

Manejo del fracaso del tratamiento de la gonorrea

Introducción

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU. han declarado la gonorrea farmacorresistente como una amenaza urgente para la salud pública. La gonorrea es la segunda enfermedad de transmisión sexual (ETS) más común en Texas. Está causada por *Neisseria gonorrhoeae*, una bacteria que ha adquirido progresivamente resistencia a múltiples clases de antibióticos. Actualmente, en EE. UU. solo queda una sola opción de tratamiento recomendada para la gonorrea: las cefalosporinas. Se han informado casos de resistencia a las cefalosporinas en Europa, Asia, Australia y Canadá. Hasta la fecha, no se ha confirmado ningún caso de gonorrea en los Estados Unidos que no se haya tratado con éxito debido a la resistencia al tratamiento recomendado actualmente. Esta guía describe las normas actuales de los CDC para el tratamiento de la gonorrea, cuándo considerar un posible fracaso del tratamiento con ceftriaxona y los pasos que deben seguir los médicos para garantizar una evaluación y un tratamiento adecuados.

Normas de tratamiento de la gonorrea de los CDC

El tratamiento recomendado por los CDC para la gonorrea es ceftriaxona de 500 mg IM (1 gm si el peso es igual o superior a 330 libras). Existen tratamientos alternativos que pueden utilizarse para la infección urogenital o rectal, pero no se dispone de tratamientos alternativos fiables para la gonorrea faríngea. Dado que la infección por gonorrea es más difícil de erradicar de la faringe que de otros lugares, debe realizarse una prueba de curación tras el tratamiento de la infección faríngea, pero no se recomienda tras el tratamiento de las infecciones urogenitales ni rectales no complicadas. Si los síntomas urogenitales y rectales no se resuelven tras el tratamiento, es importante recordar que las reinfecciones son mucho más frecuentes que los verdaderos fracasos del tratamiento con ceftriaxona. Si se sospecha una reinfección, se debe volver a tratar con ceftriaxona.¹ Si se utilizó inicialmente un tratamiento alternativo, el cliente debe recibir ceftriaxona de nuevo (a menos que sea alérgico).

Identificación de un posible fracaso del tratamiento

El fracaso del tratamiento con ceftriaxona es la persistencia de la infección por *N. gonorrhoeae* confirmada por laboratorio a pesar del tratamiento adecuado con ceftriaxona cuando el cliente no se ha re infectado.

Considere un posible fracaso del tratamiento con ceftriaxona cuando:

- los síntomas no se resuelven de 3 a 5 días tras el tratamiento adecuado con ceftriaxona, y no se ha informado de contacto sexual tras el tratamiento; o bien,
- la prueba de curación es positiva (cultivo o tinción de Gram uretral al menos 72 horas después del tratamiento, o prueba de amplificación de ácidos nucleicos (NAAT) en los plazos indicados a continuación) tras un tratamiento adecuado con ceftriaxona y no se ha informado de ningún contacto sexual después del tratamiento.

Las NAAT son muy sensibles y pueden detectar material genético *N. gonorrhoeae* no viable. La información es limitada para orientar el mejor momento de realizar la prueba de detección faríngea en clientes asintomáticos para evitar resultados NAAT falsos positivos.² Basándose en datos limitados, se recomienda lo siguiente para la recogida de la prueba de curación (en clientes asintomáticos):

- 10 a 14 días después del tratamiento de la gonorrea faríngea para las NAAT basadas en ARN, por ejemplo, Aptima Combo 2®.
- 14 a 28 días después del tratamiento de la gonorrea faríngea para las NAAT basadas en el ADN, por ejemplo, cobas®.



Evaluación y administración de un posible fracaso del tratamiento

Siga estos pasos para garantizar una evaluación y una administración adecuadas del posible fracaso del tratamiento con ceftriaxona cuando un cliente se haya tratado adecuadamente una infección por *N. gonorrhoeae* confirmada por laboratorio con ceftriaxona, y la reinfección sea poco probable.

