



Plan Nacional
Resistencia
Antibióticos

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CAUSADAS POR *NEISSERIA GONORRHOEAE*

(Actualización 2026)



am agencia española de
medicamentos y
productos sanitarios

EDITA Y DISTRIBUYE

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)

C/ Campezo 1, edificio 8, 28022, Madrid

CAPÍTULO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CAUSADAS POR *NEISSERIA GONORRHOEAE* (ACTUALIZACIÓN 2026)

NIPO: 134-26-007-8

www.resistenciaantibioticos.es

pram@aemps.es

TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CAUSADAS POR *NEISSERIA GONORRHOEAE*

1. Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema de salud pública de gran importancia en todo el mundo. Se estima que cuando una persona padece alguna ITS, tiene diez veces más riesgo de tener concomitantemente otra ITS, por lo que siempre se deben descartar otras, incluyendo la prueba del VIH (Ministerio de Sanidad, 2024; U.S. Centers for Disease Control and Prevention, 2024). Entre las posibles entidades que deben diagnosticarse y tratarse adecuadamente, se incluyen las infecciones causadas por *Neisseria gonorrhoeae* (U.S. Centers for Disease Control and Prevention, 2024).

El **fracaso en el diagnóstico y tratamiento precoz** de las ITS puede producir importantes **complicaciones y secuelas** como (Ministerio de Sanidad, 2024):

- la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI),
- infertilidad,
- embarazos ectópicos,
- cánceres anogenitales,
- morbilidad neonatal,
- incremento del riesgo de transmisión del VIH.

El aumento del cribado de las ITS y la relajación de algunas medidas de prevención, entre otros factores, han podido influir en el aumento del diagnóstico de las ITS en España. La detección de infecciones por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y herpes genital está aumentando de una manera considerable en los últimos años en nuestro país, principalmente en los grupos de población entre 15 y 44 años (Sistema de Información Microbiológica, 2017).

En este capítulo se van a abordar las infecciones producidas por *Neisseria gonorrhoeae*. La gonorrea es una ITS que puede producir infección a nivel genital, rectal, faríngeo y ocular. Es especialmente común en personas jóvenes sexualmente activas. La vía de transmisión sexual se asocia a sexo vaginal, oral o anal sin uso de preservativo. Además, las mujeres embarazadas con gonorrea pueden transmitir la

infección al bebé durante el parto (U.S. Centers for Disease Control and Prevention, 2024).

Las infecciones causadas por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* se pueden clasificar entre complicadas y no complicadas en función de la severidad de los síntomas. En algunos casos, es complicado determinar lo que constituye un caso de gonorrea complicada. Las infecciones por gonorrea no complicadas se consideran infecciones de la uretra, el cuello uterino, el recto (entre la que se encuentra la proctitis) y la faringe, en mujeres (incluidas mujeres embarazadas) y hombres sexualmente activos. Por otro lado, las infecciones complicadas son las infecciones del tracto genital superior (orquitis/epididimitis en hombres, y la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres) y la infección gonocócica diseminada. Los casos de gonorrea complicada deben derivarse a profesionales de atención especializada (Jespers et al., 2019; World Health Organization, 2024).

Al igual que el resto de ITS, el manejo de las gonococias se basa en cinco aspectos básicos (Ministerio de Sanidad, 2024):

- Diagnóstico
- Tratamiento
- Evaluación de los contactos sexuales
- Educación
- Notificación de los casos

El manejo adecuado de las enfermedades gonocócicas no es solo proporcionar un tratamiento eficaz disminuyendo la aparición de complicaciones y secuelas, sino que también que permita detectar conductas de riesgo y ofrecer medidas de prevención para modificar hábitos y minimizar la transmisión de gonococo o de otros microorganismos a través de la práctica sexual no segura entre otras medidas (Government of Canada, 2026).

El médico en Atención Primaria, por su proximidad al paciente y como conocedor del entorno que le rodea, puede ejercer un papel clave en la detección de la ITS. Las visitas a Atención Primaria pueden ser una oportunidad diagnóstica y terapéutica de gran valor. Una vez identificadas, se debe notificar a Salud Pública, al tratarse de enfermedades de declaración obligatoria (**EDO**) y derivarse a la consulta específica para el diagnóstico y tratamiento de las ITS que esté establecida en el área, que

garantice la realización de un seguimiento estrecho de los pacientes (Ministerio de Sanidad, 2024).

El presente capítulo se ha centrado principalmente en el abordaje de las entidades clínicas más frecuentes en las que puede estar implicada *Neisseria gonorrhoeae*:

- Uretritis causada por *Neisseria gonorrhoeae* en población adulta.
- Gonococia faríngea en población adulta.
- Proctitis causada por *Neisseria gonorrhoeae* en población adulta.
- Enfermedad inflamatoria pélvica leve/moderada causada por *Neisseria gonorrhoeae* en adultos.
- Orquitis / epididimitis causada por *Neisseria gonorrhoeae* en adultos
- Conjuntivitis gonocócica en población adulta y pediátrica.
- Profilaxis y tratamiento de conjuntivitis gonocócica del neonato.

2. Uretritis causada por *Neisseria gonorrhoeae* en población adulta (enfermedad de declaración obligatoria, EDO)

La uretritis es un síndrome caracterizado por secreción uretral (80%) mucopurulenta o purulenta y/o disuria (50 %), aunque puede ser asintomática. En el examen la secreción uretral puede variar de escasa y mucoide a abundante y purulenta. En las mujeres suele causar cervicitis y ser asintomática y menos de la mitad de las mujeres infectadas se quejan de síntomas inespecíficos como flujo vaginal anormal, disuria, molestias en el bajo vientre y dispareunia (Ministerio de Sanidad, 2024; U.S. Centers for Disease Control and Prevention, 2024). La gonorrea, en los varones puede manifestarse por la existencia de quemazón al orinar, secreción uretral (amarillenta, blanquecina o verdosa) y con menor frecuencia inflamación o dolor testicular. En el caso de afectación anal suele presentarse con la existencia de secreción anal, prurito, dolor al defecar, tenesmo y sangrado (Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine, 2024).

Habitualmente es transmitida por contacto sexual. Hasta en un 25% de los casos no se encuentra una etiología clara. En los menores de 35 años, la uretritis entre los hombres suele estar causada por *N. gonorrhoeae* y/o *C. trachomatis* y /o patógenos no gonocócicos y no clamidiales, como *M. genitalum* y *T.vaginalis*. En los mayores de 35 años, la infección suele ser debida a una enterobacteria como *Escherichia coli*, que no se transmite sexualmente. Por esto, se debe considerar, siempre que no haya una confirmación etiológica, la probabilidad de co- y/o multi-infección de estos tres agentes patógenos (Ministerio de Sanidad, 2024; Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine, 2024; Unemo et al., 2020).

En hombres jóvenes sexualmente activos, si se decide realizar tratamiento empírico de la uretritis, se debe prescribir inicialmente un solo antibiótico o una combinación de dos antibióticos activos contra *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* y Enterobacterias. En hombres mayores, sin factores de riesgo sexual, solo se consideraría el riesgo de infección por Enterobacterias (Jespers et al., 2019; World Health Organization, 2024).

Conocer el microorganismo causante permite ajustar la pauta de tratamiento y la duración según la respuesta clínica del paciente. Los patrones de resistencia y las

recomendaciones de salud pública locales deben guiar la elección del agente (Jespers et al., 2019; World Health Organization, 2024).

Manejo empírico

Circunstancia modificadora: Uretritis causada por *Neisseria gonorrhoeae* en población adulta.

Tratamiento antibiótico.

Elección:

- Pacientes <150 kg peso: [**ceftriaxona**]*# im, 500 mg dosis única (recomendación fuerte, RFFI) (Jespers et al., 2019; Bonkat et al., 2025; Salmerón et al., 2021).
- Pacientes >150 kg de peso: **ceftriaxona***# im, 1 g dosis única (recomendación fuerte, RFFI) (Jespers et al., 2019; Bonkat et al., 2025; Salmerón et al., 2021).

