



RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE LAS URETRITIS/CERVICITIS EN PACIENTES NO INGRESADOS PROA Comunitario – Julio 2023

1. DEFINICIÓN.

Los términos uretritis/cervicitis hacen referencia a aquellos procesos inflamatorios de etiología infecciosa que afectan a la mucosa uretral (uretritis) y al endocérnix del cuello uterino (cervicitis). Son causados por los mismos gérmenes y el manejo terapéutico y preventivo es similar.

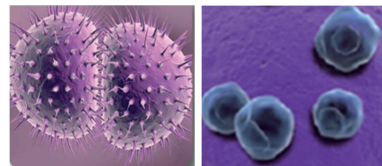
2. ETIOLOGÍA.

1. *Neisseria gonorrhoeae*

2. *Chlamydia trachomatis*



Frecuente la coinfección de ambos



3. *Mycoplasma genitalium*

4. *Trichomonas vaginalis*

3. PROPUESTA DE MANEJO.

Los pacientes con sospecha de uretritis/cervicitis serán atendidos en los Centros de Salud (consultas de Medicina de Familia, otras consultas de Atención Primaria o puntos de Atención Continuada), y no deben remitirse a otros ámbitos o servicios para su valoración y tratamiento.

Las visitas por estos motivos a los Servicios de Urgencias Hospitalarios deberían ser puntuales, y el manejo de estos procesos en los CIPS debería reservarse para aquella población de riesgo que habitualmente no accede al SNS por los cauces habituales.

1. PRIMERA VISITA.

1. SOSPECHA CLÍNICA.

Sospecharemos clínicamente una uretritis en presencia de:

- Exudado uretral. Puede ser purulento, mucoide o mucopurulento y en cantidad variable (de mínimo a copioso).
- Disuria, picor o disconfort uretral
- Más infrecuente: orquiepididimitis, proctitis o faringitis.

Sospecharemos clínicamente una cervicitis en presencia de:

- Síndrome uretral.
- Alteración o aumento del flujo vaginal (más frecuente).
- Dolor abdominal bajo.
- Dispareunia y disuria.
- Sangrado en mitad del ciclo menstrual y/o sangrado postcoital.



2. TOMA DE MUESTRAS.

La recogida de muestras debe realizarse previa a la toma del tratamiento antibiótico.

Se tomarán muestras de **frotis cervical o frotis uretral siempre que sea posible.**

En caso de que no fuera posible la obtención de estos tipos de muestras, podrían sustituirse por: frotis vaginal o por una muestra de orina del primer chorro miccional. Ambas presentan menor rentabilidad que las muestras de elección.

En caso de pacientes con alergia conocida a betalactámicos y sospecha de infección por *N. gonorrhoeae*, recoger SIEMPRE muestra para cultivo y antibiograma, e indicar su condición de alérgico a betalactámicos en el volante de petición.

2.1 Forma correcta de realizar la toma de muestras.

- La toma de muestras la debe realizar un profesional sanitario.
- **NO es correcta la autotoma para frotis cervicales y uretrales.**
- Consultar anexo 1: Toma de muestras.

En los puntos de ATC se tomará la muestra y se tramitará a través del Centro de Salud adyacente.

2.2 Material a utilizar (ver anexo 1).

- Frotis cervical/uretral/vaginal: recogida mediante escobillón Amies líquido tapón rosa/naranja.
- Orina del primer chorro miccional: recogida en tubo Chlam Multicollect tapón naranja.

2.3 ¿Cómo hacer la petición?

- Frotis cervical/uretral/vaginal: panel MICRO-Bacteriología Atención Primaria, elegir la muestra correspondiente y marcar la prueba: Infecciones de Transmisión Sexual.
- Orina del primer chorro miccional: panel MICRO-Molecular-Serología Atención Primaria; muestra: orina; prueba: PCR *C. trachomatis*/*N. gonorrhoeae*.

3. TRATAMIENTO EMPÍRICO.

El tratamiento empírico debe ser pautado en la primera visita, independientemente de que sea realizada o no la toma de muestras.

Dada la frecuencia de etiología mixta, se recomienda que el tratamiento empírico cubra *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, y se inicie lo más pronto posible tras el diagnóstico de sospecha.

- Primera elección: **"Kit de uretritis": Ceftriaxona 500 mg (i.m.) DU + Azitromicina 1g (v.o.) DU.** Este kit se encuentra en todos los Centros de Salud y puntos de Atención Continuada.



