerobis:** tractament segons microorganisme aïllat i antibiograma.

|                       |   |             |   |                      |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|----------------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             |   | <b>DATA DOCUMENT</b> |    | Maig 2022      |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSÍO</b>        | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

### 8.1.7 Epididimitis/Orquitis

**Definició:** inflamació de l'epidídim i/o del testicle. Sovint es parla d'orquepididimitis.

**Clínica:** dolor intens i inflamació de l'escrot amb o sense secreció uretral, hidrocele secundari, febre o síndrome miccional.

**Etiologia:** en nens o joves sense activitat sexual aquesta infecció és secundària a una infecció d'orina i cal pensar en microorganismes com *M. pneumoniae*, virus (enterovirus, adenovirus, virus de la parotiditis), *Escherichia coli* i altres enterobacteris. En els joves sexualment actius cal tenir en compte microorganismes típics de les ITS com són *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* i *Trichomonas* spp.

**Diagnòstic:** sol·licitar un estudi bàsic d'infecció d'orina (tira reactiva i sediment), urocultiu i estudi de la secreció uretral amb Gram, cultiu i PCRs (veure diagnòstic de uretritis en cas d'haver-hi exsudat uretral). En cas de no haver-hi exsudat es pot sol·licitar l'estudi de PCRs en orina "*Orina primer raig: C.trachomatis, N.gonorrhoeae i altres agents ITS. PCR*" d'orina de micció espontània: primer raig (petició programada - microbiologia - mostres aparell genito/urinari). En casos d'afectació sistèmica cal sol·licitar proves sanguínies com analítica i hemocultiu. També serà útil la realització de proves d'imatge com una ecografia testicular amb doppler per tal de descartar entitats com una torsió testicular o complicacions infeccioses com col·leccions o abscessos que requerissin de drenatge. Contactar amb cirurgia pediàtrica.

**Tractament:** segons la sospita diagnòstica:

- Sexualment actius:
  - Sospita de *C. trachomatis* i/o *N. gonorrhoeae*: >45 kg ceftriaxona 1g en dosi única via IM o EV + doxiciclina 100 mg/12h VO durant 7 dies. <45 kg: ceftriaxona 50 mg/kg IM dosi única (DM 1g) + doxiciclina 2 mg/kg/12h durant 7 dies via oral (DM 100mg/12h). Com alternativa en menors de 8 anys utilitzar azitromicina (veure taula tractament d'uretritis a la pàgina 9).
- No sexualment actius de probable origen bacterià: cefixima 8 mg/kg/dia (DM 400mg/d) durant 3 dies via oral.
- Sospita vírica (nens prepuberals, altra clínica acompanyant suggestiva de quadre viral): no iniciar tractament antibiòtic i fer un control clínic estricte. Es poden utilitzar algunes mesures generals com el repòs, fred local, suspensori escrotal i antiinflamatoris.

|                       |   |             |   |                      |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|----------------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             |   | <b>DATA DOCUMENT</b> |    | Maig 2022      |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSÍO</b>        | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

### 8.1.8 Limfogranuloma veneri

**Etiologia:** infecció sistèmica causada per *Chlamydia trachomatis* genotips L1, L2 i L3.

**Clínica:** proctitis (forma més freqüent al nostre medi), aparició de ganglis inguinals d'aspecte inflamatori amb una úlcera petita i indolora a genitals externs masculins o tracte genital femení.

**Diagnòstic:** recollir mostra o recollir exsudat rectal en cas de proctitis, drenatge de les lesions adenopàtiques si s'escau. Sol·licitar "*C. trachomatis, N. gonorrhoeae i altres agents ITS. PCR*"; en cas de ser positiu a *C. trachomatis* en mostra rectal, el laboratori amplia la PCR automàticament als serotips propis de limfogranuloma veneri. Si es vol sol·licitar en altres mostres caldrà trucar al laboratori per informar de la sospita diagnòstica.

**Tractament:** doxiciclina 2 mg/kg/12h (DM 100 mg/12h) VO durant tres setmanes.

### 8.1.9 Proctocolitis i enteritis

**Descripció:** inflamació del tub digestiu; proctocolitis quan s'inflama recte i colon o enteritis quan afecta a l'intestí curt. Típica de pacients que practiquen sexe anal o oroanal.