Alternativo:

En caso de rechazo o contraindicación de vía im:

- Pacientes <150 kg peso: [**cefixima**]*\$ oral, 400 mg dosis única (GR A) alj.
- Pacientes >150 kg de peso: [**cefixima**]*\$ oral 800 mg dosis única (GR A) (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).

Alergias a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada y confirmarse o descartarse, tanto a penicilinas como a cefalosporinas):

- [**Gentamicina**]*\$ im, 240 mg, dosis única + [**azitromicina**]*\$* oral 2 g dosis única (GR E) (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).

Circunstancia modificadora: Uretritis causada por *Neisseria gonorrhoeae* en embarazo y lactancia.

Tratamiento antibiótico:

Elección:

- **[Ceftriaxona]***# im, 500 mg dosis única (RFFI) (Ministerio de Sanidad, 2024; Jespers et al., 2019; Salmerón et al., 2021).

Medidas no farmacológicas:

Indicación de toma de muestras: Está indicada la toma de muestras de secreciones endocervicales, uretrales, rectales y faríngeas (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018; Bignell & Fitzgerald, 2011).

El método de elección para el diagnóstico de la uretritis gonocócica es la PCR, aunque es fundamental realizar el cultivo de la secreción uretral (no son adecuadas las muestras recogidas de vagina) para disponer de datos de sensibilidad a antimicrobianos. Incluir muestra faríngea y/o rectal, en los casos que se considere oportuno por la historia sexual. Remitir las muestras en torunda con medio de transporte antes de las 24 horas de la toma. En la actualidad, es posible el diagnóstico en una muestra de orina retenida en vejiga mediante PCR en la primera parte de la micción o de la primera fracción de orina retenida en vejiga durante 2-3 horas en el caso de la uretritis en hombres. En caso de cultivo positivo, es necesario realizar declaración de casos de **EDO a Salud Pública**.

Medidas de control:

- 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. La información verbal debe reforzarse con material escrito o en vídeo, como hipervínculos a sitios web científicos u organizaciones dedicadas a las ITS y folletos (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).
- Evitar las relaciones sexuales hasta que ellos y sus parejas hayan completado el tratamiento y estén asintomáticos. Utilizar métodos de barrera para todo tipo de contacto sexual para pacientes confirmados o con sospecha (genital, urogenital, anal u oral) (Bonkat et al., 2025; Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).
- Realizar seguimiento de los casos para valorar adherencia al tratamiento y resolución de síntomas y valoración de contactos (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).
- Es recomendable el control en embarazadas 3 semanas tras finalizar el tratamiento (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).

- Descartar otras ITS, en particular el VIH (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).
- Valorar el estado de vacunación frente a la hepatitis B y vacunar si el caso no está vacunado correctamente. Revacunar en los casos en que los antiHBs<10 y/o presenta antiHBc positivo pero antiHBs<10) (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).
- En hombres que practican sexo con hombres, valorar la inmunidad frente a virus de hepatitis A (VHA). Indicar vacunación si no existe inmunidad (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).
- **Tratamiento de las parejas sexuales:** se recomienda examinar y tratar todos los contactos sexuales, incluso asintomáticos, de los 60 días previos al inicio de los síntomas, o del último contacto, si hace más de 60 días o hasta 6 meses en el caso de parejas de varones con uretritis no gonocócica asintomáticos (Bonkat et al., 2025; Bignell & Fitzgerald, 2011).
- Recomendar estrategias favorecedoras del sexo seguro, utilización de métodos anticonceptivos de barrera (incluido en el sexo oral) y promoción del uso consistente del preservativo y prevención combinada (Sistema de Información Microbiológica, 2017).

Observaciones

Medicamento de “diagnóstico hospitalario” que requiere visado.

* Las tasas de resistencia de gonococo a ceftriaxona en España son <0,2% en los últimos años y no se han observado casos de fallo clínico en pacientes tratados con la dosis de 500 mg (excluidos casos de reinfección). El estudio multicéntrico con mayor número de casos estudiados en España (Salmerón et al., 2021) detectó 6/2560 cepas resistentes entre 2018-19. Ninguna de estas cepas tuvo una CMI mayor o igual a 0,5 mg/L. Datos actualizados (2020-2023) sitúan el 97-99% de las cepas de gonococo aisladas en España con CMIs por debajo de 0,064 mg/L (punto de corte EUCAST >0,125 mg/L), tanto en localización genital como faríngea y rectal. Por lo tanto, actualmente en España no se justifica aumentar la dosis de ceftriaxona de 500 mg para el tratamiento de infecciones gonocócicas no complicadas (con la excepción de personas con más de 150 kg de peso, sospecha de sensibilidad disminuida, alta carga bacteriana, fracaso terapéutico previo o consideraciones epidemiológicas locales) (Ministerio de Sanidad, 2024; Salmerón et al., 2021; Salmerón et al., 2023; Piñeiro et al.,

2016). Tampoco se recomienda la terapia dual con azitromicina en ausencia de infección concomitante con otros microorganismos, dadas las resistencias de gonococo en España a macrólidos que se sitúan en torno al 20-40% (Salmerón et al., 2021).

\$ En caso de utilización de tratamientos alternativos se recomienda realizar siempre el **test de curación** (Salmerón et al., 2021).

▼ Notas de seguridad

Azitromicina (macrólidos): La Agencia Americana del Medicamento (FDA) (Comunicado de Seguridad, 12 de marzo de 2013) advierte que **azitromicina** puede ocasionar irregularidades en el ritmo cardíaco potencialmente fatales. Los macrólidos deben ser usados en precaución en pacientes con prolongación del intervalo QT, niveles sanguíneos bajos de potasio o magnesio, un ritmo cardíaco más lento de lo normal o el uso concomitante de medicamentos para el tratamiento de arritmias.

La Agencia Europea del Medicamento (EMA) (Nota 23 de mayo de 2025) alerta sobre el riesgo de favorecer el desarrollo de resistencias bacterianas asociadas al uso de azitromicina, en especial por su permanencia prolongada en el organismo tras finalizar el tratamiento y propone retirar la indicación de uso de la azitromicina para contextos en los que la evidencia no respalda su eficacia como acné vulgar, erradicación de *Helicobacter pylori* y su uso como inmunomodulador en la prevención de ataques de asma.

Criterios de derivación

Casos de complicación del cuadro clínico: (Ministerio de Sanidad, 2024)

- Epididimitis y orquiepididimitis.
- Prostatitis.
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) (salpingitis, endometritis).
- Infección gonocócica diseminada.
- Síndrome de Reiter (triada de uretritis, artritis reactiva y conjuntivitis o uveítis).

3. Gonococia faríngea en población adulta (enfermedad de declaración obligatoria, EDO)

Manejo empírico

Circunstancia modificadora: **Gonococia faríngea en población adulta.**

Tratamiento antibiótico.

Elección:

- Pacientes <150 kg peso: **[ceftriaxona]**^{*#} im, 500 mg dosis única (recomendación fuerte, RFFI) (Ministerio de Sanidad, 2024; Jespers et al., 2019; Salmerón et al., 2021).
- Pacientes >150 kg de peso: **[ceftriaxona]**^{*#} im, 1 g dosis única (recomendación fuerte, RFFI) (Ministerio de Sanidad, 2024; Jespers et al., 2019; Salmerón et al., 2021).

Tratamiento alternativo:

En caso de rechazo o contraindicación de vía im:

- Pacientes <150 kg peso: **[cefixima]**^{\$} oral, 400 mg dosis única (GR A) (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).
- Pacientes >150 kg de peso: **[cefixima]**^{\$} oral 800 mg dosis única (GR A) (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).

