

Abordagem Síndrômica das Infecções Sexualmente Transmissíveis em Adolescentes

Syndromic Management of Sexually Transmitted Infections in Adolescents

Pascoal Moleiro¹, Cláudia Arriaga¹, Sílvia Neto¹, Graça Rocha²

em representação da Sociedade Portuguesa de Medicina do Adolescente e da Sociedade de Infeciologia Pediátrica

1. Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

2. Serviço de Pediatria Ambulatória, Hospital Pediátrico de Coimbra, CHUC, Coimbra, Portugal

Acta Pediatr Port 2015;46:414-21

Introdução

As infeções sexualmente transmissíveis (IST) constituem todas as infeções em que o contacto sexual constitui a principal via de contágio. Podem ser de etiologia bacteriana, vírica ou parasitária.^{1,2}

Têm diagnóstico difícil e muitas vezes tardio, pela evolução frequentemente assintomática, a clínica inespecífica ou a inibição sociocultural na procura de cuidados de saúde, pelos estigmas a elas associados.^{2,3}

A abordagem das IST tem especial importância para identificação e sinalização precoce destas doenças, para o tratamento e/ou prevenção da infeção nos contactos e evicção de novas infeções no mesmo indivíduo. O tratamento precoce das IST diminui a sua morbidade e mortalidade, assim como previne complicações e o desenvolvimento de sequelas.⁴

A abordagem síndrômica (Fig. 1) é a atualmente preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).^{5,6} Na primeira oportunidade, esta abordagem permite oferecer um diagnóstico e tratamento adequados e oportunos, de fácil uso por todos os profissionais de saúde.⁵⁻⁸ O recurso a exames laboratoriais, quando disponíveis, não deverá condicionar ou adiar a decisão terapêutica.^{5,6}

Mensagens importantes

- Nem toda a infeção do trato genital é uma IST; nem todas as IST se manifestam por doença do trato genital;
- Pode coexistir mais do que uma síndrome no mesmo indivíduo, devendo tratar-se adequadamente todas elas;
- A presença de IST aumenta o risco de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH).

A infeção por VIH, as hepatites virais (nomeadamente B e C), a doença inflamatória pélvica, a escabiose e a pediculose púbicas estão fora do âmbito deste protocolo. As situações de abuso sexual, nomeadamente em crianças, devem ser complementadas com as respetivas recomendações de atuação.

1. Abordagem Inicial

A. Anamnese (Tabela 1)

Entrevistar um adolescente com (suspeita de) IST implica criar um ambiente de confiança para que ele possa falar da sua vida pessoal e sexual.^{2,3} A intervenção deve ser confidencial, personalizada, sem juízos de valor, em linguagem compreensível para o adolescente, com formulação de perguntas inicialmente abertas e posteriormente fechadas.^{1,3}

História da doença atual

- Sintomas e/ou sinais:
 - Específicos: disúria, dispareunia, corrimentos, dor abdominal, dor pélvica, adenopatias, lesões genitais.
 - Inespecíficos / constitucionais: perda de peso, anorexia, astenia, exantema, dermatite, alopecia, artrite.
- Data de início da clínica.
- Evolução da clínica.
- Data do provável contágio.
- Uso de antimicrobianos até dois meses antes.

