

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN GONOCÓCICA

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

La infección gonocócica, gonococia o gonorrea es una infección de transmisión sexual (ITS) bacteriana, producida por *Neisseria gonorrhoeae*, que afecta a uretra, endocervix, recto, faringe y conjuntiva. El cuadro clínico es variable, dependiendo de si afecta a hombres o mujeres y de la localización. En el hombre se manifiesta como uretritis en los 2-7 días siguientes a la exposición; los síntomas y signos incluyen escozor uretral, disuria y eritema del meato, junto con una secreción purulenta o mucopurulenta, típicamente de color amarillo-verdoso. En la mujer aparece en forma de uretritis o cervicitis mucopurulenta, aunque entre el 50-70% de las mujeres no presenta síntomas. Las infecciones faríngeas habitualmente son asintomáticas al igual que suelen serlo las rectales, pero cuando estas últimas presentan síntomas cursan con exudado mucopurulento, dolor rectal, prurito anal y, con menor frecuencia, sangrado rectal escaso, tenesmo y estreñimiento. La infección por *N. gonorrhoeae* en niños prepúberes requiere descartar abuso sexual.

La conjuntivitis neonatal u oftalmía neonatorum aparece entre 2-5 días tras el parto, y se caracteriza por enrojecimiento e inflamación aguda de la conjuntiva de uno o ambos ojos, con exudado purulento o mucopurulento y en ocasiones edema orbital. Puede causar ceguera si no se trata precozmente.

La infección gonocócica puede ocasionar graves complicaciones, especialmente en la mujer (salpingitis, enfermedad inflamatoria pélvica, esterilidad, embarazo ectópico), pero también en el hombre (epididimitis, orquitis). En menos del 1% de los casos existe afectación sistémica (infección gonocócica diseminada). La muerte es excepcional, salvo en personas con endocarditis.

La uretritis y cervicitis mucopurulenta causadas por otros agentes de transmisión sexual a menudo coexisten con las infecciones gonocócicas y dificultan su diagnóstico clínico. Es frecuente la coinfección con *Chlamydia trachomatis*.

La infección gonocócica facilita la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Agente

El agente causal es *Neisseria gonorrhoeae* (gonococo), un diplococo gram-negativo.

Reservorio

El reservorio es exclusivamente humano.

Modo de transmisión

El mecanismo de transmisión es de persona a persona mediante el contacto con exudados de las membranas mucosas de las personas infectadas durante una relación sexual (vaginal, anal u oral). En el caso de la conjuntivitis neonatal, la transmisión se produce a través del canal del parto.

Periodo de incubación

De 2 a 7 días, con un rango de 1 a 14 días.

Periodo de transmisibilidad

Puede durar meses o años si el paciente no recibe tratamiento.

Susceptibilidad

La susceptibilidad es universal. Tras la infección se producen anticuerpos específicos, pero las cepas de *N. gonorrhoeae* son antigénicamente heterogéneas y pueden producirse reinfecciones.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Describir la evolución, distribución geográfica y temporal de los casos de infección gonocócica en la población.
2. Identificar cambios en su patrón de presentación en la población.

Definición de caso

Criterio clínico

Persona que presenta, al menos, uno de las siguientes ocho manifestaciones clínicas:

- Uretritis
- Salpingitis aguda
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Cervicitis
- Epididimitis
- Proctitis
- Faringitis
- Artritis

o bien:

- Recién nacido con conjuntivitis

Criterio de laboratorio

Al menos uno de los cuatro siguientes:

- Aislamiento de *Neisseria gonorrhoeae* en una muestra clínica adecuada.

- Detección de ácido nucleico de *Neisseria gonorrhoeae* en una muestra clínica adecuada.
- Confirmación de *Neisseria gonorrhoeae* por una sonda de ADN no amplificado en una muestra clínica adecuada.
- Detección microscópica de diplococos Gram negativos intracelulares en una muestra uretral de un varón.

Criterio epidemiológico

Un contacto sexual o transmisión vertical con un caso confirmado.

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: No procede.

Caso probable: Persona que satisface los criterios clínicos y epidemiológicos.

Caso confirmado: Persona que satisface los criterios de laboratorio.

Definición de brote

Se define como brote la aparición de un número de casos confirmados por encima del valor esperado.

MODO DE VIGILANCIA

La comunidad autónoma notificará de forma individualizada los casos probables y confirmados al CNE a través de la RENAVE y enviará la información de la encuesta epidemiológica de declaración del caso que se anexa con una periodicidad semanal. La información del caso podrá actualizarse después de la declaración inicial y se hará una consolidación anual de la información.

En caso de brote el Servicio de Vigilancia de la comunidad autónoma enviará el informe final del brote al CNE en un periodo de tiempo no superior a tres meses después de que haya finalizado su investigación. Además, se enviarán las encuestas epidemiológicas de los casos implicados al CNE.