Alergias a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada y confirmarse o descartarse, tanto a penicilinas como a cefalosporinas); derivar a consulta de ITS (Acuerdo del grupo de trabajo).

Se recomienda tratamiento guiado por antibiograma dadas las altas tasas de resistencia a macrólidos (20-40%), quinolonas (50-70%), tetraciclinas (70-90%) y penicilinas (>90% I+R) (Salmerón et al., 2021; Salmerón et al., 2023).

Circunstancia modificadora: Gonococia faríngea en embarazo y lactancia.

Tratamiento antibiótico: Elección:

- **[Ceftriaxona]*#** im, 500 mg dosis única (RFFI) (Ministerio de Sanidad, 2024; Jespers et al., 2019; Salmerón et al., 2021).

Medidas no farmacológicas:

Indicación de toma de muestras: Está indicada la toma de muestras de secreciones faríngeas. Incluir muestra faríngea y/o rectal, en los casos que se considere oportuno por la historia sexual. Remitir las muestras en torunda con medio de transporte antes de las 24 horas de la toma. En la actualidad, es posible el diagnóstico de una muestra de exudado faríngeo mediante PCR. En caso de prueba positiva, es necesario realizar declaración de casos a **Salud Pública** por ser **EDO** (Ministerio de Sanidad, 2024; U.S. Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

Medidas de control:

- 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. La información verbal debe reforzarse con material escrito o en vídeo, como hipervínculos a sitios web científicos u organizaciones dedicadas a las ITS y folletos (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).
- Evitar las relaciones sexuales hasta que ellos y sus parejas hayan completado el tratamiento y estén asintomáticos. Utilizar métodos de barrera para todo tipo de contacto sexual para pacientes confirmados o con sospecha (genital, urogenital, anal u oral) (Bonkat et al., 2025; Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).
- Realizar seguimiento de los casos para valorar adherencia al tratamiento y resolución de síntomas y valoración de contactos (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).
- En embarazadas es recomendable el control 3 semanas tras finalizar el tratamiento (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).
- Descartar otras ITS, en particular el VIH (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).

- Evaluar el estado de vacunación frente a la hepatitis B y vacunar si el caso no está vacunado correctamente. Revacunar en los casos que los antiHBs<10 y/o presenta antiHBc positivo pero anti-HBs<10 (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).
- En hombres que practican sexo con hombres, valorar la inmunidad frente a virus de hepatitis A. Indicar vacunación si no existe inmunidad (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).
- **Tratamiento de las parejas sexuales:** Se deben examinar y tratar todos los contactos sexuales, incluso asintomáticos, de los 60 días previos al inicio de los síntomas, o del último contacto, si hace más de 60 días o hasta 6 meses en el caso de parejas de varones con uretritis no gonocócica asintomáticos (Bonkat et al., 2025; Bignell & Fitzgerald, 2011).
- Recomendar estrategias favorecedoras del sexo seguro, utilización de métodos anticonceptivos de barrera (incluido en el sexo oral), promoción del uso consistente del preservativo y prevención combinada (Sistema de Información Microbiológica, 2017).

Observaciones

La mayoría de las infecciones gonocócicas faríngeas son asintomáticas. Estas infecciones son más difíciles de erradicar que las infecciones urogenitales y anogenitales (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018). Si se utiliza tratamiento de segunda línea, se aconseja realizar un **test de curación** a las 3 semanas.

Medicamento de “diagnóstico hospitalario” que requiere visado.

* Las tasas de resistencia de gonococo a ceftriaxona en España son <0,2% en los últimos años y no se han observado casos de fallo clínico en pacientes tratados con la dosis de 500 mg (excluidos casos de reinfección). El estudio multicéntrico con mayor número de casos estudiados en España¹⁰ detectó 6/2560 cepas resistentes entre 2018-19. Ninguna de estas cepas tuvo una CMI mayor o igual a 0,5 mg/L. Datos actualizados (2020-2023) sitúan el 97-99% de las cepas de gonococo aisladas en España con CMIs por debajo de 0,064 mg/L (punto de corte EUCAST >0,125 mg/L), tanto en localización genital como faríngea y rectal. Por lo tanto, actualmente en España no se justifica aumentar la dosis de ceftriaxona de 500 mg para el tratamiento de infecciones gonocócicas no complicadas (con la excepción de personas con más

de 150 kg de peso, sospecha de sensibilidad disminuida, alta carga bacteriana, fracaso terapéutico previo o consideraciones epidemiológicas locales) (Ministerio de Sanidad, 2024; Salmerón et al., 2021; Salmerón et al., 2023; Piñeiro et al., 2016). Tampoco se recomienda la terapia dual con azitromicina en ausencia de infección concomitante con otros microorganismos, dadas las resistencias de gonococo en España a macrólidos que se sitúan en torno al 20-40% (Salmerón et al., 2021).

§En caso de utilización de tratamientos alternativos se recomienda realizar siempre el **test de curación** (Ministerio de Sanidad, 2024; Sistema de Información Microbiológica, 2017).

▼ Notas de seguridad

Azitromicina (macrólidos): La Agencia Americana del Medicamento (FDA) (Comunicado de Seguridad, 12 de marzo de 2013) advierte que **azitromicina** puede ocasionar irregularidades en el ritmo cardíaco potencialmente fatales. Los macrólidos deben ser usados en precaución en pacientes con prolongación del intervalo QT, niveles sanguíneos bajos de potasio o magnesio, un ritmo cardiaco más lento de lo normal o el uso concomitante de medicamentos para el tratamiento de arritmias.

La Agencia Europea del Medicamento (EMA) (Nota 23 de mayo de 2025) alerta sobre el riesgo de favorecer el desarrollo de resistencias bacterianas asociadas al uso de azitromicina, en especial por su permanencia prolongada en el organismo tras finalizar el tratamiento y propone retirar la indicación de uso de la azitromicina para contextos en los que la evidencia no respalda su eficacia como acné vulgar, erradicación de *Helicobacter pylori* y su uso como inmunomodulador en la prevención de ataques de asma.

Criterios de derivación:

- Sospecha de infección gonocócica diseminada (fiebre, artritis, tenosinovitis, lesiones cutáneas).
- Afectación faríngea grave (odinofagia intensa, disfagia, intolerancia a la ingesta).
- Sospecha de complicación local (absceso periamigdalino, compromiso de vía aérea).
- Fracaso terapéutico o sospecha de resistencia antibiótica.

- Dificultad para manejo ambulatorio (mala adherencia, imposibilidad de seguimiento).
- Situaciones especiales (inmunosupresión significativa, embarazo con evolución tórpida).

4. Proctitis causada por *Neisseria gonorrhoeae* en población adulta (enfermedad de declaración obligatoria, EDO)

La proctitis se produce fundamentalmente en individuos que practican el sexo anal (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).

Este síndrome afecta al recto (últimos 10-12 cm) y puede presentar dolor anorrectal, tenesmo y mucosidad en las heces o hemorragia rectal. En el caso de proctitis aguda en personas que han practicado sexo anal, se deben someter a una anoscopia/sigmoidoscopia (Jespers et al., 2019; World Health Organization, 2024). En el estudio diagnóstico también se incluye el examen de heces y cultivo (Ministerio de Sanidad, 2024).

Es fundamental la evaluación de la pareja para cualquiera de las enfermedades diagnosticadas en el caso índice (Bignell & Fitzgerald, 2011).

Circunstancia modificadora: proctitis causada por *Neisseria gonorrhoeae* en población adulta.

Tratamiento antibiótico.

Elección:

- Pacientes <150 kg peso: [**ceftriaxona**]*[#] im, 500 mg dosis única (recomendación fuerte, RFFI) (Ministerio de Sanidad, 2024; Jespers et al., 2019; Salmerón et al., 2021).
- Pacientes >150 kg de peso: [**ceftriaxona**]*[#] im, 1 g dosis única (recomendación fuerte, RFFI) (Ministerio de Sanidad, 2024; Jespers et al., 2019; Salmerón et al., 2021).