Antecedentes pessoais

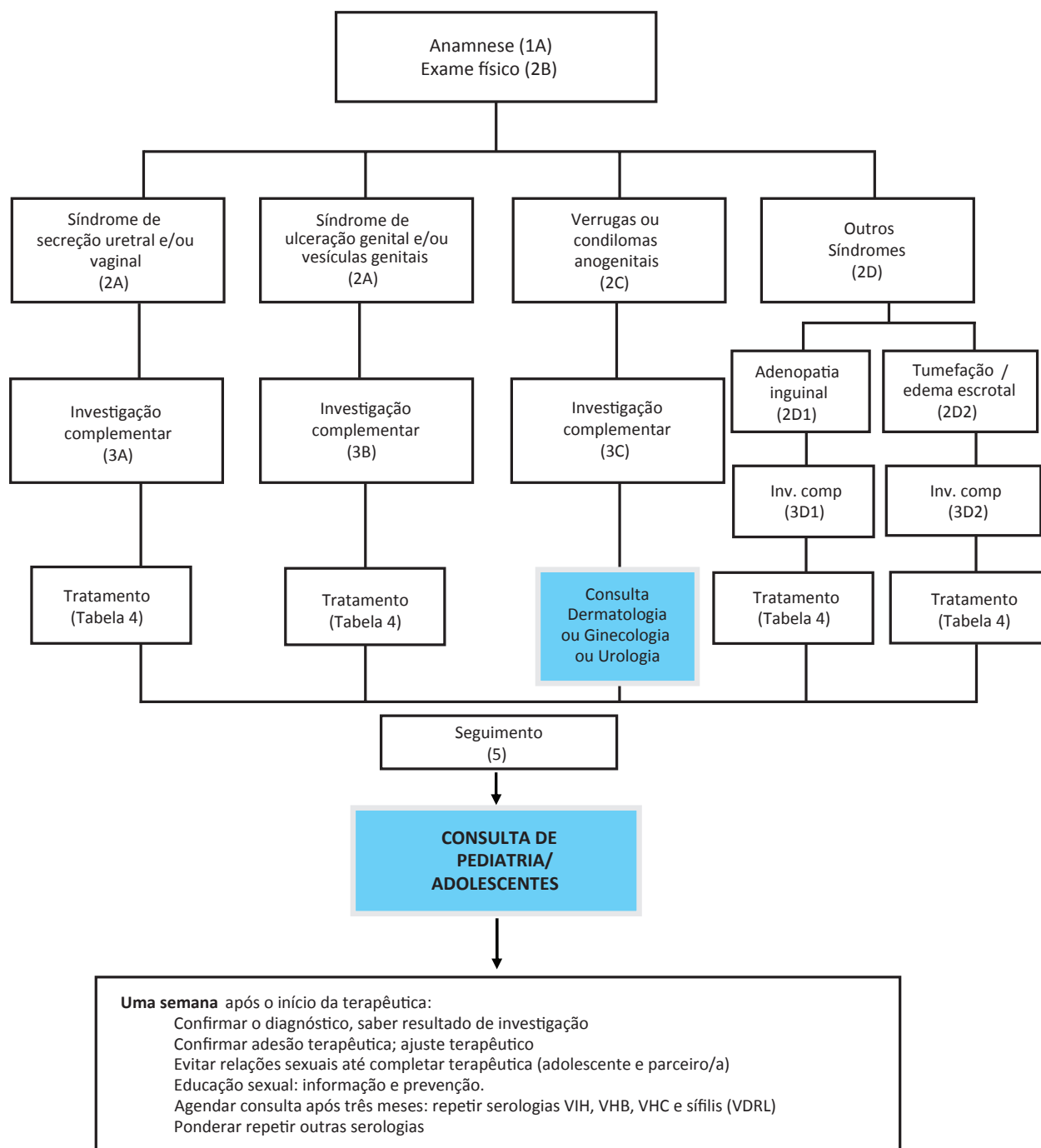
- Patológicos:
 - Outras IST prévias ou atuais.
- Medicamentosos.
- Início de vida sexual ativa (VSA).
- Orientação sexual.
- Número de parceiros sexuais:
 - Parceiro/a recente ou de novo: parceiro/a nos últimos 60 dias.
- Métodos de contraceção (não esquecer o preservativo).
- Vacinação:
 - Papiloma vírus humano (HPV).
 - Vírus da hepatite B (VHB).

Antecedentes familiares

- IST.
- História social e ambiente familiar.

B. Exame físico:

- Geral, com especial atenção:
 - Boca - procurar placas esbranquiçadas e/ou úlceras.



Inv. comp. – investigação complementar; VDRL - *venereal disease research laboratory*; VHB - vírus da hepatite B; VHC - vírus da hepatite C; VIH - vírus da imunodeficiência humana.

Figura 1. Abordagem de adolescente com suspeita de infecção sexualmente transmissível.^{5,6,9-17}

- Cabeça, pescoço, axilas e virilhas - pesquisar adenopatias.
- Pele do tronco e dos membros - observar se erupção cutânea.
- Púbis - pesquisar parasitas.
- Períneo – anogenital: Pesquisar secreções uretrais (em ambos os géneros) e/ou cervicais, úlceras, vesículas,

outras lesões anogenitais, sinais inflamatórios anogenitais e alterações da cor da pele e mucosas:

- No adolescente: No escroto, pesquisar irregularidades, edema, espessamento / tumefação e sensibilidade dos testículos e do epidídimo.
- Na adolescente: Palpação abdominal superficial e profunda e exame ginecológico, se possível.

