



GONORREA



La gonorrea es la condición de ser infectado con el diplococo gramnegativo *Neisseria gonorrhoeae*

Los sitios principales de infección son las membranas mucosas de la uretra, endocérvix, recto, faringe

La transmisión se produce por inoculación directa de las secreciones infectadas de una membrana mucosa a otro.

La *N. gonorrhoeae* es un patógeno exclusivamente humano

Se registran 87.7 millones de nuevas infecciones por gonorrea al año en todo el mundo

HISTORIA NATURAL DE LA GONORREA

La selección de los pacientes para las intervenciones de asesoramiento y comportamiento



Debe basarse en los grupos demográficos, así como en su historia individual para identificar factores de riesgo.



La población con mayor riesgo puede incluir:

Adolescentes

Personas mayores o que hayan visitado países con altas tasas de Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) e infecciones de transmisión sexual (ITS)

Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH)

También los individuos con una historia de:

Cambio de pareja frecuente o relaciones sexuales con múltiples concurrentes

Actividad sexual temprana

ITS bacteriana anterior

Asistencia como un contacto de ITS

Abuso de alcohol o de sustancias ilícitas

Se recomienda

La multi-sesión para el cambio de comportamiento sexual

Intervenciones asistidas por medios electrónicos

Videos mostrados para el cambio de comportamiento

Proveer información precisa, detallada y adaptada acerca del sexo seguro

Entrevista motivacional

Tanto los hombres como las mujeres deben ser instruidos sobre el uso correcto de los preservativos

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Epidemiología

La población más afectada son los hombres de 20 a 24 años de edad y mujeres de 15 a 19 años

Las tasas de infección son más altas en mujeres que en hombres.

La infección genital por *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*) comúnmente acompaña a la infección gonocócica genital

(35% de los hombres heterosexuales y 41% de las mujeres con gonorrea).

FACTORES DE RIESGO

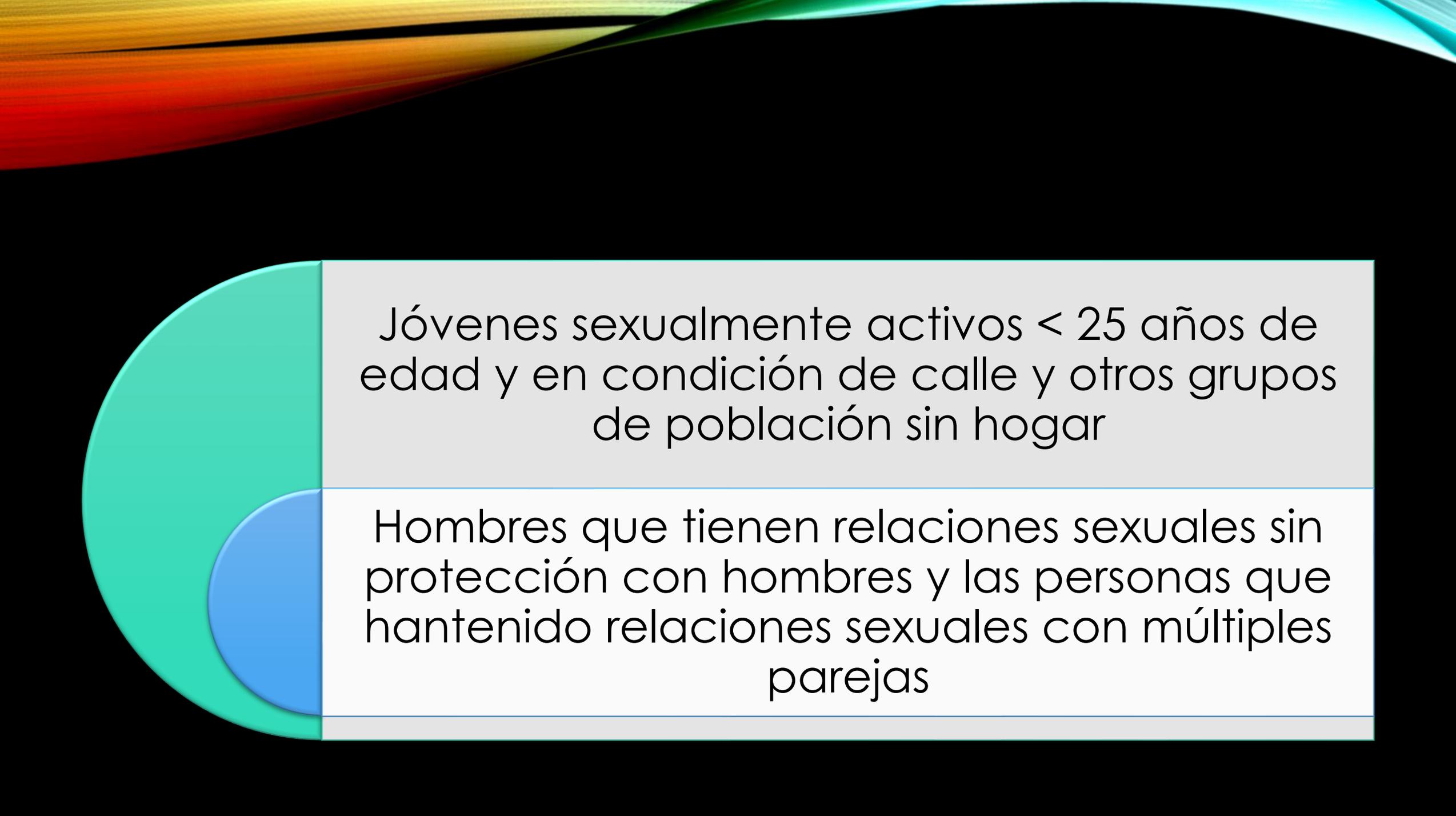
Las personas en riesgo son aquellas que presentan antecedentes de contacto sexual con:

Una persona con infección gonocócica confirmada o sospechosa

Un residente de una zona con alta prevalencia de gonorrea o de alto riesgo de resistencia a los antimicrobianos y sin protección

Antecedente de infección gonocócica y de otras enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH

Sexo servidores y sus parejas sexuales



Jóvenes sexualmente activos < 25 años de edad y en condición de calle y otros grupos de población sin hogar

Hombres que tienen relaciones sexuales sin protección con hombres y las personas que han tenido relaciones sexuales con múltiples parejas

CUADRO CLÍNICO

La infección suele ser asintomática en las mujeres y sintomática en los hombres.

En el hombre la infección uretral comúnmente causa secreción (> 80%) o disuria (> 50%)

Que comienza de 2 a 5 días después de la exposición, la infección puede ser asintomática (< 10%)

La infección rectal suele ser asintomática, pero puede causar descarga anal (12%) o dolor anal y perianal (7%)

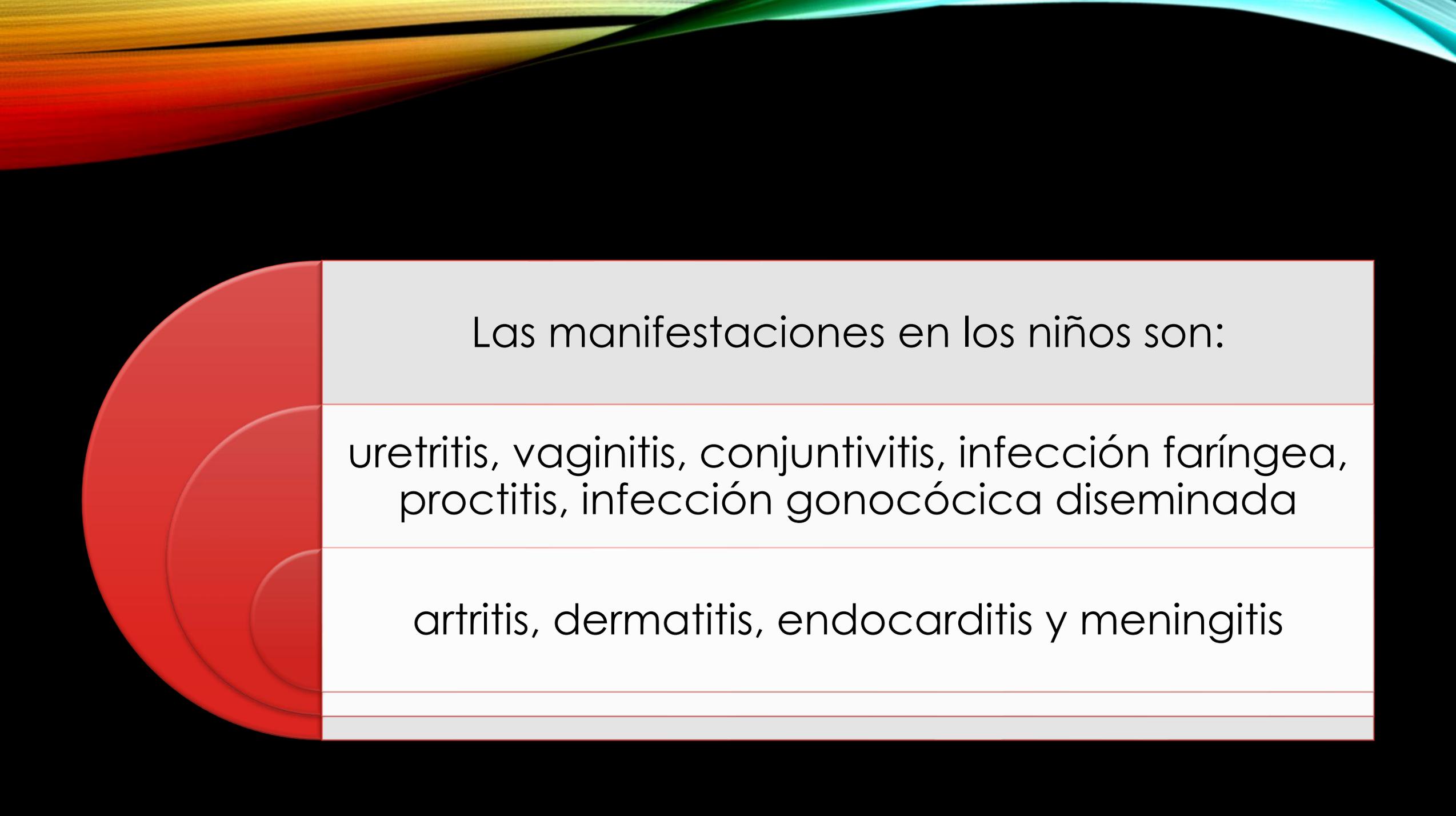
La infección faríngea suele ser asintomática (>90%).

En la mujer la infección en el endocérnix es frecuentemente asintomática (hasta 50%)

Aumento o alteración del flujo vaginal y es el síntoma más común (hasta 50%)

El dolor abdominal bajo puede estar presente (hasta 25%)