Si se sospecha un brote supracomunitario o cuando la magnitud del brote o el patrón de difusión requieran medidas de coordinación nacional, el Servicio de Vigilancia de la comunidad autónoma informará de forma urgente al CCAES y al CNE. El CCAES valorará junto con las CCAA afectadas las medidas a tomar y, si fuera necesario, su notificación al Sistema de Alerta y Respuesta Rápida de Unión Europea y a la OMS de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Medidas preventivas

- Medidas generales de promoción de la salud y de educación sexual. Estrategias favorecedoras del sexo seguro: promoción del uso consistente del preservativo.

- Profilaxis de la **oftalmía neonatorum**: Administración de pomada ocular de eritromicina al 0,5% o terramicina al 1 % en su defecto en cada ojo en una sola aplicación, tan pronto como sea posible después del parto.

Medias ante un caso y sus contactos

Control del caso

La principal medida en el control de los casos es el **diagnóstico y tratamiento precoz**, junto con educación sanitaria sobre los síntomas de esta enfermedad y su modo de transmisión. Se deben descartar otras ITS, en particular el VIH. Valorar el estado de vacunación frente a la hepatitis B y vacunar si el caso no está vacunado. Los casos deben evitar las relaciones sexuales hasta que ellos y sus parejas hayan completado el tratamiento y estén asintomáticos.

No es necesaria ninguna medida de aislamiento. Se recomienda la eliminación de los objetos contaminados por los exudados de las lesiones.

La resistencia antibiótica del gonococo es un problema muy importante que limita las opciones de tratamiento. En Europa, las tasas de resistencia a penicilina, tetraciclinas y quinolonas exceden el 10% en muchos países, por lo que no se recomienda su utilización.

Tratamiento recomendado para la gonococia no complicada en el adulto:

- Ceftriaxona 250 mg intramuscular en dosis única ó
- Cefixima 400 mg oral en dosis única
- Ante la sospecha de coinfección con *Chlamydia trachomatis* o cuando ésta no se puede descartar:
 - Azitromicina 1 g, dosis única ó
 - Doxiciclina 100 mg, dos veces al día durante 7 días

Tras la indicación de tratamiento se recomienda realizar **seguimiento de los casos** con al menos una visita de reevaluación para determinar la adherencia del paciente, resolución de los síntomas y signos y el seguimiento de los contactos.

Para la **oftalmía neonatorum** se recomienda aislamiento de contacto durante las primeras 24 horas después de la administración de terapia efectiva. Desinfección concurrente de exudados conjuntivales y los objetos contaminados por ellos.

Tratamiento recomendado para la oftalmía neonatorum.

- Ceftriaxona 25-50 mg/kg intravenoso o intramuscular en dosis única, sin exceder 125mg ó
- Cefotaxima 100 mg/kg intramuscular en dosis única

Control de los contactos

Búsqueda de los contactos sexuales para su evaluación diagnóstica. Se recomienda evaluar a todas las parejas sexuales del caso en los 60 días precedentes al inicio de los síntomas o del diagnóstico. Si han pasado más de 60 días desde el último contacto sexual, se evaluará a la última pareja sexual.

En el caso de un niño con **oftalmía neonatorum**, investigación de la madre y de sus contactos sexuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gonococcal infections. In: Heymann DL, editor. Control of Communicable Diseases Manual. 19 ed. Washington: American Public Health Association; 2008. p. 232-238.
2. Gonorrhoea. In: Pattman R, Snow M, Handy P, Sankar KN, Elawad B, editors. Oxford Handbook of Genitourinary Medicine, HIV, and Sexual Health: Oxford University Press; 2008. p. 109-121.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010;59(RR-12):49-55.
4. Bignell C. 2009 European (IUSTI/WHO) guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. Int J STD AIDS 2009;20(7):453-7.
5. Garcia-Campos JA, Alonso-Santander N. Conjuntivitis gonocócica en niño prepúber. Enferm Infecc Microbiol Clin 2010;28(7):475-6.
6. Decisión de la Comisión de 28/04/2008 que modifica la Decisión 2002/253/CE por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria, de conformidad con la Decisión n.º 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo.
7. Vázquez F, Lepe JA, Otero L, Blanco MA, Aznar J. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual (2007). Enferm Infecc Microbiol Clin 2008;26(1):32-7.
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in Europe 2009. Stockholm: ECDC; 2011. Disponible en: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1101_SUR_Gonococcal_susceptibility_2009.pdf.
9. Doménech E, González N, Rodríguez-Alarcón J. Cuidados generales del recién nacido sano. In: Junta Directiva de la Sociedad Española de Pediatría, editors. Protocolos de Neonatología. 2.ª ed: Asociación Española de Pediatría. Sociedad Española de Neonatología 2008. Disponible en: www.aeped.es/protocolos/.