Tabela 1. Fatores de risco e fatores predisponentes para IST em adolescentes¹⁻³

Fatores de risco	Fatores predisponentes
Início precoce de VSA	Imaturidade física / biológica
Maior número de parceiros sexuais	Imaturidade cognitiva
Outras IST / IST prévia	Disfunção familiar
Grupo de pares com IST	
Patologia crónica	
Vítima de abuso sexual	
Patologia psiquiátrica	
Consumo de álcool e substâncias de abuso	
Institucionalização	
Ausência de seguimento médico regular	
Falta de acesso aos serviços de saúde	
Baixo nível socioeconómico	
Ter uma IST e não informar parceiro(s)	
Fatores culturais, religiosos	

IST - infecção sexualmente transmissível; VSA - vida sexual ativa.

2. Quadro Sindromático (Tabela 2)^{5,6}

A. Síndrome de secreção uretral (masculino) e/ou vaginal (feminino)

- a. Secreções anómalas uretrais e/ou vaginais.
- i. No adolescente acompanha-se de disúria e polaquiúria.
 - ii. Na adolescente acompanha-se de disúria, prurido vaginal e/ou disporeunia.
- b. Quadros etiológicos mais frequentes:
- i. No sexo masculino – uretrite a *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) ou *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*). Outros agentes menos frequentes são a *Trichomonas vaginalis* (*T. vaginalis*), *Ureaplasma urealyticum* (*U. urealyticum*), *Mycoplasma genitalium* (*M. genitalium*) ou *Mycoplasma hominis* (*M. hominis*).
 - ii. No sexo feminino – vaginite a *T. vaginalis* (fluxo profuso e odor característico se vaginose bacteriana com tricomonas presentes), cervicite a *C. trachomatis* e a *N. gonorrhoeae*.

Nota:

A vaginite a *T. vaginalis* (corrimento de odor desagradável; o exame ginecológico pode ser aparentemente normal, mas frequentemente há corrimento arejado, enantema e um colo uterino em framboesa) faz diagnóstico diferencial com patologias não necessariamente transmitidas por via sexual:

- A vaginose bacteriana (corrimento vaginal com odor desagradável, mais acentuado após o coito e no período menstrual, geralmente de cor branca ou cinza e com

Tabela 2. Quadros sindromáticos de apresentação das IST^{5,6}

Síndrome	Etiologia principal	Outras etiologias
Secreção uretral / vaginal	<i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>Ureaplasma urealyticum</i>
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Mycoplasma hominis</i>
	<i>Trichomonas vaginalis</i>	<i>Mycoplasma genitalium</i>
Úlceras / vesículas genitais	<i>Treponema pallidum</i>	Vírus herpes simplex 1, 2
	Vírus herpes simplex 1, 2	<i>Haemophilus ducreyi</i>
		<i>Chlamydia trachomatis</i> (LGV)
Adenopatia inguinal	<i>Chlamydia trachomatis</i> (LGV)	<i>Klebsiella granulomatis</i> (donovanose)
	<i>Haemophilus ducreyi</i>	
Tumefação / edema / dor escrotal (epididimite)	<i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>Mycoplasma hominis</i>
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Mycoplasma genitalium</i>
		Bactérias anaeróbias / aeróbias
Síndromes dermatológicas verrugas / condilomas genitais	HPV	
	<i>Treponema pallidum</i>	

HPV - papiloma vírus humano; IST - infecção sexualmente transmissível; LGV - linfogranuloma venéreo.

aspecto cremoso, há frequentemente casos de doença assintomática, o exame ginecológico revela um corrimento nas paredes da vagina e do vestíbulo).

- A candidíase vaginal (inodoro, de fluxo branco e espesso tipo requeijão). Idealmente fazer exame microscópico a fresco de imediato (até 30 minutos) para diagnóstico diferencial. Estas duas últimas situações não implicam tratar parceiros.