**Clínica:** dolor abdominal, diarrea, tenesme rectal, sagnat, restrenyiment, secreció de moc i/o pus.

**Etiologia:** les proctocolitis sexualment adquirides són causades principalment per *Shigella*, *Salmonella* spp., *Campylobacter* spp., *E. coli*, *Entamoeba histolytica* o *Giardia lamblia*. En pacients immunodeprimits (VIH, per exemple) caldria pensar en microorganismes oportunistes com citomegalovirus, *Cryptosporidium* spp. o *Microsporidium* spp..

**Diagnòstic:** segons la clínica es pot sol·licitar un coprocultiu (*petició al SAP de "Femta no fixada – Coprocultiu - diarrea del viatger [petició programada - microbiologia - mostres femta]*) i/o exàmens de paràsits (*petició al SAP de "Femta fixada (paràsits) – Investigació de paràsits intestinals [petició programada - microbiologia - mostres femta]*).

**Tractament:** mesures de suport per evitar la deshidratació. En pacients immunodeprimits o fràgils o amb quadres clínics greus es pot valorar fer tractament empíric amb ciprofloxacina 20-30 mg/kg/dia VO cada 12 hores (DM 1,5 g/dia) durant 5 dies o, si és possible, tractament dirigit segons el microorganisme responsable del quadre.

### 8.1.10 Proctitis

**Descripció:** inflamació del recte (10 últims centímetres del tracte digestiu).

**Etiologia:** *N. gonorrhoeae* i *C. trachomatis* en primer lloc, seguit de l'herpes genital i sífilis.

**Clínica:** dolor anal, alteració del ritme deposicional, sagnat, secrecions i tenesme.

|                       |   |             |   |                      |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|----------------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             |   | <b>DATA DOCUMENT</b> |    | Maig 2022      |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSIÓ</b>        | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

**Diagnòstic:** PCR múltiplex i cultiu de *N. gonorrhoeae*. Afegir estudi de VHS i *Treponema pallidum* si proctitis ulcerativa. “*Exsudat rectal: C.trachomatis, N.gonorrhoeae i altres agents ITS. PCR*”, “*Neisseria gonorrhoeae. Cultiu específic*” +/- “*T.pallidum, H.simple i altres (ITS). Detecció per PCR*” (petició programada - microbiologia - mostres aparell genito/urinari- exsudat o pus rectal). En el cas de detectar *C. trachomatis* el laboratori amplia directament la PCR a serotips relacionats amb el LGV (veure apartat 8.1.8 per a tractament).

**Tractament:** segons la causa, el seu maneig es detalla en els apartats d'uretritis i d'úlceres anogenital respectivament.

Tractament empíric proctitis: doxicilina 2 mg/kg/12h VO durant 7 dies (DM 100mg/12h) + ceftriaxona 50 mg/kg IM dosi única (DM 1g).



|                |   |      |   |           |    |         |    |
|----------------|---|------|---|-----------|----|---------|----|
| TÍTOL DOCUMENT | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |      | DATA DOCUMENT                                   | Maig 2022 |    |         |    |
| ESTÀNDARD      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | CODI | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | VERSIÓ    | V1 | PÀGINES | 27 |

## 8.2 ITS ULCERATIVES

### 8.2.1 Sífilis

**Etiologia:** *Treponema pallidum*. El reservori de la infecció per *T. pallidum* és exclusivament humà. La font d'infecció són el xancre i les lesions a mucoses de les persones infectades; tanmateix, el semen i les secrecions vaginals també poden ser vehicles d'infecció.

**Clínica:** la sífilis adquirida té un període d'incubació variable (9-90 dies) amb una mitjana de 2-3 setmanes. Es classifica en sífilis precoç i sífilis tardana. L'European Center for Diseases Prevention and Control (ECDC) i els Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dels Estats Units d'Amèrica defineixen la **sífilis precoç** com la sífilis adquirida de menys d'un any d'evolució, i la **sífilis tardana** com la sífilis adquirida de més d'un any d'evolució. La sífilis precoç comprèn la sífilis primària, la secundària i la latent precoç, mentre que la sífilis tardana comprèn la sífilis latent tardana i la sífilis terciària. Les característiques clíniques de cadascuna de les fases, junt als resultats de les proves serològiques en cadascuna d'elles i el tractament es detallen a la **taula 3** dels annexos.