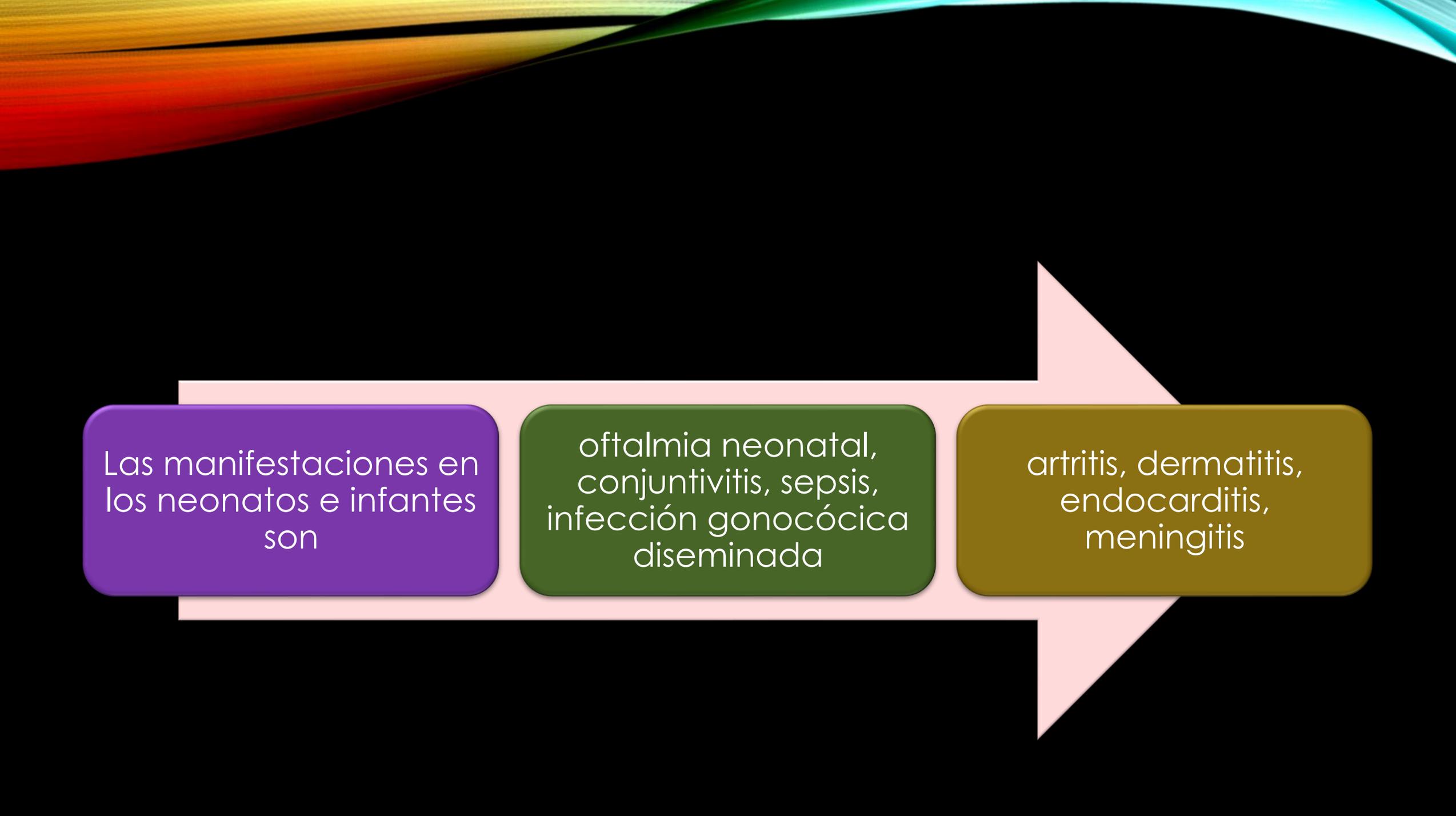
La infección uretral puede causar disuria (12%), pero no frecuencia urinaria.



Las manifestaciones en los niños son:

uretritis, vaginitis, conjuntivitis, infección faríngea,
proctitis, infección gonocócica diseminada

artritis, dermatitis, endocarditis y meningitis

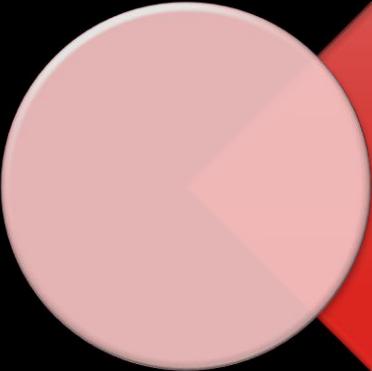


Las manifestaciones en los neonatos e infantes son

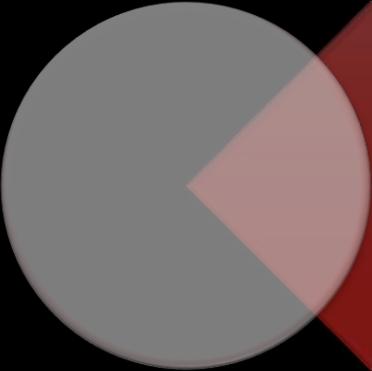
oftalmia neonatal,
conjuntivitis, sepsis,
infección gonocócica
diseminada

artritis, dermatitis,
endocarditis,
meningitis

DIAGNOSTICO



La prueba de detección de amplificación de ácido nucleico para *N. gonorrhoeae* es, generalmente, más sensible que el cultivo



Muestra alta sensibilidad (> 96%) tanto en pacientes sintomáticos como y asintomáticos.



