

URETRITIS

Enfermedades del aparato genito-urinario

INTRODUCCIÓN

Un 40-50% de los casos de uretritis tienen una etiología mixta *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia* por lo que se recomienda que el tratamiento empírico cubra ambos patógenos. Un 20% de los casos de uretritis quedan sin una etiología clara pudiendo estar relacionados con *Trichomonas* o *U. urealyticum*.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
URETRITIS	Ceftriaxona  500 mg im, DU + Azitromicina  1 g vo, DU	Si está contraindicada o no es posible la inyección intramuscular: Cefixima  400 mg vo, DU + Azitromicina  2 g vo, DU
SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Fracaso del tratamiento empírico	Ceftriaxona  1 g im, DU + Azitromicina  2 g vo, DU	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Las personas con uretritis que estén en tratamiento deben abstenerse de tener relaciones sexuales o usar preservativos durante éstas.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tratamiento debe iniciarse tras el diagnóstico de sospecha, y después de la recogida de muestras adecuadas, si es posible. Deben tratarse los compañeros sexuales del último mes aunque estén asintomáticos y evitar el coito sin preservativo hasta que todos hayan sido tratados. Descartar otras infecciones de transmisión sexual.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El objetivo de la terapia es la mejora de los síntomas, la prevención de la diseminación de la infección y eliminar su causa.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La simple presencia de síntomas, sin signos clínicos o hallazgos de laboratorio de inflamación uretral, no es base suficiente para re-tratamiento. En caso de procesos recurrentes, deberemos indagar sobre:

- Incumplimiento terapéutico: repetir el tratamiento en caso de que no se haya realizado correctamente.
- Tratamiento de la pareja sexual, en caso de que no se haya hecho.
- Re-exposición con una pareja sexual no tratada o con una nueva. La causa más frecuente de reaparición de los síntomas tras un tratamiento correcto es la reinfección, más que el fallo terapéutico.
- En pacientes con síntomas persistentes, sospecharemos de infección por otros patógenos, o una causa no infecciosa (alérgica, autoinmune).
- Si el paciente ha seguido el tratamiento prescrito inicialmente y se puede descartar una re-exposición, sospecharemos causas infrecuentes de uretritis.

SEGUIMIENTO

No es necesario el seguimiento sistemático de los pacientes correctamente tratados con una pauta para gonococo y *Chlamydia* cuyos síntomas hayan desaparecido y no hayan vuelto a tener relación con un contacto no tratado.

PRECAUCIONES

En el embarazo no se pueden utilizar quinolonas ni doxiciclina, por lo que el tratamiento recomendado es una cefalosporina (ceftriaxona o cefixima) y un macrólido (eritromicina o azitromicina).

DERIVACIÓN

Valorar la consulta con especialista (Urología-Microbiología) en caso de recidiva o mala respuesta al tratamiento.

OTROS

Ceftriaxona mantiene un grado similar de sensibilidad que cefixima para *N. gonorrhoeae*, pero es de diagnóstico hospitalario y requiere visado por inspección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de expertos del grupo de estudio de SIDA de La SEIMC (GESIDA), Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPSN), Grupo de estudio de ITS de la SEIMC (GEITS), Grupo español para la investigación de las enfermedades de transmisión sexual de la Academia Española de Dermatología y Venerología y de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes; 2017. Mar 87 p
2. Grupo PROA-C de INFECCIONES. Hospital Universitario de Burgos. Tratamiento de la uretritis, Nov. 2017