Tratamiento alternativo:

En caso de rechazo o contraindicación de vía im:

- Pacientes <150 kg peso: [**cefixima**]^{\$} oral, 400 mg dosis única (GR A) (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).
- Pacientes >150 kg de peso: [**cefixima**]^{\$} oral 800 mg dosis única (GR A) (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).

Alergias a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada y confirmarse o descartarse, tanto a penicilinas como a cefalosporinas): derivar a consulta de ITS (Declaración de buenas prácticas). Se recomienda tratamiento guiado por antibiograma dadas las altas tasas de resistencia a macrólidos (20-40%), quinolonas (50-70%), tetraciclinas (70-90%) y penicilinas (>90% I+R) (Salmerón et al., 2021; Salmerón et al., 2023).

Circunstancia modificadora: proctitis causada por *Neisseria gonorrhoeae* en embarazo y lactancia.

Tratamiento antibiótico:

Elección:

- [Ceftriaxona]*[#] im, 500 mg dosis única (RFFI) (Ministerio de Sanidad, 2024; Jespers et al., 2019; Salmerón et al., 2021).

Medidas no farmacológicas:

Indicación de toma de muestras: está indicada la toma de muestras que debe incluir muestra rectal, en los casos que se considere oportuno por la historia sexual. Remitir las muestras en torunda con medio de transporte antes de las 24 horas de la toma. En caso de cultivo positivo, es necesario realizar declaración de casos a **Salud Pública** por ser **EDO** (Ministerio de Sanidad, 2024; U.S. Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

Medidas de control:

- Deben ser examinados y tratados todos los contactos sexuales, incluso asintomáticos, de los 60 días previos al inicio de los síntomas. Seguimiento y tratamiento antibiótico hasta resolución clínica de lesiones (3-6 semanas). Pacientes VIH idéntica pauta antibiótica, prolongar si resolución lenta (Bonkat et al., 2025; Bignell & Fitzgerald, 2011).
 - La transmisibilidad puede durar meses si no se trata.
 - El tratamiento eficaz interrumpe la transmisibilidad en cuestión de horas.

- En el caso de proctitis aguda en personas que han practicado sexo anal se deben someter a una anoscopia para identificar úlceras o vesículas rectales y Petequias después de tomar una muestra de la mucosa rectal con un hisopo; para examinar los exudados rectales en busca de polimorfonucleares y diplococos gramnegativos y para obtener una muestra del recto con un hisopo para realizar estudios de gonorrea, infección por *Chlamydia*, herpes y sífilis (Ministerio de Sanidad, 2024).
- Es fundamental la evaluación de la pareja para cualquiera de las enfermedades diagnosticadas en el caso índice (Bignell & Fitzgerald, 2011).

Observaciones

Medicamento de “diagnóstico hospitalario” que requiere visado.

*Las tasas de resistencia de gonococo a ceftriaxona en España son <0,2% en los últimos años y no se han observado casos de fallo clínico en pacientes tratados con la dosis de 500 mg (excluidos casos de reinfección). El estudio multicéntrico con mayor número de casos estudiados en España detectó 6/2560 cepas resistentes entre 2018-19. (Salmerón et al., 2021) Ninguna de estas cepas tuvo una CMI mayor o igual a 0,5 mg/L. Datos actualizados (2020-2023) sitúan el 97-99% de las cepas de gonococo aisladas en España con CMIs por debajo de 0,064 mg/L (punto de corte EUCAST >0,125 mg/L), tanto en localización genital como faríngea y rectal. Por lo tanto, actualmente en España no se justifica aumentar la dosis de ceftriaxona de 1g para el tratamiento de infecciones gonocócicas no complicadas (con la excepción de personas con más de 150 kg de peso, sospecha de sensibilidad disminuida, alta carga bacteriana, fracaso terapéutico previo o consideraciones epidemiológicas locales) (Ministerio de Sanidad, 2024; Salmerón et al., 2021; Salmerón et al., 2023; Piñeiro et al., 2016). Tampoco se recomienda la terapia dual con azitromicina en ausencia de infección concomitante con otros microorganismos, dadas las resistencias de gonococo en España a macrólidos que se sitúan en torno al 20-40% (Salmerón et al., 2021).

\$ En caso de utilización de tratamientos alternativos se recomienda realizar siempre el **test de curación** (Ministerio de Sanidad, 2024; Sistema de Información Microbiológica, 2017).

▼ Notas de seguridad

Azitromicina (macrólidos): La Agencia Americana del Medicamento (FDA) (Comunicado de Seguridad, 12 de marzo de 2013) advierte que **azitromicina** puede ocasionar irregularidades en el ritmo cardíaco potencialmente fatales. Los macrólidos deben ser usados en precaución en pacientes con prolongación del intervalo QT, niveles sanguíneos bajos de potasio o magnesio, un ritmo cardíaco más lento de lo normal o el uso concomitante de medicamentos para el tratamiento de arritmias.

La Agencia Europea del Medicamento (EMA) (Nota 23 de mayo de 2025) alerta sobre el riesgo de favorecer el desarrollo de resistencias bacterianas asociadas al uso de azitromicina, en especial por su permanencia prolongada en el organismo tras finalizar el tratamiento y propone retirar la indicación de uso de la azitromicina para contextos en los que la evidencia no respalda su eficacia como acné vulgar, erradicación de *Helicobacter pylori* y su uso como inmunomodulador en la prevención de ataques de asma.

Criterios de derivación

Casos de complicación del cuadro clínico (Ministerio de Sanidad, 2024):

- Epididimitis y orquiepididimitis.
- Prostatitis.
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) (salpingitis, endometritis).
- Infección gonocócica diseminada.
- Síndrome de Reiter (triada de uretritis, artritis reactiva y conjuntivitis o uveítis).
- Todos los casos de proctitis aguda en personas que han practicado sexo anal se deben derivar a la consulta de proctología para realizar una anoscopia/rectoscopia.

5. Enfermedad inflamatoria pélvica (enfermedad de declaración obligatoria, EDO)

Se entiende por enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) la inflamación e infección del tracto genital superior en la mujer. Habitualmente afecta a las trompas de Falopio, ovarios y estructuras adyacentes. Comprende una variedad de trastornos inflamatorios del tracto genital superior incluyendo combinaciones de endometritis, salpingitis, abscesos tubo-ováricos y pelviperitonitis. (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018; Workowski et al., 2021).

Puede cursar de forma asintomática, pero en el **5-10 %** de los **casos** tiene un curso **grave**. Puede producir complicaciones posteriores como infertilidad de causa tubárica, embarazo ectópico y/o dolor pélvico crónico. (Workowski et al., 2021)

Las **manifestaciones clínicas** más importantes son: dolor pélvico, que puede ser unilateral, constante o intermitente, dispareunia, alteraciones menstruales, sangrado postcoital y fiebre, siendo los **signos más importantes** el dolor a la movilización cervical y el dolor anexial o uterino y fiebre.

Criterios diagnósticos

Criterios mínimos:

- Dolor uterino o anexial o
- dolor a la movilización cervical.

Criterios adicionales para aumentar la especificidad:

- Leucocitosis en el frotis en fresco vaginal.
- Leucorrea anormal vaginal y/o cervical y/o friabilidad cervical.
- Fiebre > 38,3°C.
- Aumento de VSG o Proteína C Reactiva.
- Evidencia de laboratorio de *N. gonorrhoeae* y/o *C. trachomatis* en endocérvix.