El cultivo presenta una sensibilidad entre 85% a 95% para la infección endocervical y de la uretra

Es recomendable en las siguientes situaciones

Para determinar la sensibilidad a los antimicrobianos antes del tratamiento, cuando sea posible

Como una prueba de cura para el fracaso del tratamiento si se sospecha, o en situaciones donde hay una mayor probabilidad de fracaso del tratamiento

Para hombres que tienen sexo con hombres sintomáticos



En el caso de abuso sexual (rectal, faríngeo o vaginal)

Para evaluar la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)

Si la infección fue adquirida en países o zonas con altas tasas de resistencia a los antimicrobianos

TRATAMIENTO

CONDICIÓN DE LA INFECCIÓN	RÉGIMEN RECOMENDADO	RÉGIMEN ALTERNATIVO
Infección gonocócica anogenital en adultos	Ceftriaxona de 500 mg IM en dosis única, con azitromicina de 1 g VO en una sola dosis.	Cefixima de 400 mg por VO en una sola dosis, con azitromicina de 1 g VO en una sola dosis (recomendable si la vía IM está contraindicada), o Espectinomicina de 2 g IM en dosis única, con azitromicina de 1 g VO en una sola dosis, o Cefotaxima de 500 mg IM en dosis única, con azitromicina de 1 g VO en una sola dosis, o Cefoxitina de 2 g IM en dosis única, más probenecid de 1 g VO dosis única, o Cefpodoxime de 200 mg VO dosis única, con azitromicina de 1 g VO en una sola dosis Azitromicina en dosis altas (2 gramos dosis única)

Infección gonocócica diseminada	<p>Ceftriaxona de 1 g IM o IV cada 24 horas.</p> <p>El tratamiento debe continuar durante siete días.</p> <p>Puede ser cambiado de 24 a 48 horas después de que mejoren los síntomas a uno de los siguientes regímenes orales: cefixima de 400 mg VO, dos veces al día, o ciprofloxacina de 500 mg VO, dos veces al día, u ofloxacina de 400 mg VO, dos veces al día. (Para el uso de quinolonas se debe conocer la sensibilidad).</p> <p>El tratamiento debe continuar durante siete días.</p>	<p>Puede ser cambiado de 24 a 48 horas después de que mejoren los síntomas a uno de los siguientes regímenes orales: Cefixima de 400 mg VO, dos veces al día, o Ciprofloxacina de 500 mg VO, dos veces al día, u Ofloxacina de 400 mg VO, dos veces al día.</p> <p>(Para el uso de quinolonas se debe conocer la sensibilidad)</p> <p>En pacientes con historia de hipersensibilidad a cefalosporinas se recomienda la espectinomicina de 2 g IM en una sola dosis con Azitromicina de 1 g VO a una sola dosis.</p> <p>Azitromicina 2 g por VO en una sola dosis</p> <p>Ciprofloxacino 500 mg VO en una sola dosis cuando la infección se conoce o se prevé que sea sensible a quinolonas</p>
Enfermedad inflamatoria pélvica gonocócica	<p>Ceftriaxona de 500 mg IM dosis única, inmediatamente seguida por doxiciclina de 100 mg, VO dos veces al día, más metronidazol de 400 mg VO, dos veces al día, durante 14 días.</p>	
Orquitis epidídimo	<p>Ceftriaxona de 500 mg IM dosis</p>	

gonocócica	única más doxiciclina de 100 mg VO, dos veces al día, durante 10 a 14 días.	
Conjuntivitis gonocócica	Ceftriaxona de 500 mg IM diarios durante tres días.	Espectinomicina de 2 g IM diario durante tres días, o Azitromicina de 2 g VO más doxiciclina de 100 mg VO, dos veces al día, durante una semana más ciprofloxacino de 250 mg VO, una vez al día, durante tres días Estos esquemas son recomendados si hay antecedentes de alergia a la penicilinas o a cefalosporinas.
Infección faríngea gonocócica	Ceftriaxona de 500 mg IM una sola dosis más azitromicina de 1 g VO una sola dosis. Ciprofloxacino* de 500 mg VO una sola dosis, o Ofloxacino* de 400 mg VO una sola dosis. * Sí <i>N. gonorrhoeae</i> es sensible a las quinolonas	
Antecedentes de alergias	Espectinomicina de 2 g IM en una sola dosis con azitromicina de 1 g por VO en una sola dosis.	Azitromicina de 2 g VO en una sola dosis, o Ciprofloxacino de 500 mg VO en una sola dosis (en infección que se conoce sensible).
Embarazo y lactancia	Ceftriaxona de 500 mg IM una sola dosis con azitromicina de 1 g VO una sola dosis. Espectinomicina de 2 g IM en una sola dosis con azitromicina de 1 g VO en una sola dosis	