B. Síndrome de ulceração genital e/ou vesículas genitais

a. Presença de úlceras e/ou vesículas genitais:

i. A úlcera é uma solução de continuidade na pele e/ou na mucosa com ausência de epiderme e de parte ou da totalidade da derme.

ii. As vesículas correspondem a pequenas bolhas agrupadas e dolorosas; se sobreinfetam podem parecer pústulas, se rompem dão lugar a úlceras superficiais.

b. Quadros etiológicos mais frequentes:

i. Úlceras: São geralmente provocadas por herpes genital - vírus herpes simplex (HSV) tipo 2 e em alguns casos tipo 1 - apresentando-se com úlcera superficial. Outros agentes causais são o *Treponema pallidum* (*T. pallidum*) (sífilis - úlcera geralmente única, indolor, de bordos regulares e de consistência dura ao tacto) e o *Haemophilus ducreyi* (*H. ducreyi*) (cancroide ou cancro mole - pode ter uma úlcera, mas geralmente são várias, dolorosas, de bordos irregulares, fundo sujo e moles ao toque).

ii. Vesículas: Podem corresponder a herpes genital (HSV tipo 2 e, em alguns casos, tipo 1).

Nota:

O linfogranuloma venéreo (LGV) (*C. trachomatis*) pode inicialmente ter úlcera.

Neste quadro sindrômico, exclui-se o granuloma ungueal - donovanose; *Klebsiella granulomatis* (*K. granulomatis*) - pela sua quase inexistência entre nós.

Na adolescente, o herpes genital apresentando-se com úlcera superficial faz diagnóstico diferencial com a candidíase genital, com vulvite mais acentuada e com lesões ulceradas que não sendo IST podem aparecer nas infeções por vírus Epstein-Barr (EBV), citomegalovírus (CMV), micoplasma e outras.

C. Verrugas e/ou condilomas anogenitais

a. Aparecem como lesões elevadas (aspecto de couve-flor) de cor carnosa, muitas vascularizadas e com diferentes graus de queratinização ao nível dos genitais, ânus ou pele circundante.

b. Quadros etiológicos mais frequentes:

i. O agente causal é o papiloma vírus humano (HPV) - os mais frequentes são o 6 e 11 que representam 90% dos casos; poderá fazer diagnóstico diferencial com o

molusco contagioso, que se pode transmitir por contato sexual (embora não seja uma IST).

ii. Condilomas sífilíticos (na fase secundária da sífilis).

D. Outros quadros / síndromes

D1. Adenopatia inguinal

a. Queixas de tumefação dolorosa inguinal (adenopatia inguinal). Dependendo do agente etiológico, pode ser acompanhado de úlcera genital.

b. Os agentes etiológicos mais frequentes são:

i. *C. trachomatis* que afeta os gânglios linfáticos originando o LGV.

ii. *H. ducreyi* responsável pelo cancroide ou cancro mole e que se pode manifestar por adenopatia inguinal, com ou sem úlcera.

D2. Tumefação / edema / dor escrotal

a. Queixas de tumefação e/ou dor no escroto. Concomitantemente existem fatores de risco para IST: Sem parceiro/a estável e/ou mais do que um parceiro/a sexual sem uso de preservativo. Na apresentação, descartar outras etiologias de emergência, como torção testicular e trauma testicular.

b. No caso de IST, os agentes etiológicos mais frequentes são a *N. gonorrhoeae* e a *C. trachomatis*.

3. Investigação Complementar

Se possível a realização de investigação complementar^{5,6,9-14} (que não deve atrasar o tratamento), recomenda-se em todos os quadros sindrômicos:

- Anticorpos anti VIH 1 e 2.
- Anticorpos anti-vírus da hepatite C (VHC).
- Antígeno HBs (AgHBs) e AchBc.
- Teste VDRL / RPR (*venereal disease research laboratory / rapid plasma reagin*).

Os restantes exames complementares devem ser dirigidos à síndrome presente (Tabela 3).

A. Secreções anómalas vaginais e/ou uretrais

Zaragatoa uretral ou cervical / vulvovaginal

- Exame a fresco para *T. vaginalis* (tempo entre colheita e observação microscópica não pode exceder uma hora).

- Imunofluorescência direta para *C. trachomatis*.

- Cultura para *N. gonorrhoeae* e *T. vaginalis*. As colheitas requerem conservação e transporte em meios apropriados.

- Teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT) para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* e, em segunda linha, *T. vaginalis* e *M. genitalium*.

Tabela 3. Investigação complementar na abordagem inicial das ISTs^{5,9-12}

Síndrome	Testes laboratoriais
Secreção uretral / vaginal	Sexo feminino: Exame a fresco das secreções vaginais. Sexo masculino: Gram das secreções uretrais. Cultura para <i>N.g.</i> e <i>T.v.</i> e/ou NAAT para <i>N.g.</i> , <i>C.t.</i> , <i>T.v.</i>
Úlcera(s)	Cancro duro: Raspado da lesão genital com zaragatoa para exame por microscopia de fundo escuro ou IFD (<i>T.p.</i>) ou NAAT (<i>T.p.</i> , <i>C.t.</i> - LGV, <i>H.d.</i> , VHS 1 e 2). Quando a lesão é oral a pesquisa será efetuada por IFD (TP) ou NAAT (TP, CT-LGV, HD, VHS 1 e 2). VDRL se teste treponémico positivo.
Vesículas genitais	NAAT para <i>H.d.</i> e NAAT ou cultura para VHS 1 e 2. Cultura ou NAAT para VHS 1 e 2.
Adenopatia inguinal	Serologia para <i>C.t.</i> (LGV) Se úlcera: NAAT para <i>H.d.</i> , <i>T.p.</i> e <i>C.t.</i> - LGV
Tumefação / edema / dor escrotal (epididimite)	Cultura para <i>N.g.</i> ou NAAT para <i>N.g.</i> , <i>C.t.</i> , <i>T.v.</i>
Síndromes dermatológicas Verrugas / condilomas genitais	VDRL se teste treponémico positivo.

C.t. - *Chlamydia trachomatis*; *H.d.* - *Haemophilus ducreyi*; IFD - imunofluorescência direta; IST - infecção sexualmente transmissível; LGV - linfogranuloma venéreo; NAAT - teste de amplificação de ácido nucleico; *N.g.* - *Neisseria gonorrhoeae*; *T.p.* - *Treponema pallidum*; *T.v.* - *Trichomonas vaginalis*; VHS 1 e 2 - vírus herpes simplex 1 e 2.

Nota:

O exsudado uretral deve ser colhido inserindo zaragatoa Dacron® de 2-3 cm na uretra e rodando para obter uma boa amostra de células.

Urina

- Primeiro jacto (meio copo; no caso do homem e quando pesquisa por NAAT, primeiro jacto de urina, ≈15 mL, após pelo menos uma hora desde a última micção). Conservar à temperatura ambiente ou 4°C. Enviar logo que possível.
- NAAT para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* e, em segunda linha, *M. genitalium*.

B. Úlceras e/ou vesículas genitais

Sangue

- VDRL se teste treponémico positivo (FTA-ABS, TPHA, TPPA).
- Anticorpos para *C. trachomatis*.

Zaragatoa

- Cultura para VHS 1 e 2 e NAAT para *H. ducreyi*, *T. pallidum*, *C. trachomatis* (com tipagem L1-3 se pesquisa positiva) e VHS 1 e 2.

Urina

- NAAT para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*, em segunda linha, *M. genitalium*.

C. Verrugas e/ou condilomas anogenitais

Enviar à consulta de dermatologia e consulta de pediatria (ver seguimento).

D. Outros quadros / síndromes

D1. Adenopatia inguinal

Sangue

- Serologia para *C. trachomatis* (LGV).
- VDRL, se teste treponémico positivo (FTA-ABS, TPHA, TPPA).

Zaragatoa (se existência de úlcera)

- NAAT para *H. ducreyi*, *T. pallidum*, *C. trachomatis* (com tipagem L1-3 se pesquisa positiva).

Urina

- NAAT para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* (com tipagem L1-3 se pesquisa positiva).

D2. Tumefação e/ou edema do escroto

Urina

- NAAT para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*.

Nota:

Nas formas sistémicas (cursando com exantema, alopecia, artrite/dermatite) pensar na sífilis (VDRL/RPR e se teste treponémico positivo) e na doença gonocócica disseminada (hemocultura para *N. gonorrhoeae* e cultura do exsudado e/ou líquido sinovial) ou na infeção por *C. trachomatis* (NAAT no líquido sinovial).