EPI y embarazo: la EPI probablemente complique al embarazo con mayor frecuencia de lo que se piensa. El diagnóstico se confunde fácilmente debido a las múltiples causas de dolor abdominal y otros síntomas que ocurren durante éste. Después de la semana 12 de gestación, el saco gestacional intacto forma una barrera al ascenso de las bacterias cérvico-vaginales al tracto genital superior, y por lo tanto es difícil que se presente una EPI. Sin embargo, se han propuesto otros mecanismos para el desarrollo de EPI en gestaciones ya avanzadas como la diseminación linfática y vascular. La EPI

y el absceso tubo-ovárico se pueden presentar durante el embarazo y deben incluirse en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal en estas pacientes, pues es importante un tratamiento precoz y adecuado para prevenir la pérdida fetal. (Workowski et al., 2021).

EPI en portadoras de DIU: existe riesgo de EPI en las primeras 3 semanas post inserción. Si se diagnostica EPI en usuarias de DIU, no es necesario retirarlo. Los contactos sexuales en los 60 días antes de la aparición de síntomas deben ser evaluados, testados y tratados para *Chlamydia* y gonococo (Workowski et al., 2021)

Manejo empírico

Circunstancia modificadora: **Enfermedad inflamatoria pélvica leve/moderada causada por *Neisseria gonorrhoeae***

Sólo se trata en Atención Primaria los estadios I-II de Monif[§] (enfermedad leve/moderada. Ver observaciones), siendo necesario para el resto derivación hospitalaria (Ministerio de Sanidad, 2024; Monif, 1982).

Hasta un 40-50% de los casos tienen una etiología mixta *Chlamydia*-gonococo, por lo que se recomienda que el tratamiento empírico cubra ambos patógenos (Workowski et al., 2021). Aunque se sospeche etiología gonocócica, nunca se trata en monoterapia.

Tratamiento antibiótico [£]:

Elección (GR A) (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018):

- **[ceftriaxona]**[#]im, 500 mg dosis única (Pacientes >150 kg de peso: 1 g).

En caso de gravedad/enfermedad complicada, está indicado 1 g, pero en este caso es criterio de derivación hospitalaria.

+

- **[doxiciclina]**[°] oral, 100 mg cada 12 horas, 14 días

±

- **[metronidazol]** oral^{& \$}, 500 mg (2 comprimidos de 250 mg) cada 12 horas, 14 días.

Tratamiento alternativo (GR A) (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018):

- [cefoxitina][&] iv, 2 g cada 6 horas, hasta mejoría clínica (24-48 horas).

Tratamiento alternativo en ámbito hospitalario

+

- [doxiciclina]^o oral, 100 mg, cada 12 horas, 14 días

±

- [metronidazol]^{& \$ μ} oral, 500 mg (2 comprimidos de 250 mg) cada 12 horas, 14 días.

Añadir **metronidazol** en caso de absceso, sospecha de infección por tricomonas o instrumentación ginecológica reciente en las 2-3 semanas previas.

Medidas no farmacológicas

- Reevaluar al paciente en 48-72 horas. Si no responde a las 72 horas, ingreso hospitalario.
- Todas las mujeres deben ser estudiadas por una posible infección por VIH (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018; Workowski et al., 2021).
- Los contactos sexuales deben ser estudiados por la posible infección con gonococo o *Chlamydia*. Si no es posible su screening, recibirán tratamiento para cubrir ambos (Ross & McCarthy, 2011).

Medidas Preventivas:

- Evitar las relaciones hasta que el paciente índice haya completado el tratamiento (Workowski et al., 2021; Nwokolo et al., 2016).
- Utilizar métodos anticonceptivos de barrera.
- Consulta rápida ante la sospecha o riesgo de infección.
- Cribado de infección de *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*.

Observaciones

§ **Estadios de Monif** (Monif, 1982):

- Estadio I: Salpingitis aguda sin pelviperitonitis.
- Estadio II: Salpingitis aguda con pelviperitonitis.
- Estadio III: Salpingitis con formación de abscesos tubo-ováricos.
- Estadio IV: Rotura de absceso tubo-ovárico, peritonitis generalizada.
- Estadio V: Categoría de diferentes agentes etiológicos que pueden emular a la salpingitis aguda, es decir, *Mycobacterium tuberculosis*.

£ Debido a la dificultad del diagnóstico y el daño potencial para la salud reproductiva de la mujer, ante la sospecha de EPI se debe administrar tratamiento precozmente (Ross & McCarthy, 2011; Workowski et al., 2021).

\$ **Metronidazol:** Evitar ingestión de alcohol durante el tratamiento hasta 48 horas después por efecto antabus.

° **Doxiciclina:** tomar medidas de protección solar por fotosensibilidad. Mantener sedestación tras toma de la medicación (sobre todo la dosis nocturna) para evitar úlceras esofágicas de decúbito.

Medicamento de “diagnóstico hospitalario” que requiere visado

& Añadir **metronidazol** en caso de absceso, sospecha de infección por tricomonas o instrumentación ginecológica reciente, en las 2-3 semanas previas.

¶ La recomendación original de (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018) era 2 g de cefoxitina im, dosis única con probenecid oral, 1 g, dosis única (para aumentar los niveles de cefoxitina). Dado que probenecid no está disponible en España, se ha adaptado la pauta de la cefoxitina a su uso sin probenecid.

▼ Notas de seguridad

Fluoroquinolonas: se recomienda restringir el uso de fluoroquinolonas en infecciones no complicadas dado el balance beneficio/riesgo desfavorable. Están relacionadas con graves efectos secundarios incapacitantes y potencialmente permanentes incluido tendinopatías, afectación muscular y articulaciones, daño neurológico, hipoglucemia y trastornos mentales (Comunicado de Seguridad FDA, 5/12/2016; Comunicado FDA 7/10/2018). Las fluoroquinolonas deben ser usadas con precaución en pacientes con factores de riesgo para la prolongación del intervalo QT (fluoroquinolonas y prolongación del intervalo QT: actualización de la información. Informe mensual sobre medicamentos de uso humano y productos sanitarios, AEMPS, diciembre 2010).

Azitromicina (macrólidos): La Agencia Americana del Medicamento (FDA) (Comunicado de Seguridad, 12 de marzo de 2013) advierte que **azitromicina** puede ocasionar irregularidades en el ritmo cardíaco potencialmente fatales. Los macrólidos deben ser usados en precaución en pacientes con prolongación del intervalo QT, niveles sanguíneos bajos de potasio o magnesio, un ritmo cardíaco más lento de lo normal o el uso concomitante de medicamentos para el tratamiento de arritmias.

La Agencia Europea del Medicamento (EMA) (Nota 23 de mayo de 2025) alerta sobre el riesgo de favorecer el desarrollo de resistencias bacterianas asociadas al uso de azitromicina, en especial por su permanencia prolongada en el organismo tras finalizar el tratamiento y propone retirar la indicación de uso de la azitromicina para contextos en los que la evidencia no respalda su eficacia como acné vulgar, erradicación de *Helicobacter pylori* y su uso como inmunomodulador en la prevención de ataques de asma.

Criterios de derivación e ingreso hospitalario

Embarazo, falta de tolerancia o respuesta a la medicación, falta de adherencia al tratamiento, náuseas y vómitos, clínica severa, sospecha de absceso pélvico, descartar patología quirúrgica urgente, seropositividad a VIH, estadios de EPI III y IV (Workowski et al., 2021).

En la práctica habitual, la sospecha de EPI es derivada para valoración por parte de ginecología y estadiaje correcto y seguimiento. Aunque el tratamiento acabe siendo ambulatorio.

6. Orquitis/epididimitis causada por *Neisseria gonorrhoeae* en adultos (enfermedad de declaración obligatoria, EDO)

En los hombres jóvenes (<35 años) se asocia con infecciones de transmisión sexual. Estas representan 2/3 de epididimitis: *Neisseria gonorrhoeae*. *Chlamydia trachomatis* (Edwards & Handfield Jones, 2008). Además, hasta un 40-50% de los casos tienen una etiología mixta *Chlamydia*-gonococo, por lo que se recomienda que el tratamiento empírico cubra ambos patógenos. El tratamiento debe ser indicado lo más pronto posible tras el diagnóstico de sospecha (Workowski et al., 2021; Street et al., 2011).