#### Diagnòstic:

1. **Microscopia de camp fosc:** no disponible en el nostre hospital, sí a la Unitat de Drassanes.
2. **PCR.** *Petició al SAP de T.pallidum, H.simple i altres (ITS): detecció per PCR-Exsudat o pus de xancre genital (petició programada - microbiologia - mostres aparell genito/urinari- exsudat o pus de xancre genital).*
3. **Test serològics:**
  - **Treponèmics:** detecten **anticossos específics** (TPHA, TPPA i FTA-abs). *Petició al SAP Treponema pallidum: anticossos específics (CLIA)- Sèrum.*
  - **No treponèmics o cardiolipínics:** detecten **anticossos inespecífics** (RPR i VDRL). El laboratori amplia automàticament la determinació d'aquests anticossos si els tests treponèmics són positius.

Cal descartar una neurosífilis en tots aquells pacients que presenten simptomatologia neurològica, incloent l'afectació oftàlmica i auditiva, en qualsevol de les fases de la malaltia. En aquests casos, caldrà realitzar una PL i sol·licitar PCR, VDRL, TPHA i citologia/bioquímica en LCR.

Veure **taula 3** dels annexos per a resum de proves diagnòstiques segons el moment d'evolució i el tractament.

|                       |   |             |   |                      |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|----------------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             |   | <b>DATA DOCUMENT</b> |    | Maig 2022      |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSÍO</b>        | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

### 8.2.2 Herpes genital

**Etiologia:** l'herpesvirus humà (VHS) és un virus ADN amb dos serotips: VHS-1 i VHS-2. Ambdós poden causar herpes genital.

La transmissió de l'herpes genital es produeix per contacte directe amb la pell, les mucoses o les secrecions d'una persona infectada, encara que no tingui lesions aparents.

Normalment, el contagi es dona durant les relacions sexuals (vaginals, anals o orals), però també és possible el contagi per autoinoculació i la transmissió de la infecció de mare a fill durant el part.

#### **Clínica:**

- **Herpes genital primari:** asimptomàtic o simptomàtic; en aquest darrer cas, al cap d'uns 6 dies d'incubació (de 2 a 12 dies), apareixen les manifestacions clíniques:

- inicialment, malestar general, mal de cap, miàlgia o febre i formigueig, picor, cremor o dolor en la zona afectada;
- aparició de lesions als genitals, les quals evolucionen des de l'eritema a la vesícula, la butllofa, l'erosió, l'úlcer i la crosta, poden ser múltiples i extenses i trobar-se en fases evolutives diferents;
- es localitzen normalment al coll uterí (cervicitis) o a la vulva, en la dona, i al gland, el prepuci o el cos del penis, en l'home; en alguns casos, les lesions es poden localitzar a les natges, les cuixes o la regió perianal, a l'anus o al recte;
- signes i símptomes associats: disúria, secreció uretral o vaginal i adenopatia inguinal dolorosa, normalment bilateral;
- 15-30 % dels casos hi pot haver complicacions neurològiques (meningitis asèptica, radiculitis sacra).

La curació de l'episodi es produeix al cap de 16-20 dies.

- **Recurrències:** poden ser simptomàtiques o no. Les recurrències varien d'una persona a una altra i segons el tipus d'herpesvirus, i són més freqüents en la infecció per VHS-2. En més de la meitat de casos d'herpes simple hi ha recurrències al cap de 4-8 mesos de l'episodi inicial. Durant el primer any, hi pot haver entre 4 i més de 10 episodis de recurrència.