Sempre que se testar para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*, testar obrigatoriamente para VIH 1 e 2 e VDRL / RPR

Tabela 4. Tratamento de acordo com a apresentação sindrômica^{5,9-17}

Síndrome	Terapêutica de primeira linha	Alternativas
Secreções vaginais / uretrais	Ceftriaxone 250 mg IM, dose única + azitromicina 20 mg/kg (máximo 1 g) PO, dose única + metronidazol 2 g PO, dose única*	Se ceftriaxone não estiver disponível / recusado: Cefixime 400 mg PO dose única + “teste de cura”† ao fim de uma semana.
		A azitromicina pode ser substituída pela doxiciclina 20 mg/kg (máximo 200 mg por dia) PO, 12/12 h durante sete dias.‡ No caso de alergia às cefalosporinas: Azitromicina 2 g PO dose única + “teste de cura” ao fim de uma semana.
		Regime alternativo para o metronidazol se recidiva: 500 mg PO de 12/12 h durante sete dias. Em substituição ao metronidazol: tinidazol 50 mg/kg (máximo 2 g) PO dose única.
Úlceras e / ou vesículas genitais	A) Se presentes apenas úlcera: Primeira linha - penicilina G benzatínica 50000 U/kg (máximo 2400000 U/dia) IM, dose única§ + ceftriaxone 250 mg IM, dose única	A) Sífilis[¶]: Nos alérgicos à penicilina, com sífilis primária ou secundária, doxiciclina 2 mg/kg/dose (máximo 200 mg/dia) PO, 12/12 h, 14 dias.
	B) Se presentes apenas vesículas: Primeiro episódio - aciclovir 20-25 mg/kg/dose (máximo 400 mg) PO, 8/8 h, sete a 10 dias (pode ser extensível até desaparecimento da clínica).	Cancroide ou cancro mole: Azitromicina 1 g PO, dose única OU ciprofloxacina 500 mg PO de 12/12 h, três dias (CI nas grávidas e lactantes) OU eritromicina 500 mg PO, 8/8 h, sete dias.
	Recorrências: Tratar com aciclovir na mesma dose, logo no início dos sintomas, cinco dias. Evitar as recorrências frequentes: Aciclovir 20-25 mg/kg/dose (máximo 400 mg) PO de 12/12 h, por tempo indeterminado (decisão individual). Na presença ou na dúvida se úlceras e/ou vesículas: associar A) + B) .	B) Herpes genital: Primeiro episódio - valaciclovir 25 mg/kg/dose (máximo 1g) PO, 12/12 h, sete a 10 dias OU famciclovir 250 mg PO, 8/8 h, sete a 10 dias (dose de adulto). Recorrências: Valaciclovir 500 mg PO, 12/12 h, três dias OU valaciclovir 1 g PO, uma vez por dia, cinco dias. Evitar recorrências: Valaciclovir 1g PO por dia.
Verrugas ou condilomas anogenitais	Enviar à consulta de dermatologia ou ginecologia para tratamento	
Adenopatia inguinal	A) Sem úlcera genital (tratar como LGV): Doxiciclina 2 mg/kg/dose (máximo 200 mg/dia) PO, 12/12 h, 21 dias.	A) Sem úlcera genital: Azitromicina 1 g PO, uma vez por semana durante três semanas OU eritromicina 500 mg PO, 8/8 h, 21 dias.
	B) Com úlcera genital: Associar ao antibiótico anterior ceftriaxone 250 mg IM, dose única.	B) Com úlcera genital: Azitromicina 1 g PO, dose única OU ciprofloxacina 500 mg PO de 12/12 h, três dias (CI nas grávidas e lactantes) OU eritromicina 500 mg PO, 8/8 h sete dias.
Tumefação ou edema do escroto (epididimite)	Ceftriaxone 50 mg/kg (dose máxima 1 g) uma vez por dia, sete dias e doxiciclina 100 mg de 12/12 h, sete dias. Enviar à consulta de urologia (decidir caso a caso).	

CI - consentimento informado; h - horas; IM - intramuscular; LGV - linfogranuloma venéreo; PO - per os.