En los hombres mayores, el 75 % de los casos se puede atribuir a enterobacterias y patógenos urinarios, como *Escherichia coli*. (Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine, 2024). El aislamiento de *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis* es inusual.

Diagnóstico

- Estudios microbiológicos: urocultivo, hemocultivo, tinción de Gram de exudado uretral o de frotis intrauretral. Existe también la posibilidad de realizar técnicas de PCR de *Chlamydia*, gonococo y *Mycoplasma* en muestra de orina retenida 3 horas en vejiga (primera parte de la micción).
- Diagnóstico por imagen básico ecografía y eco-doppler
- Diagnóstico diferencial: torsión testicular, neoplasias, traumatismos

Circunstancia modificadora: Orquitis/epididimitis causada por *Neisseria gonorrhoeae* en adultos

Hasta un 40-50% de los casos tienen una etiología mixta *Chlamydia*-gonococo, por lo que se recomienda que el tratamiento empírico cubra ambos patógenos (Workowski et al., 2021). Aunque se sospeche etiología gonocócica, nunca se trata en monoterapia.

Manejo empírico

Tratamiento antibiótico:

Elección:

- [ceftriaxona][#] im, 1 g dosis única (RCFI) (Bonkat et al., 2025).

Tratamiento alternativo en casos de alergias a betalactámicos: derivar a consulta especializada de ITS (Ministerio de Sanidad, 2024; U.S. Centers for Disease Control and Prevention, 2021) (Declaración de buenas prácticas).

Tratamiento sintomático:

Se indica tratamiento sintomático con analgésicos o AINES (Street et al., 2011). En hombres jóvenes, considerar el tratamiento con **metilprednisolona**, 40 mg/día, reduciendo la dosis a la mitad cada segundo día (GR C) (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).

Medidas no farmacológicas:

- Antes del inicio de la antibioterapia está indicada la toma de muestras (GR C) (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018; Edwards & Handfield Jones, 2008).
- Se aconseja Iniciar tratamiento empírico antes de conocer el diagnóstico definitivo de laboratorio (Street et al., 2011).
- Si no hay mejoría a los 3 días se recomienda reevaluación del tratamiento (Street et al., 2011).
- Se recomienda cesar las relaciones sexuales hasta haber completado el tratamiento tanto el afectado como su pareja sexual (GR C) (Bonkat et al., 2025; Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018; Street et al., 2011).
- Reposo en cama (Bonkat et al., 2025; Street et al., 2011).
- Elevación de escroto con suspensorio (Bonkat et al., 2025; Street et al., 2011).
- Aplicación de frío local.

Observaciones

Medicamento de “diagnóstico hospitalario” que requiere visado.

Criterios de derivación

Sospecha absceso testicular, persistencia de síntomas tras 3 días de tratamiento o sospecha etiología micótica o tuberculosa (Bonkat et al., 2025).

Notas de seguridad

Azitromicina (macrólidos): La Agencia Americana del Medicamento (FDA) (Comunicado de Seguridad, 12 de marzo de 2013) advierte que **azitromicina** puede

ocasionar irregularidades en el ritmo cardíaco potencialmente fatales. Los macrólidos deben ser usados en precaución en pacientes con prolongación del intervalo QT, niveles sanguíneos bajos de potasio o magnesio, un ritmo cardíaco más lento de lo normal o el uso concomitante de medicamentos para el tratamiento de arritmias.

La Agencia Europea del Medicamento (EMA) (Nota 23 de mayo de 2025) alerta sobre el riesgo de favorecer el desarrollo de resistencias bacterianas asociadas al uso de azitromicina, en especial por su permanencia prolongada en el organismo tras finalizar el tratamiento y propone retirar la indicación de uso de la azitromicina para contextos en los que la evidencia no respalda su eficacia como acné vulgar, erradicación de *Helicobacter pylori* y su uso como inmunomodulador en la prevención de ataques de asma.

7. Infecciones oftálmicas producidas por *Neisseria gonorrhoeae* (enfermedad de declaración obligatoria, EDO)

7.1. Conjuntivitis gonocócica en población adulta (conjuntivitis bacteriana hiperaguda) (EDO)

Aunque las conjuntivitis que se atienden en Atención Primaria se suele tratar de un cuadro benigno y autolimitado en la mayoría de los pacientes, (American Academy of Ophthalmology, 2013) cuando el agente causal es *N. gonorrhoeae* puede producir una **conjuntivitis bacteriana hiperaguda**. Supone un cuadro grave que debe sospecharse cuando existe una infección diseminada y requiere **derivación hospitalaria**. (Workowski et al., 2021)

Clínicamente se caracteriza por un inicio súbito con abundante secreción purulenta, dolor intenso, pérdida de visión y afectación corneal. Puede evolucionar provocado queratitis o perforación. La conjuntivitis por *N. gonorrhoeae* puede aparecer en adultos sexualmente activos o neonatos (24-48 postparto). (Unemo et al., 2020; Bignell & Fitzgerald, 2011; U.S. Centers for Disease Control and Prevention, 2021)

Circunstancia modificadora: **Conjuntivitis gonocócica en población adulta (conjuntivitis bacteriana hiperaguda)**

Manejo terapéutico

Derivación para tratamiento en medio hospitalario (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018; American Academy of Ophthalmology, 2013).

En caso de necesitar iniciar el tratamiento y no poder garantizarse una atención hospitalaria rápida, administrar [**ceftriaxona**][#] im, 1 g dosis única (Workowski et al., 2021; American Academy of Ophthalmology, 2013)

Medidas Preventivas:

- No suele ser un hecho aislado.
- Considerar lavado del ojo afectado con suero salino.

- Para evitar transmisión se recomienda la abstinencia sexual 7 días tras realizar el tratamiento y, tratamiento de las parejas.
- Debe hacerse serología, despistaje de otras enfermedades de transmisión sexual como *Chlamydia*, sífilis, VIH (Workowski et al., 2021; American Academy of Ophthalmology, 2013).

Observaciones

Medicamento de “diagnóstico hospitalario” que requiere visado.

7.2. Conjuntivitis gonocócica en población pediátrica (EDO)

La **conjuntivitis aguda** es la **causa** oftalmológica **más frecuente de consulta de urgencia** en la edad pediátrica. El **inicio es abrupto y unilateral**, pasando al otro ojo a las 48 horas, y con síntomas de lagrimeo, irritación, quemazón seguido de secreción mucopurulenta, edema palpebral y eritema conjuntival. La mayoría de las conjuntivitis bacterianas son autolimitadas y se resuelven espontáneamente en 7-10 días. Sin embargo, la conjuntivitis gonocócica en la edad pediátrica se considera de los cuadros más graves de conjuntivitis. (Ministerio de Sanidad, 2024; Salmerón et al., 2023; U.S. Centers for Disease Control and Prevention, 2021; Workowski et al., 2021; European Centre for Disease Prevention and Control, 2024; British Association for Sexual Health and HIV, 2020; Fifer et al., 2020; Unemo et al., 2020; Herrero et al., 2023; Molina et al., 2024; Fabregat Bolufer et al., 2024; Cobo et al., 2019)

Circunstancia modificadora: **Conjuntivitis gonocócica en población pediátrica**

Manejo terapéutico

Derivación para tratamiento en medio hospitalario (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018; American Academy of Ophthalmology, 2013; Unemo et al., 2020).

En caso de necesitar iniciar el tratamiento y no poder garantizarse una atención hospitalaria rápida, administrar [**ceftriaxona**] im dosis única en las siguientes dosis (Ministerio de Sanidad, 2024):

- niños <45 kg: [ceftriaxona][#] im, 25-50 mg/Kg, dosis única (dosis máxima: 50 mg/kg) (GR D) (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).
- niños >45 kg: [ceftriaxona][#] im, 500 mg, dosis única (si >150 Kg, considerar 1g) (GR D) (Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).