- Tratamientos alternativos:
 - Cefixima 400 mg (v.o.) DU + Azitromicina 1gr (v.o.) DU.
 - Cefixima 400 mg (v.o.) DU + Doxiciclina 100 mg/12 h (v.o.) durante 7 días.
 - **Alérgicos a betalactámicos:** Gentamicina 240 mg (i.m.) DU + Azitromicina 2 g (v.o.) DU

Nota: DU=dosis única

4. DECLARACIÓN DE CASOS.

Se trata de infecciones de transmisión sexual (ITS), clasificadas como enfermedad de declaración obligatoria, por lo que se ha de realizar la declaración de casos.

5. SOLICITUD DE EXPLORACIONES .

- Las exploraciones complementarias deberán solicitarse en la primera visita para asegurar el seguimiento del paciente.
- Descartar otras ITS: VIH, sífilis, VHB, VHA y VHC
- En los puntos de ATC: se solicitará y se indicará al paciente que debe acudir a su centro de salud para citación de la analítica y su realización.

6. RECOMENDACIONES PREVENTIVAS.

- Evitar las relaciones sexuales (incluso si se utiliza preservativo) hasta completar el tratamiento del caso índice y sus contactos, o esperar 7 días si se emplean pautas de dosis únicas.
- Recomendar vacunación VHB/VHA en caso de no vacunados.

7. CITACIÓN PARA VISITA DE SEGUIMIENTO: ver Anexo 2.

2. MANEJO Y SEGUIMIENTO.

- 2.1 Realizar siempre visita de seguimiento, a partir de una semana después de la primera consulta, para asegurarnos de la resolución de los síntomas y ver el resultado de las pruebas microbiológicas.
- 2.2 Si el antibiótico empírico pautado cubre el/los microorganismos que se han identificado, no es necesario prescribir otro tratamiento.
- 2.3 Si se detectan otros gérmenes distintos de *Chlamydia trachomatis* y/o *Neisseria gonorrhoeae*, se ha de pautar un tratamiento dirigido adecuado (consultar el apartado 4 de tratamientos).
- 2.4 Si a pesar de que el tratamiento pautado haya sido adecuado persisten los síntomas:
 - Valorar otros diagnósticos y/o repetir toma de muestras para realizar de nuevo cultivo y PCR.
 - Insistir en el correcto tratamiento de todas las parejas sexuales.



- Pautar tratamiento alternativo en caso de sospecha de fallo terapéutico (ver apartado 4).
- 2.5 Repetir estudio microbiológico de control a las 3 semanas tras finalizar el tratamiento de *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* y *Trichomonas vaginalis*. En caso de *Neisseria gonorrhoeae*, sólo es preciso ante embarazo, situaciones de adherencia dudosa, persistencia de la clínica, tratamiento atípico, infección/colonización faríngea, resistencia a betalactámicos o si no se ha tratado a la pareja sexual.
- 2.6 En embarazadas, en caso de infección por *Chlamydia trachomatis* se recomienda, además, repetir control 3 meses después y en el tercer trimestre o parto.

Es fundamental asegurar el seguimiento de estos pacientes:

- Si el paciente es visto en su Centro de Salud se concertará cita en una semana para ver evolución, control de resultados y actuaciones pertinentes en caso persistencia de síntomas, microorganismo resistente a los antibióticos del kit de uretritis o positividad de otras ETS.
- En el caso de ser visto en un Punto de Atención Continuada, en urgencias hospitalarias o en consultas de otro centro, se realizará una notificación desde dentro de la historia para que el profesional responsable del cupo esté pendiente de los resultados y contacte con el paciente (ver Anexo 3).

3. TRATAMIENTO DE LAS PAREJAS SEXUALES.

- 3.1 Deben ser examinados y tratados todos los contactos sexuales, incluso asintomáticos, de los 3 meses previos al inicio de los síntomas.
- 3.2 Se solicitará a la persona diagnosticada que contacte con las parejas sexuales de los 3 meses previos para que acudan a la consulta de medicina familiar y comunitaria para toma de muestras y tratamiento.