1. **Diagnòstic:** PCR de les lesions. Depenent la fase evolutiva de les lesions, la sensibilitat varia entre un 11-70%. La mostra es pot recollir directament amb un escovilló o turunda fregant la base de la lesió, o bé es pot raspar la lesió amb una fulla de bisturí o similar i posteriorment recollir la mostra amb l'escovilló o torunda. *Petició al SAP de T.pallidum, H.simple i altres (ITS): detecció per PCR-Exsudat o pus de xancre genital (petició*

|                       |   |             |   |                      |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|----------------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             |   | <b>DATA DOCUMENT</b> |    | Maig 2022      |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSÍO</b>        | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

*programada - microbiologia - mostres aparell genito/urinari- exsudat o pus de xancres genital).*

#### **Tractament:**

- **Tractament del primer episodi:** <12 anys: aciclovir 40-80 mg/kg/d cada 6-8h, durant 7-10 dies amb dosi màxima de 1,2 g/dia // ≥12 anys: aciclovir 200 mg cinc vegades al dia per via oral durant 7-10 dies, o bé aciclovir 400 mg cada 8 hores per via oral durant 7-10 dies, o bé valaciclovir (només majors de 12 anys) 500 mg cada 12 hores per via oral durant 7-10 dies.
- **Tractament episòdic:** <12 anys: aciclovir 60 mg/kg/d cada 8h (DM 400 mg/dosi), durant 5 dies // ≥12 anys: valaciclovir 500 mg/12 h 3 dies o bé 1000 mg/dia 5 dies o bé aciclovir 400 mg/8 h 5 dies o bé 800 mg/12 hores 5 dies.

En el cas de recurrències freqüents (>6 episodis a l'any), derivar a CEX UPIIP-Drassanes (veure apartat 8.4 Seguiment) per a valoració de teràpia supressora.

### **8.3 ALTRES ITS**

#### **8.3.1 Infecció pel virus del papil·loma humà: berrugues i condilomes**

**Etiologia:** VPH. El contacte directe per la pell és la forma més eficaç de transmissió. El virus no es transmet pels fluids com la sang o el semen. La transmissió vertical (de mare a fill durant el part), la transmissió per autoinoculació i la transmissió orogenital són poc freqüents, mentre que no queda clara la transmissió del VPH a través de fòmits. En lactants i nens està descrita la transmissió a través de la higiene de la zona genital.

Més del 90% de les lesions són transitòries i l'eliminació del virus es produeix en el decurs dels dos anys posteriors a la infecció. Tant la dona com l'home poden ser portadors asimptomàtics i transmissors de la infecció per contacte sexual.

**Clínica:** els condilomes acuminats o berrugues venèries són la manifestació clínica més aparent de la infecció pel VPH. Són lesions benignes, hiperplàstiques, exofítiques, del color de la carn, en forma de cresta o de coliflor, de mida i nombre variables. Les berrugues venèries solen ser asimptomàtiques, tot i que de vegades poden ocasionar pruíja, sagnat localitzat al meat urinari o a la uretra i dolor local. En l'home, les localitzacions comunes d'aquestes lesions són el solc balanoprepucial, el fre del prepuci, el gland, la cara interna de la pell del prepuci, el meat uretral i la regió perianal; en la dona, les localitzacions més freqüents són l'introït vulvar i els llavis menors, essent menys freqüents a la vagina i la cèrvix uterina.

|                       |   |             |   |                      |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|----------------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             |   | <b>DATA DOCUMENT</b> |    | Maig 2022      |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSÍO</b>        | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

**Diagnòstic:** el diagnòstic de les berrugues i condilomes acuminats és **clínic**, amb un examen detingut de les zones anatòmiques on solen aparèixer aquestes lesions, un examen ginecològic amb espècul en el cas de la dona (demanar valoració per Ginecologia) i un examen de l'àrea genital i perianal amb llum apropiada tant en homes com en dones.

Davant la sospita clínica derivar de forma preferent a CEX UPIIP-Drassanes (veure apartat 8.4 Seguiment) per a valoració i primera visita a CEX de Dermatologia pediàtrica per a tractament.

Cal recordar que a part de la vacunació sistemàtica en noies, hi ha altres grups de risc en què la vacuna front el VPH està finançada (incloent el nois que tenen relacions sexuals amb altres nois fins als 26 anys i les persones que han patit violència sexual fins als 26 anys). A la CEX UPIIP-Drassanes (ubicada al Centre de Salut Internacional i Malalties transmissibles Drassanes-Vall d'Hebron) es disposa de vacunes per a aquest grup de risc.