* Os doentes devem ser aconselhados a evitar consumo de bebidas alcoólicas durante o tratamento com metronidazol ou tinidazol. A abstinência do uso de álcool deve continuar por 24 horas após o término de metronidazol ou 72 horas após a conclusão do tinidazol. O metronidazol pode ter tomado 1g + 1g com uma hora de intervalo. Em grávidas, o tratamento pode evitar a infeção respiratória ou genital do recém-nascido e a transmissão sexual. Aconselhar sobre os riscos e benefícios do tratamento potencial e comunicar a opção de diferimento da terapia em grávidas assintomáticas até depois de 37 semanas de gestação. Todas as grávidas sintomáticas devem ser consideradas para o tratamento independentemente da fase da gravidez, reforçando o uso de preservativo e do risco continuado de transmissão sexual. As mulheres podem ser tratadas com 2 g de metronidazol em dose única em qualquer fase da gravidez. Em relação ao tinidazol, a segurança na gravidez não foi avaliada. Se for administrado metronidazol numa fase de amamentação, suspendê-la durante o tratamento e 12-24 horas após a última dose, o que irá reduzir a exposição do recém-nascido ao metronidazol. Para as tratadas com tinidazol, a interrupção da amamentação é recomendado durante o tratamento e durante três dias após a última dose.

† Repetir teste para *N. gonorrhoeae* para confirmar a cura. Considerar repetir este teste mesmo que seja usado o ceftriaxone, se persistirem as queixas.

‡ Devido à alta prevalência de resistência à tetraciclina em isolados gonocócicos (*Gonococcal Isolate Surveillance Project*), particularmente aqueles com elevadas concentrações inibitórias mínimas para cefixime, o uso de azitromicina como o segundo antimicrobiano é o preferido.

§ Adolescente e adulto jovem presume-se que se trate de uma sífilis primária ou secundária ou latente precoce. Se sífilis latente tardia, terciária ou desconhecida, mesma dose, semanalmente durante três semanas; se neurosífilis: penicilina G cristalina 200-300000 U/kg (máximo 2400000U/dia) 6/6 horas, 10 a 14 dias.

¶ As grávidas e os infetados pelo VIH necessitam de um esquema alternativo (articular com a infecciologia)

|| A azitromicina 2 g PO dose única é eficaz para o tratamento da sífilis inicial. Devido à existência de casos de resistência à azitromicina e falhas do tratamento, a sua utilização deve ser apenas quando o tratamento com penicilina ou doxiciclina não é viável. A azitromicina não deve ser usada em mulheres grávidas ou homens que têm sexo com homens (HSH).

4. Tratamento

Empírico com base no quadro sindrômico, pretendendo ser o mais precoce possível e extensível ao(s) parceiro(s) sexual(ais). Se possível, deve ser fornecido localmente para garantir a adesão (Tabela 4).^{5,9-17}

5. Seguimento

1. Em consulta externa, uma semana após o início da terapêutica (consulta de pediatria e/ou dermatologia, ginecologia, urologia; se necessário, articular com os cuidados de saúde primários locais).^{1,4,6}
2. Confirmar adesão terapêutica.
3. Confirmar o diagnóstico, saber resultado de investigação realizada.
4. Ajuste terapêutico, de acordo com o teste de sensibilidade aos antibióticos (TSA) e resultados analíticos se necessário.
5. Evitar relações sexuais até esquema terapêutico completo (adolescente e parceiro).
6. Se terapêutica com azitromicina, evicção de relações sexuais pelo menos sete dias.
7. Educação sexual: Informação e prevenção, afetos e sexualidade, ensino sobre a colocação do preservativo e, se possível, fornecer preservativos.
8. Repetir serologias VIH, VHB, VHC e VDRL aos três meses.

6. Prognóstico

Fatores de mau prognóstico^{1,4,6}

- Falha na adesão / cumprimento terapêuticos.
- Resistência aos antibióticos.
- Persistência / recorrência sintomatológica.
- Múltiplos parceiros sexuais.
- Falha no tratamento dos parceiros (principal causa de falha terapêutica).
- IST "mistas" (coinfeção por dois ou mais agentes).
- Outras comorbilidades infecciosas.
- Idades mais jovens.
- Grupos de risco.

Complicações gerais

- Cronicidade/ doença secundária (por exemplo, sífilis).
- Neoplasias anogenitais.
- Outras neoplasias.
- Disfunção sexual.
- Infertilidade.
- Complicações obstétricas.