1. Obtenga un historial sexual detallado que incluya señales y síntomas de ETS, pruebas recientes en los lugares anatómicos expuestos, fechas y tipos de pruebas NAAT de gonorrea realizadas, tratamiento, posible reexposición y viajes recientes del cliente y sus parejas.
2. Realice pruebas para otras ETS que puedan causar síntomas persistentes.
3. Solicite una prueba de curación con cultivo/prueba de susceptibilidad antimicrobiana (AST) y NAAT de los lugares clínicos relevantes de exposición/infección (si no se ha realizado ya) antes del retratamiento. Si el lugar de la posible infección persistente por gonorrea es la uretra del pene, obtenga también una tinción de Gram de secreción uretral, si está disponible.
4. Espere los resultados de las pruebas antes de un nuevo tratamiento a menos que el cliente esté sintomático.
5. Informe los casos con resultado positivo de la prueba al [departamento de salud](#) en un plazo de 24 horas.
6. Consulte con la [STD Clinician Consultation Network](#) del Denver Prevention Training Center para obtener orientación sobre la administración clínica y el nuevo tratamiento según esté indicado.
 - Los criterios de resistencia a la cefixima y la ceftriaxona no han sido definidos por el Clinical and Laboratory Standards Institute. Sin embargo, los CDC consideran que los aislados con una concentración inhibitoria mínimo (MIC) de cefixima ≥ 0.25 $\mu\text{g/ml}$ o MIC de ceftriaxona ≥ 0.125 $\mu\text{g/mL}$ tienen una susceptibilidad disminuida.³
 - Si existe alguna posibilidad de reinfección, se prefiere el nuevo tratamiento con terapia estándar de ceftriaxona dosificada en función del peso. Si la reinfección se considera improbable por el fracaso del tratamiento en los sitios urogenitales, puede considerarse el tratamiento dual con dosis únicas de gentamicina IM 240 mg más azitromicina oral 2 gm, en particular cuando se identifica que los aislados tienen MIC de cefalosporina elevadas. Para los focos faríngeos tratados inicialmente con ceftriaxona 500 mg IM una vez y considerados poco probables de reinfección, puede considerarse el retratamiento con ceftriaxona 1 g IM una vez.
7. Aconseje al cliente que se abstenga de mantener relaciones sexuales orales, vaginales y rectales después del nuevo tratamiento y que vuelva para otra prueba de curación.
8. Anime al cliente a cooperar con los servicios para parejas del departamento de salud.
9. Realice pruebas a todas las parejas en los últimos 60 días en todos los lugares de exposición y trátelas empíricamente con el mismo tratamiento que al cliente.

Información adicional

- [CDC: Gonorrea resistente a los antibióticos](#)
- [Pautas de tratamiento de las ITS de los CDC de 2021](#)

RECURSOS DE PRUEBAS

Prepárese para enviar cultivos/AST y pedir hisopos y sistemas de transporte.

Laboratorio Corp

Quest Diagnostics

Centro de Detección de Enfermedades

Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas Servicios Laboratorio

Centro de Detección de Enfermedades Laboratorio AR

El Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas no respalda a ninguna empresa o sus productos o servicios.

Programa del VIH y las ETS del DSHS

737-255-4300

dshs.texas.gov/hivstd

Núm. de publicación 13-16680a
(Rev. agosto de 2024)

Fuentes:

1. [2021 CDC STI Treatment Guidelines p.73-75](#)
2. *Wind et al. Clinical Infectious Diseases 2016;62(11): 1348-1355. Beymer MR et al. Sex Transm Dis. 2014 October; 41(10): 595-600. Bissessor M et al. Clinical Infectious Diseases 2015; 60(4): 557-63.*
3. [2021 CDC STI Treatment Guidelines p.73](#)
4. [2021 CDC STI Treatment Guidelines p.76](#)



TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services