### 8.3.2 Pediculosi pubiana

**Definició:** Parasitosi causada per *Phthirus pubis*.

**Clínica:** prurit localitzat en àrea púbica i menys comunament en regió perianal, cara interna de cuixes, abdomen, tòrax, aixelles, celles, pestanyes o perifèria de pell cabelluda. Pot ser moderat o sever i generalment inicia entre els cinc a set dies després de la infestació. També es poden veure pàpules de 2 a 3 mm, dermatitis inespecífica per excoriació, i inclús taques cerúlies en pell resultants de la conversió enzimàtica de bilirubina a biliverdina. Ocasionalment es pot observar l'excrement del paràsit a àrea púbica i/o roba interior.

**Diagnòstic:** clínic.

**Tractament:** Triar una entre les següents opcions (tots s'han de repetir als 7-10 dies):

- Permetrina loció 1%, aplicar i rentar 10 minuts després. D'elecció durant l'embaràs.
- Piretrina+ butòxid piperonil, aplicar i rentar 10 minuts després.

Alternatives en situacions especials:

- Malation loció 0.5% aplicar durant 12 h i rentar després. Repetir als 7 dies. No indicat en embaràs.
- Ivermectina 250 mcg/Kg, repetir a les 2 setmanes, VO. No en embaràs.

### 8.3.3 Hepatitis víriques

Consultar amb la Unitat de Gastroenterologia, Hepatologia, Suport Nutricional i Trasplantament Hepàtic de Pediatria.

|                       |   |             |   |                      |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|----------------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             |   | <b>DATA DOCUMENT</b> |    | Maig 2022      |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSÍO</b>        | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

#### 8.4 SEGUIMENT

Demandar primera visita a CEX UPIIP-Drassanes (**CEX Immuno-Infeccioses pediatria Drassanes**) al cap de 5-7 dies de la visita inicial per avaluar l'evolució de les manifestacions inicials i valorar necessitat de control postractament i cribratge d'altres ITS. S'ha de recomanar estudi i/o tractament de les parelles sexuals.

En les ITS en pediatria s'ha de valorar la necessitat d'un estudi multidisciplinari més dirigit, derivant o contactant amb l'equip EMMA per a comentar el cas (telèfon 667 300 655 [de dilluns a divendres de 8-15h] o [equipemma@vhebron.net](mailto:equipemma@vhebron.net)), per a descartar algun tipus de violència sexual.

#### 9. CRIBRATGE D'ALTRES ITS I ALTRES CONSIDERACIONS

A part de l'estudi fet segons la sospita clínica (veure apartats previs), s'ha d'oferir sempre cribratge d'altres possibles ITS que poden ser asimptomàtiques. El cribratge recomanat en tots els casos inclou:

- Serologies VIH i sífilis en tots els casos + serologia VHB si no consta vacunació completa + serologia VHC en HSH.
- PCR de *N. gonorrhoeae* i *C. trachomatis* a exsudat faringi, exsudat vaginal (noies), orina de primer raig (nois) i/o exsudat rectal segons pràctiques.

Aquests resultats es valoraran a la CEX UPIIP-Drassanes.

En noies s'ha de valorar la realització d'una prova d'embaràs (recollir data d'última menstruació).

Tot diagnòstic d'una ITS ha d'anar acompanyat d'un consell breu per disminuir conductes de risc així com informació sobre sexe segur. De la mateixa manera, s'haurà d'informar de la necessitat d'abstenir-se de mantenir relacions sexuals fins a la finalització del tractament i/o fins que el contacte hagi estat estudiat i tractat. S'ha d'informar també de la necessitat de fer l'estudi de contactes com més aviat millor, indicant que existeix la possibilitat de fer-ho respectant l'anonimat del pacient. Tot i la primera informació donada a urgències, completarem l'estudi de contactes i tota la educació sanitària des de la CEX UPIIP-Drassanes.

En cas de detectar-se infeccions compatibles amb ITS en nens/es que no refereixen relacions sexuals prèvies, s'ha de comentar el cas **sempre** a l'equip EMMA ([equipemma@vhebron.net](mailto:equipemma@vhebron.net)), per a descartar algun tipus de violència sexual.

|                       |   |             |   |               |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|---------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             | <b>DATA DOCUMENT</b>                            | Maig 2022     |    |                |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSÍO</b> | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

## 10. INDICADORS.

No procedeix.