- Infecções pré-natais e/ou neonatais.

Palavras-Chave: Adolescente; Comportamento Sexual; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Normas de Prática Médica

Keywords: Adolescent; Guidelines; Sexual Behavior; Sexually Transmitted Infections

Conflitos de Interesse

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Proteção de Pessoas e Animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Confidencialidade dos Dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Dr.^a Elisabete Santos, pediatra do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, à Dr.^a Fernanda Águas, ginecologista da Maternidade Bissaya Barreto, à Dr.^a Isabel Ramos, infeciologista do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e à Dr.^a Maria Filipe Barros Correia Mendes, pediatra do Centro Hospitalar do Algarve, os comentários e revisão do presente protocolo.

Apresentações e Prémios

Recomendações discutidas no 10^o Encontro da Sociedade de Infeciologia Pediátrica em parceria com a Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 3 de maio de 2013, Mesão Frio.

Correspondência

Pascoal Moleiro
moleirop@gmail.com

Recebido: 04/03/2015

Aceite: 26/03/2015

Referências

1. Campus Virtual Hospital Italiano de Buenos Aires. Infecciones de transmisión sexual, Unidad 6, 2011.
2. Varin G, Santiváñez Caballero M. Infecciones de transmisión sexual. Aspectos psicossociales, clínicos, diagnóstico y tratamiento. In: Hidario Vicalgo NI, Rondo Romero AM, Castellano Barca G, editors. Medicina de la adolescencia. Atención integral. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2012.p.865-74.
3. Ferreira MA, Alvim NA, Teixeira ML, Veloso RC. Saberes de adolescentes: Estilo de vida y cuidado a la salud. Texto Contexto Enferm 2007;16:217-24.
4. Rogstad K, Thomas A, Williams O, Forster G, Munday G, Robinson A, et al. UK national guideline on the management of sexually transmitted infections and related conditions in children and young people, – 2010. <http://www.bashh.org/documents/2674.pdf>. Accessed in February 2015. [consultado em fevereiro de 2015]. Disponível em <http://www.bashh.org/documents/2674.pdf>
5. World Health Organization. Training modules for the syndromic management of sexually transmitted infections, 2007. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241593407/en/>. Accessed in February 2015. [consultado em fevereiro de 2015]. Disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241593407/en/>
6. World Health Organization. Expert consultation and review of the latest evidence to update guidelines for the management of sexually transmitted infections, Geneva: WHO; 2011.
7. World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: WHO; 2003.
8. Organização Mundial de Saúde. Orientações para o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis. Genebra: OMS; 2005.
9. Lazaro N. Sexually transmitted infections in primary care, 2013. <http://www.bashh.org/guidelines>. Accessed in February 2015. [consultado em fevereiro de 2015]. Disponível em <http://www.bashh.org/guidelines>.
10. Shahmanesg M. 2007 National guideline on the management of nongonococcal urethritis, 2007. <http://www.bashh.org/documents/1955.pdf>. Accessed in February 2015. [consultado em fevereiro de 2015]. Disponível em <http://www.bashh.org/documents/1955.pdf>.
11. Desiree A. Lie. Urethral Discharge in a Young Man. Medscape 2012. doi: Desiree AL. Urethral discharge in a young man [consultado fevereiro de 2015]. Disponível em <http://www.medscape.com/viewarticle/757631>.
12. Horner PJ, Boag F. 2006 UK National guideline for the management of genital tract infection with Chlamydia trachomatis, 2006. <http://www.bashh.org/documents/65.pdf>. Accessed in February 2015. [consultado em fevereiro de 2015]. Disponível em <http://www.bashh.org/documents/65.pdf>.
13. Bignell C, Fitzgerald M. UK national guideline for the management of gonorrhoea in adults. Int J STD AIDS 2011;22:541-7.
14. World Health Organization. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people. Recommendations for a public health approach. Geneva: WHO; 2011.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/toc.htm>. Accessed in February 2015. [consultado em fevereiro de 2015]. Disponível em <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/toc.htm>
16. Bradley JS (editor). 2012-2013 Nelson`s pediatric antimicrobial therapy. 19th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2014.
17. Long S, Pickering LK, Prober CG. Principles and practice of pediatric infectious diseases. 3rd ed. Philadelphia; Churchill Livingstone; 2008.