4. TRATAMIENTO DIRIGIDO SEGÚN AGENTE ETIOLÓGICO TRAS RESULTADO DE PRUEBA MICROBIOLÓGICA.

Patógeno	Tratamiento de elección	Tratamiento alternativo	Observaciones
Neisseria gonorrhoeae	Ceftriaxona 500 mg (i.m) DU	Cefixima 400 mg (v.o.) DU	<u>Alergia a betalactámicos:</u> Gentamicina 240 mg (i.m.) DU + Azitromicina 2 g (v.o.) DU <u>Embarazo y lactancia:</u> Ceftriaxona 500 mg (i.m) DU
Chlamydia trachomatis	Doxiciclina 100 mg/12h (v.o.), 7 días	Azitromicina 1 g (v.o.) DU	<u>Embarazo y lactancia:</u> Azitromicina 1 g (v.o.) DU (contraindicado doxiciclina)
Mycoplasma genitalium	Azitromicina 500 mg (v.o.) día 1 y 250 mg entre los días 2 a 5	Moxifloxacino 400 mg/día (v.o.), 5 días	<u>Embarazo y lactancia:</u> Azitromicina 500 mg (v.o.) día 1 y 250 mg entre los días 2 a 5 (contraindicado moxifloxacino)
Tricomonas vaginalis	Metronidazol 500mg/12 horas 7 días ó Tinidazol 2g (v.o.) DU (4 comp. de 500mg)	Metronidazol 4g/día (v.o.), 3-5 días ¹	<u>Embarazo y lactancia:</u> Metronidazol 500mg/12 horas 7 días (contraindicado tinidazol)
Situaciones especiales:			
Uretritis no gonocócicas recurrentes o persistentes:	Metronidazol 500 mg/12h (v.o.), 5 días + Azitromicina 500 mg (v.o.) día 1 y 250 mg entre los días 2 a 5	Metronidazol 2g DU (8 comp. de 250 mg) + Eritromicina 500 mg/6h (v.o.), 7 días	

¹ Según tolerancia del paciente.

5. BIBLIOGRAFÍA.

1. Besa Castellà M, Agustí Benito C, Roca Saumell C et al. Manejo en atención primaria de las infecciones de transmisión sexual (I). Epidemiología. Síndrome secretor. Atención Primaria 55 (2023) 102597. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10030902/pdf/main.pdf>
2. Infecciones de transmisión sexual (1ª parte). Boletín Canario de Uso Racional del Medicamento. Nº1. Junio 2020. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/5c9e8875-d7d9-11ea-a520-c5252c2a56e2/BOLCAN%20Junio%202020.pdf>
3. Cervicitis: etiología, diagnóstico y tratamiento. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2019;37(10):661-667. Disponible en: [file:///C:/Users/53221874N/Downloads/S0213005X18304038%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/53221874N/Downloads/S0213005X18304038%20(1).pdf)
4. Atención a pacientes que consultan por sospecha de infección de transmisión sexual. Boletín de Salud Pública de Navarra. Nº101. Noviembre 2018. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AECCD760-AB2A-4841-818A-FA53478FD6DC/435206/BOL10119.pdf>
5. Infecciones de transmisión sexual. Guía Aljarafe. Julio 2018. Disponible en: http://pirasoa.iavante.es/pluginfile.php/20224/mod_resource/content/2/Gu%C3%ADa%20de%20Terap%C3%A9utica%20Antimicrobianos_Aljarafe_2018.pdf



ANEXO 1: TOMA DE MUESTRAS

FROTIS CERVICAL

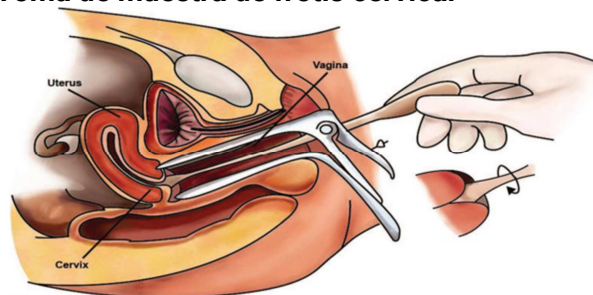
Materiales:

- Camilla ginecológica.
- Espéculo vaginal estéril.
- Suero fisiológico.
- Escobillón Amies líquido (figura 3)

Procedimiento: (figura 1)

- Limpiar el exocérvix de secreciones vaginales con una torunda seca y descartarla.
- Colocar el espéculo, sin utilizar lubricante (puede utilizarse suero fisiológico).
- Introducir la torunda 1-2 cm en el canal endocervical, frotando contra la pared con movimiento de rotación durante al menos 10 segundos (entre 10 y 30 segundos).
- Retirar la torunda cuidadosamente evitando el contacto con la pared vaginal (posible contaminación).

Figura 1. Toma de muestra de frotis cervical



Conservación y transporte:

- Remitir al laboratorio lo antes posible.
- Puede conservarse a temperatura ambiente máximo 48 horas.