## 11. BIBLIOGRAFIA.

1. Ashby J, Browne R, Dwyer E, Fifer H, Forsyth S, Hamlyn E et al. BASHH National Guideline on the Management of Sexually Transmitted Infections and Related Conditions in Children and Young People (2021). [BASHH Guidelines](#).
2. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999. (Quaderns de Salut Pública;. Guia per a la prevenció i el control de les malalties de transmissió sexual. Barcelona: Generalitat de Catalunya. 1). Disponible a: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2040/index.html>.
3. Departament de Salut. Guia de pràctica clínica sobre infeccions de transmissió sexual. GPC-ITS 2009. Disponible a: [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/temes\\_de\\_salut/infeccions\\_de\\_transmissio\\_sexual/documents/acces\\_a\\_la\\_guia.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/infeccions_de_transmissio_sexual/documents/acces_a_la_guia.pdf)
4. Caballero García M, Bardón Cancho E, López Lledó S. Infecciones de transmisión sexual en adolescentes (v.1.1/2015). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizat el 28-feb-2015; consultat el 21/11/2021]. Disponible a <http://www.guia-abe.es>.
5. IUSTI. 2013 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections. Disponible a: [http://www.iusti.org/regions/europe/word\\_docs/17.1\\_European\\_guideline\\_on\\_PN.doc](http://www.iusti.org/regions/europe/word_docs/17.1_European_guideline_on_PN.doc).
6. Kimberly A. Workowski, Laura H. Bachmann, Philip A. Chan et al. CDC Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021.
7. GeSIDA. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Marzo 2017.
8. Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid, 2011

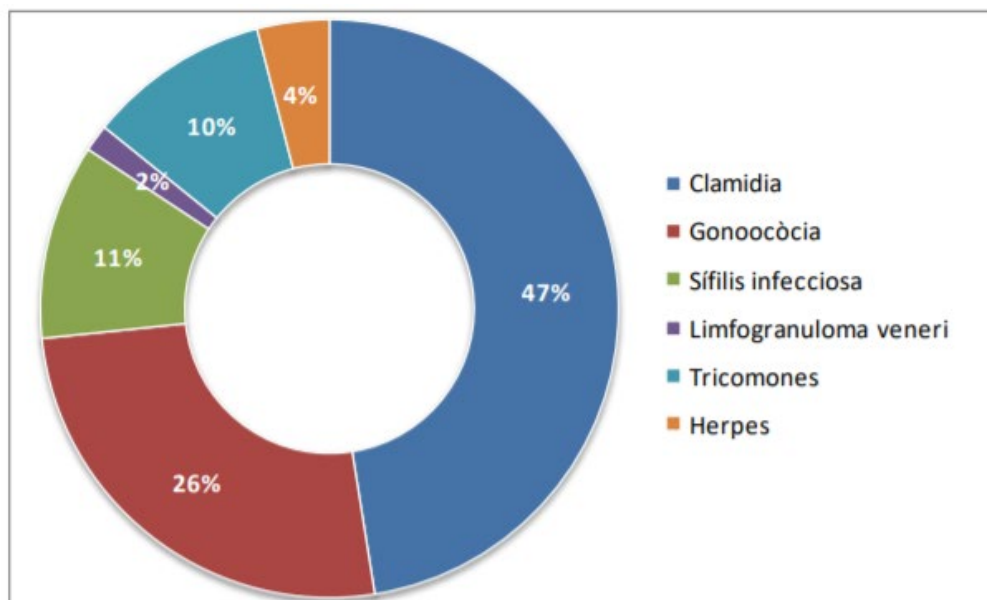
## 12. DOCUMENTS RELACIONATS.

| <b>TÍTOL DOCUMENT</b>  | <b>CODI</b> |
|--|-------------|
| Protocolo de actuación ante menor víctima de agresión o abuso sexual (disponible <a href="#">aquí</a> ). |             |

|                       |   |             |   |               |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|---------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             | <b>DATA DOCUMENT</b>                            | Maig 2022     |    |                |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSIÓ</b> | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