Medidas Preventivas:

- Realizar lavados oculares cada hora hasta cesar la secreción.
- No es útil ni necesario tratamiento tópico.
- No son necesarios los cultivos de seguimiento.
- Los niños con diagnóstico de infecciones gonocócicas requieren estudio de *C. trachomatis*, sífilis y VIH.
- La causa más frecuente de infecciones gonocócicas en niños es abuso sexual. Deben tomarse, por tanto, medidas preventivas encaminadas a proteger al menor. Además, es preciso tener presente que hasta un tercio de los pacientes pueden tener enfermedad venérea concurrente por *Chlamydia* (Ministerio de Sanidad, 2024; American Academy of Ophthalmology, 2013).
- Si ocurre en el neonato, investigar a la madre por probable Infección de Transmisión Sexual (Ministerio de Sanidad, 2024; Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).

Observaciones

Medicamento de “diagnóstico hospitalario” que requiere visado.

7.3. Profilaxis y tratamiento de conjuntivitis gonocócica del neonato (*Oftalmia neonatorum*) (EDO)

La conjuntivitis del neonato se presenta en el primer mes de vida. Se puede adquirir por contaminación por microorganismos vaginales en el canal del parto o por contaminación directa. Antes de la instauración de profilaxis tópica era una enfermedad devastadora, asociada a una alta morbilidad. La profilaxis rutinaria ha reducido su incidencia drásticamente.

La etiología de las conjuntivitis se puede sospechar, en gran medida, según el momento de inicio de la sintomatología. La conjuntivitis neonatal infecciosa se presenta normalmente pasadas las primeras 48 horas del nacimiento. Otra causa

común de posible conjuntivitis en neonatos es la obstrucción congénita del conducto nasolacrimal con secreción, empezando a las 2 semanas de edad (Ministerio de Sanidad, 2024; Piñeiro et al., 2016; Workowski et al., 2021; European Centre for Disease Prevention and Control, 2024; Moore & MacDonald, 2015; Piñeiro et al., 2019).

Circunstancia modificadora: Profilaxis de conjuntivitis gonocócica del neonato (*oftalmia neonatorum*)

Manejo terapéutico

Tratamiento antibiótico:

Elección:

- **[eritromicina]** tópica: pomada oftálmica al 0,5 %, formato unidosis, dosis única (GR D) (World Health Organization, 2024; Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).
- **[hidrocloruro de tetraciclina]** tópica: pomada oftálmica 1 %, formato unidosis (GR D) (World Health Organization, 2024; Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 2018).

Se realizará la aplicación en ambos ojos inmediatamente tras el nacimiento, aunque retrasarla 50 a 120 minutos, respetando el tiempo de contacto piel con piel, favorece el vínculo madre-hijo y no se afecta a la eficacia (World Health Organization, 2024).

Medidas no farmacológicas:

- Aplicación tópica a ambos ojos inmediata tras el nacimiento.
- Se recomienda administrar la profilaxis tan pronto como sea posible tras el nacimiento, aunque retrasarla 50 a 120 minutos, respetando el tiempo de contacto piel con piel, favorece el vínculo madre-hijo y no se afecta a la eficacia.

Medidas preventivas

Debe realizarse cribado gestacional (al menos en <30 años) gonococo y *Chlamydia* para prevenir la transmisión vertical y la *oftalmia neonatorum*.

Circunstancia modificadora: Tratamiento de conjuntivitis gonocócica del neonato (*oftalmia neonatorum*)

Manejo terapéutico

- Tratamiento en ámbito hospitalario a realizar tras el parto (Workowski et al., 2021; American Academy of Ophthalmology, 2013; Unemo et al., 2020).
- Si la presentación clínica se produce al 2º- 5º día de vida: derivación hospitalaria urgente para tratamiento por oftalmología. (Jespers et al., 2019; U.S. Centers for Disease Control and Prevention, 2021; American Academy of Ophthalmology, 2013) .
- Se recomienda derivar a urgencias hospitalarias, para cursar gram, cultivo y estudios moleculares de la secreción y pautar antibiótico empírico.
- Si fuera necesario, podría tratarse ambulatoriamente, si **ceftriaxona** disponible (25-50 mg/kg, máximo 250 mg) (Ministerio de Sanidad, 2024).

Medidas no farmacológicas:

- Lavados oculares con suero fisiológico cada hora hasta desaparecer la secreción purulenta.
- No es útil ni necesario tratamiento tópico.
- Investigar a la madre por posible Infección de Transmisión Sexual.

Medidas preventivas

Debe realizarse cribado gestacional (al menos en <30 años) gonococo y *Chlamydia* para prevenir la transmisión vertical y la *oftalmia neonatorum*.

8. Bibliografía

American Academy of Ophthalmology. Conjunctivitis Preferred Practice Pattern® [Internet]. San Francisco, CA: AAO; 2013 [citado marzo 2026]. URL: <https://www.aao.org/Assets/76c4baa7-869e-42ad-9ffc-215781185a7b/638434228319430000/conjunctivitis-ppp-pdf>

Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine. Australian STI management guidelines for use in Primary Care [Internet]. Sydney:ASHM; 2024 [citado marzo 2026]. URL: <https://sti.guidelines.org.au/sexually-transmissible-infections/gonorrhoea/>

Bignell C, Fitzgerald M; Guideline Development Group; British Association for Sexual Health and HIV UK. UK national guideline for the management of gonorrhoea in adults, 2011. Int J STD AIDS. 2011;22(10):541-7. doi: <https://doi.org/10.1258/ijsa.2011.011267>

Bonkat G, Kranz J, Cai T, Geerlings SE, Köves B, Pilatz A, et al. EAU Guidelines on Urological Infections [Internet]. Arnhem: EAU; 2025 [citado agosto 2025]. URL: <https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Urological-Infections-2026.pdf>

British Association for Sexual Health and HIV. Gonorrhoea 2018 [Internet]. London: British Association for Sexual Health and HIV Clinical Effectiveness Group (BASHH); 2020 [citado marzo 2026]. URL: https://www.bashh.org/resources/14/gonorrhoea_2018

Cobo F, Cabezas-Fernández MT, Avivar C. Typing and antimicrobial susceptibility of 134 *Neisseria gonorrhoeae* strains from Southern Spain. Rev Esp Quimioter. 2019;32(2):114-120.

Edwards S, Handfield Jones S; Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV. 2008 UK National Guideline on the Management of Balanoposthitis [Internet]. London: British Association for Sexual Health and HIV Clinical Effectiveness Group (BASHH); 2008 [citado diciembre 2024]. URL: https://www.bashh.org/_userfiles/pages/files/resources/balano_posthitis_2008.pdf

European Centre for Disease Prevention and Control. Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in the European Union/European Economic Area, 2022

[Internet]. Stockholm: ECDC; 2024 [citado marzo 2026]. doi: <https://doi.org/10.2900/631495>

Fabregat Bolufer AB, Bueno Ferrando F, Navarro Ortega D, Colomina Rodríguez J. Antibiotic susceptibility and genotypic characterization of *Neisseria gonorrhoeae* isolates in the Comunidad Valenciana (Spain): GONOVig project. *Enferm Infecc Microbiol Clin* (Engl Ed). 2024;42(2):69-73. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eimce.2022.08.009>

Fernández Urrusuno R (coord), et al. Grupo de Trabajo de la Guía. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe. 3a edición. Sevilla: Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte y Hospital San Juan de Dios del Aljarafe; 2018 [citado diciembre 2025]. URL: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_578_Antimicrobianos_Aljarafe_2018.pdf