FROTIS URETRAL

Materiales:

- Escobillón Amies líquido (figura 3)

Procedimiento: (figura 2)

- Ideal realizar la toma de muestras por la mañana antes de la primera micción y si esto no es posible, el paciente no debe haber orinado como mínimo en las 2 horas previas a la realización de la toma.
- Si existe secreción abundante, exprimir la uretra y recoger la muestra (máxima cantidad posible de exudado).
- En caso contrario, introducir la torunda unos 2 cm en la uretra, realizando un movimiento de rotación (5-10 segundos).

Figura 2. Toma de muestra de frotis uretral masculino



Conservación y transporte:

- Remitir al laboratorio lo antes posible.
- Puede conservarse a temperatura ambiente máximo 48 horas.

FROTIS VAGINAL

Materiales:

- Camilla ginecológica (no es imprescindible).
- Espéculo estéril desechable.
- Suero fisiológico.
- Escobillón Amies líquido (ver figura 3)

Procedimiento:

- Introducir el espéculo sin lubricante ni antisépticos. Si se precisa lubricación puede utilizarse suero fisiológico.
- Recoger exudado de la zona donde sea más abundante o del fondo de saco posterior, haciendo rotar la torunda durante unos segundos. Introducir la torunda en el medio líquido, cortar el palo de plástico por la muesca y cerrar el tapón.

Conservación y transporte:

- Remitir al laboratorio lo antes posible.
- Puede conservarse a temperatura ambiente máximo 48 horas.

Figura 3. Escobillón Amies líquido tapón rosa/naranja



Se diferencian en el tamaño del escobillón:

- Tapón rosa: escobillón para todo tipo de muestras
- Tapón naranja: más fino, para muestras cervicales y uretrales



Figura 4. Frasco Multi-Collect Recogida Orina





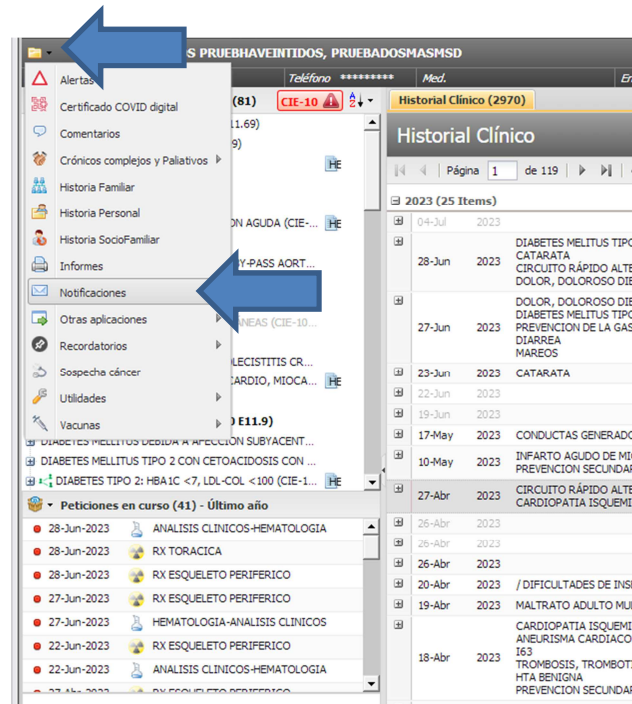



ANEXO 2: CITACIÓN PARA VISITA DE SEGUIMIENTO

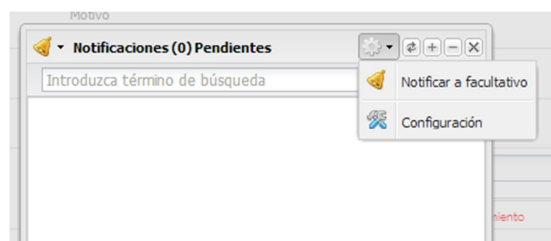
En caso de ser visitado en un centro ajeno a su centro de salud, no será posible concertar una cita para el paciente en la agenda de su médico, pero dada la importancia de un seguimiento estrecho es necesario emitir una notificación para control.

La notificación se realiza dentro de la historia de SIA:

1. Carpeta () zona superior izquierda: desplegable
2. Notificaciones 



3. Se despliega la pantalla, para emitir una nueva nota hay que pulsar en la rueda dentada () y "NOTIFICAR A FACULTATIVO"



4. Se abre una pantalla para escribir texto libre con el nombre del facultativo al que va dirigido. Se guarda y automáticamente aparece en el buzón de notificaciones del responsable de cupo, quien podrá leerlo.
Se recomienda un texto breve tal y como "Control de resultados en 7 días tras kit uretritis" o "Control de resultados en 7 días. Ver historia clínica" para ser más ágiles.