### 13. ANNEXOS.

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



**Taula 1. Diagnòstic diferencial clínic de vaginitis/vaginosi.**

|                             | <b>Candidiasi (30%)</b>   | <b>Tricomonomosi (10%)</b>  | <b>Vaginosi bacteriana (40-50%)</b>                     |
|-----------------------------|---|---|---|
| <b>Síntomes</b>             | Irritació i prurit vulvar intens<br>Leucorrea, disúria, dispareúnia                                   | Prurit lleu-intens<br>Dolor abdominal baix<br>Leucorrea, disúria, dispareúnia     | No prurit<br>Leucorrea                                  |
| <b>Signes</b>               | Eritema i edema de vulva i vagina, fissures i excoriacions<br>Mucosa eritematosa<br>Leucorrea escassa | Eritema vulvar, colpitis "maduixa"<br>Mucosa amb petèquies,<br>leucorrea abundant | No eritema vulvar, mucosa normal,<br>leucorrea moderada |
| <b>Leucorrea / olor/ pH</b> | Blanca viscosa, adherent / Sense olor / <4,5  | Groc-verdosa espumosa / Pudent / >4,5   | Blanca-grisa homogènia / "Peix", pudent / >4,5          |

|                       |   |             |   |               |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|---------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             | <b>DATA DOCUMENT</b>                            | Maig 2022     |    |                |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSIÓ</b> | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

**Taula 2. Diagnòstic diferencial clínic entre uretritis/cervicitis gonocòccica i no gonocòccica.**

|                           | <b>Gonocòccica</b>   | <b>No gonocòccica</b>   |
|---------------------------|--|---|
| <b>Incubació</b>          | 2-5 dies   | 7-21 dies   |
| <b>Síntomes</b>           | Homes: inici brusc >80%, inflamació del meat uretral.<br>Asimptomàtics <10%<br>Dones: ≤50% leucorrea i/o dolor abdominal baix.<br>Asimptomàtiques ≥50% | Inici gradual   |
| <b>Exsudat</b>            | Abundant / continu / purulent / hemorràgic   | Predomini matutí / serós / mucoide  |
| <b>Síndrome miccional</b> | Homes: >50%, intens; dones: 10-15%<br>Piúria i/o hematúria en orina de 1r raig.  | Ocasional, lleu. Piúria i hematúria en orina de 1r raig.<br>Urocultiu estèril |



|                       |   |             |   |               |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|---------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             | <b>DATA DOCUMENT</b>                            | Maig 2022     |    |                |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSIO</b> | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

**Taula 3: Resum simptomatologia, diagnòstic i tractament sífilis.**

| <b>Estadi i període d'incubació</b>    | <b>Manifestacions clíniques</b> | <b>Proves diagnòstiques a demanar i interpretació</b>   | <b>Tractament</b>  |
|--|---------------------------------|---|--|
| Primari<br>2-3 setmanes<br>(9-90 dies) | Xancre, adenopatia regional     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Camp fosc (ideal 10 primers dies aparició del xancre) (no disponible a l'hospital, sí a Drassanes).</li> <li>- PCR de les lesions.</li> <li>- Proves serològiques no treponèmiques (positivitzen al cap de 2-3 setmanes de l'aparició del xancre amb títols que augmenten ràpidament [augment d'almenys dues dilucions]; poden aparèixer títols baixos [1/2;1/4;1/8] durant el període de seroconversió).</li> <li>- Proves serològiques treponèmiques: poden positivitzar a partir de 10-14 dies des de l'aparició del xancre.</li> </ul> | <p>-2,4 milions d'UI de penicil·lina G benzatina IM, en dosi única.</p> <p><b>En &lt;45Kg:</b> penicil·lina G benzatina 50.000 UI/kg IM (DM 2,4 milions d'UI), en dosi única.</p> <p>-Alternativa: doxiciclina 100 mg cada 12h VO durant 14 dies.</p> <p><b>En menors de 12 anys:</b> doxiciclina 2,2 mg/kg/12h (DM 100 mg/12h) VO durant 14 dies<sup>6</sup>.</p> |