Fifer H, Saunders J, Soni S, Sadiq ST, FitzGerald M. 2018 UK national guideline for the management of infection with *Neisseria gonorrhoeae*. *Int J STD AIDS*. 2020;31(1):4-15. doi: <https://doi.org/10.1177/0956462419886775>

Government of Canada. Gonorrhea guide: Treatment and follow-up [Internet]. Canada.ca; 2026 [citado marzo 2026]. URL: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/sexual-health-sexually-transmitted-infections/canadian-guidelines/gonorrhea/treatment-follow-up.html>

Herrero M, Broner S, Cruells A, Esteve S, Ferré L, Mendioroz J; working group at MRSC. Epidemiology and antimicrobial resistance profile of *Neisseria gonorrhoeae* in Catalonia, Spain, 2016-2019. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2023;42(7):883-93. doi: <https://doi.org/10.1007/s10096-023-04601-0>

Jespers V, Stordeur S, Desomer A, Carville S, Jones C, Lewis S, et al. Diagnosis and management of gonorrhoea and syphilis – Short report. *Good Clinical Practice (GCP)*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019. KCE Reports 310C. D/2019/10.273/20. [citado diciembre 2024]. URL: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_310C_Diagnosis_management_Gonorrhoea_and_Syphilis_Synthesis.pdf

Ministerio de Sanidad. Documento de Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes [Internet].

Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citado diciembre 2024]. URL: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Documento_de_Consenso_sobre_diagnostico_y_tratamiento_de_las_infecciones_de_transmision_sexual_en_adultos_ninos_y_adolescentes_Noviembre_2024.pdf

Molina JM, Bercot B, Assoumou L, Rubenstein E, Algarte-Genin M, Pialoux G, et al. ANRS 174 DOXYVAC Study Group. Doxycycline prophylaxis and meningococcal group B vaccine to prevent bacterial sexually transmitted infections in France (ANRS 174 DOXYVAC): a multicentre, open-label, randomised trial with a 2 × 2 factorial design. *Lancet Infect Dis.* 2024;24(10):1093-1104. doi: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00236-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00236-6)

Monif GR. Clinical staging of acute bacterial salpingitis and its therapeutic ramifications. *Am J Obstet Gynecol.* 1982;143(5):489-95. doi: [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(82\)90535-x](https://doi.org/10.1016/0002-9378(82)90535-x)

Moore DL, MacDonald NE; Canadian Paediatric Society, Infectious Diseases and Immunization Committee. Preventing ophthalmia neonatorum. *Paediatr Child Health.* 2015;20(2):93-6

Nwokolo NC, Dragovic B, Patel S, Tong CY, Barker G, Radcliffe K. 2015 UK national guideline for the management of infection with *Chlamydia trachomatis*. *Int J STD AIDS.* 2016;27(4):251-67. doi: <https://doi.org/10.1177/0956462415615443>

Piñeiro L, Lekuona A, Cilla G, Lasa I, Martínez-Gallardo LP, Korta J, et al. Prevalence of *Chlamydia trachomatis* infection in parturient women in Gipuzkoa, Northern Spain. *Springerplus.* 2016 May;5:566. doi: <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2268-4>

Piñeiro L, Korta-Murua J, López-Cuesta S, Lasa I, Cilla G. ¿Es la transmisión vertical de *Chlamydia trachomatis* un problema poco reconocido en España? [Is the vertical transmission of *Chlamydia trachomatis* a little known problem in Spain?]. *An Pediatr (Engl Ed).* 2019;90(6):395-97. Spanish. doi: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.05.015>

Ross JD, McCarthy G. UK National Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease 2011 (updated 2011). London: British Association for Sexual Health and HIV Clinical Effectiveness Group (BASHH); 2011 [citado diciembre 2024]. URL: http://www.dickyricky.com/Medicine/Guidelines/RCOG%20-%20Royal%20College%20of%20Obstetrics%20and%20Gynaecology/2011_06%20BASHH

[H%20UK%20National%20Guideline%20for%20the%20Management%20of%20Pelvic%20Inflammatory%20Disease.pdf](#)

Salmerón P, Viñado B, Arando M, Alcoceba E, Romero B, Menéndez B, et al. *Neisseria gonorrhoeae* antimicrobial resistance in Spain: a prospective multicentre study. J Antimicrob Chemother. 2021;76(6):1523-31. doi: <https://doi.org/10.1093/jac/dkab037>

Salmerón P, Buckley C, Arando M, Alcoceba E, Romero B, Clavo P, et al. Genome-based epidemiology and antimicrobial resistance of *Neisseria gonorrhoeae* in Spain: A prospective multicentre study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2023;37(12):2575-82. doi: <https://doi.org/10.1111/jdv.19458>

Sistema de Información Microbiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Informe anual del Sistema de Información Microbiológica 2016 [Internet]. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2017 [citado diciembre 2025]. URL: <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/sim-202016-pdf-2>

Street E, Joyce A, Wilson J; Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV. BASHH UK guideline for the management of epididymo-orchitis, 2010. Int J STD AIDS. 2011;22(7):361-5. doi: <https://doi.org/10.1258/ijsa.2011.011023>

Unemo M, Ross J, Serwin AB, Gomberg M, Cusini M, Jensen JS. 2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. Int J STD AIDS. 2020;956462420949126. doi: <https://doi.org/10.1177/0956462420949126>

U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines 2021. Gonococcal infections [Internet]. Atlanta: CDC's Division of STD Prevention; 2021 [citado diciembre 2024]. URL: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/gonorrhea.htm#print>

U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections (STIs)[Internet]. Atlanta: CDC; 2024 [citado diciembre 2024]. URL: <https://www.cdc.gov/sti/index.html>

Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187. doi: <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1>

World Health Organization. Updated recommendations for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* and *Treponema pallidum* (syphilis), and new recommendations on syphilis testing and partner services. Geneva: WHO; 2024 [citado diciembre 2024]. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3cb57ec4-fc62-435c-a295-5cbaa5bd0676/content>

9. Autores

Coordinadores de capítulo

José Medina Polo. Urólogo. Servicio de Urología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. Asociación Española de Urología (AEU)

Rocío Fernández Urrusuno. Coordinadora Científica de la Guía Terapéutica Antimicrobiana del SNS. Farmacéutica de Atención Primaria. Distrito Sanitario Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.

Autores capítulo (por orden alfabético del primer apellido)

Estibaliz Alonso Saratxaga. FEA Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Ignacio, Bilbao, OSI Bilbao-Basurto ESI. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC).

Maider Arando Lasagabaster. FEA Medicina Interna. Unidad de ITS Drassanes-Vall d'Hebron, Hospital Vall d'Hebron. Grupo de Estudio en ITS (GEITS) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC).

Anna Gamell Fullá. FEA Pediatría y sus Áreas Específicas. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. Grupo de Trabajo de VIH e ITS de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP).

Javier Gómez Castellá. Jefe de Salud Pública. Unidad de Apoyo de la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad.

Helena Millán Cantero. FEA en Obstetricia y Ginecología. HUV VALME, Sevilla. Sociedad Española en Obstetricia y Ginecología (SEGO).

Luis Piñeiro Vázquez. FEA Microbiología. Hospital Universitario Donostia, San Sebastián. Grupo de Estudio en ITS (GEITS) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC).

Carmen Sánchez Peinador. FEA Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cantalejo, Segovia. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

Amelia Troncoso Mariño. Farmacéutica de Atención Primaria. GAPIC Barcelona ciudad. Institut Català de la Salut. Sociedad Española Farmacéuticos Atención Primaria.

Revisores externos (por orden alfabético del primer apellido)

Irantzu Huarte Labiano. FEA en Medicina Familiar y Comunitaria. FEA en Medicina de Urgencias y Emergencias. Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de Navarra, Pamplona. Grupo nacional de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC).

Rafael Jiménez Ales. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud José Gallego Arroba. Puente Genil, Córdoba. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).