<sup>6</sup> No hi ha experiència en població pediàtrica per a aquesta indicació. Validar amb UPIIP.

|                       |   |             |   |               |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|---------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             | <b>DATA DOCUMENT</b>                            | Maig 2022     |    |                |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSÍO</b> | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Secundari<br>4-8 setmanes<br>(màxim 6 mesos)   | Erupció cutània, febre, malestar, adenopatia, lesions mucoses, condilomes plans, alopecia, meningitis, cefalea i uveïtis. | - Proves serològiques no treponèmiques: Títols alts (>1/32).<br>- Proves serològiques treponèmiques.<br>- PCR però amb menys sensibilitat que en la primària. Pot donar fals negatiu.  | Igual que la primària.  |
| Latent<br>- precoç <1 any<br>- tardana: ≥1 any | Asintomàtica  | - Proves serològiques no treponèmiques: en la latent precoç títols alts però que van disminuint de manera progressiva. En la latent tardana i sífilis terciària poden ser positives en títols baixos (serologia residual) o negatives.<br>- Proves serològiques treponèmiques. | En el cas de la precoç: igual que la primària.<br>En el cas de la tardana:<br>-2,4 milions d'UI setmanals de penicil·lina G benzatina IM, durant tres setmanes.<br><b>En &lt;45 Kg:</b> penicil·lina G benzatina 50.000 UI/Kg setmanals IM (DM 2,4 milions d'UI), durant 3 setmanes.<br>-Alternativa: doxiciclina 100 mg cada 12h o 200 mg cada 24h VO durant 21-28 dies (contraindicada durant l'embaràs).<br><b>En menors de 12 anys o &lt;45 kg</b> utilitzar com alternativa doxiciclina 4,4 mg/kg inicials amb dosi de manteniment de 2,2 mg/kg/12h VO durant 21 dies <sup>7</sup> . |

<sup>7</sup> No hi ha experiència en població pediàtrica per a aquesta indicació. Validar amb UPIIP.

|                       |   |             |   |                      |    |                |    |
|-----------------------|---|-------------|---|----------------------|----|----------------|----|
| <b>TÍTOL DOCUMENT</b> | INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL A PEDIATRIA    |             |   | <b>DATA DOCUMENT</b> |    | Maig 2022      |    |
| <b>ESTÀNDARD</b>      | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>CODI</b> | (a codificar per Direcció Processos i Qualitat) | <b>VERSIÓ</b>        | V1 | <b>PÀGINES</b> | 27 |

|              |  |   |  |
|--------------|--|---|--|
| Neurosífilis | Asimptomàtica o simptomàtica: cefalees, vertígens, alteracions del caràcter, demència, atàxia i presència del signe d'Argyll Robertson (pupila petita que no respon a la llum) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proves serològiques no treponèmiques- VDRL i RPR en LCR junt estudi bioquímic.</li> <li>- Proves serològiques treponèmiques positiva.</li> <li>- Veurem augment cel·lularitat LCR i proteïnes elevades.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penicil·lina G sòdica, 3-4 milions d'UI cada 4h EV (per a un total de 18-24 milions d'UI cada 24 h) durant 10-14 dies, o bé;</li> <li>- 2,4 milions d'UI de penicil·lina G procaïna cada 24h IM + probenecid 500 mg cada 6h VO 10-14 dies.</li> <li><b>En &lt;45 Kg:</b> Penicil·lina G sòdica 200.000-300.000 UI/kg/dia EV cada 4-6h durant 10-14 dies (DM 18-24 milions d'UI/dia).</li> <li>-Alternativa: (provar primer dessensibilització a penicil·lina) ceftriaxona 2 g cada 24h EV durant 10-14 dies, si no hi ha antecedents d'anafilaxi a la penicil·lina, o bé doxiciclina 200 mg cada 12h VO durant 21- 28 dies (contraindicada durant l'embaràs) (només en circumstàncies excepcionals).</li> <li><b>En menors de 12 anys o &lt;45 Kg:</b> (provar primer dessensibilització a penicil·lina) ceftriaxona 50 mg/kg cada 24h EV durant 10-14 dies.</li> </ul> |
|--------------|--|---|--|