

## RECOMENDACIONES GENERALES PARA TENER EN CUENTA EN EL MANEJO DE SÍNDROMES ESPECÍFICOS

<i>Recomendación fuerte a favor</i>	Se utilizará una sola dosis para tratar la (el) paciente, la cual será administrada en el centro de atención donde acude, el mismo día de la consulta, para asegurar que el o la paciente reciben el tratamiento indicado de manera oportuna. Cuando esté indicado se enviará el tratamiento a la pareja.
<i>Recomendación débil a favor</i>	Se sugiere la implementación de consultas de salud sexual en ambientes idóneos en donde se realicen asesorías similares a las pre y postest de VIH pero aplicadas a las ITS ya mencionadas. No obstante, el diagnóstico y tratamiento se deben iniciar al primer contacto con el caso índice.
<i>Recomendación fuerte a favor</i>	En pacientes con ITS se dará el tratamiento expedito a los contactos sexuales de los últimos 60 días y este se acompañará de una consulta a estos contactos.
<i>Recomendación débil a favor</i>	Se sugiere que el tratamiento expedito se acompañe de un folleto informativo sobre la ITS.

**Dosis única.** Esta es una recomendación de los expertos nacionales basada en la evidencia que soporta el uso de la azitromicina y la ceftriaxona para los gérmenes que principalmente causan la cervicitis; el tinidazol y el fluconazol para aquellos que causan el flujo vaginal, y la penicilina benzatínica para la sífilis en el síndrome de úlcera genital, evidencia que se presenta en el manejo de cada uno de los síndromes específicos (Nivel de evidencia: muy bajo).

**Tratamiento a los contactos sexuales.** Una revisión sistemática referente a la efectividad de cuatro diferentes estrategias de notificación a las parejas de pacientes con ITS/ITG, con puntaje AM-

STAR 10/11, incluyó 26 ECA con un total de 17.578 participantes. Las estrategias evaluadas fueron: a) la notificación simple por el (la) paciente al compañero (a) que necesita tratamiento. Si el anterior método va acompañado de folletos o kits de diagnóstico se denomina referencia por el paciente mejorada; b) tratamiento expedito, en el cual se envía el tratamiento al compañero con el paciente que consulta, sin necesidad de que el médico examine al compañero; c) referencia por el proveedor, en la cual la información sobre la necesidad de tratamiento es dada por el personal de salud, y d) referencia por contrato, en la cual el paciente es el encargado de comunicar al paciente la necesidad tratamiento, pero si no hay respuesta en un tiempo dado el proveedor busca al paciente.

En cuanto al número de compañeros tratados por paciente índice, el tratamiento expedito es mejor que la referencia simple en pacientes con cualquier síndrome causado por ITS (diferencia de medias = 0,5; IC 95%: 0,34-0,67). No hubo evidencia confiable sobre el beneficio de la referencia por el proveedor o el método de referencia de contrato con el paciente. No hubo evidencia de incremento de eventos adversos. Hubo riesgo de sesgos de selección por problemas en la asignación aleatoria y alto riesgo de sesgos de desempeño de los ECA incluidos por ausencia de enmascaramiento y pérdidas mayores al 20% en 7 estudios (46) (Nivel de evidencia moderado).

La recomendación sobre la consulta de salud sexual fue consensuada por los expertos (Nivel de evidencia: muy bajo).

## SÍNDROME DE INFECCIÓN CERVICAL (CERVICITIS)

### 5. ¿Cuáles son los agentes etiológicos asociados al síndrome de infección cervical?

El manejo de la infección cervical se basa en el diagnóstico y tratamiento de los principales agentes etiológicos que son *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* (4).

## 6. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de las ITS/ITG caracterizadas por síndrome de infección cervical?

De acuerdo con la “Guía canadiense para el manejo de las ITS”, los signos y síntomas de la infección cervical son: flujo mucopurulento cervical, friabilidad cervical, cérvix en fresa y flujo vaginal (9). Otros signos y síntomas asociados son: dispareunia y disuria (47). El manejo sintomático de la infección cervical ha sido controvertido debido a que la infección por CT es asintomática en el 70% de las mujeres en edad reproductiva (48), los signos y síntomas de esta patología no cuentan con las características operativas deseadas llevando a un alto número de falsos negativos. Se ha encontrado que la sensibilidad del manejo sintomático para el diagnóstico de infección cervical es de 13,3%. Además, el flujo vaginal reportado por la paciente y encontrado en el examen clínico es el signo más sensible para el diagnóstico sintomático con un 49,7 y 78,3% de sensibilidad y especificidad respectivamente (49).

### Recomendación fuerte a favor

En pacientes con al menos uno de los comportamientos sexuales de riesgo, tales como: uso irregular de condón, relaciones sexuales casuales, múltiples compañeros sexuales en los últimos seis meses, sexo anal, relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas alucinógenas, se recomienda realizar una prueba rápida para *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae*. Esta prueba rápida se realizará en el sitio y en el mismo momento de la atención. Un resultado positivo es indicación de tratamiento para el síndrome de cervicitis.

Se ha reportado que la sensibilidad de las pruebas rápidas aplicadas en el sitio de cuidado para *C. trachomatis* varía entre el 17 y el 49%, y la especificidad de estas pruebas varía entre el 90 y 100% (50-53). Sin embargo, un estudio costo-exactitud hecho en Colombia mostró que el uso de pruebas rápidas para NG y CT son la estrategia más costo-efectiva para el

manejo de la cervicitis en relación con el diagnóstico sintomático (54) (Nivel de evidencia: bajo).

## 7. ¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro del síndrome de infección cervical?

Recomendación fuerte a favor	Para el manejo sintomático de la paciente con infección cervical se utilizará azitromicina 1 g vía oral, dosis única, más ceftriaxona 500 mg IM, dosis única.
Recomendación fuerte a favor	Para el tratamiento de pacientes con sospecha o infección cervical confirmada por <i>Chlamydia trachomatis</i> se utilizará como primera opción azitromicina 1 g vía oral, dosis única. En caso de no disponer de azitromicina o haber contraindicaciones* para su uso se utilizará como segunda opción doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días. * Contraindicaciones: hipersensibilidad conocida a azitromicina, eritromicina u otro antibiótico macrólido; en pacientes con daño hepático previo por otras causas y los asociados con uso de azitromicina.
Recomendación fuerte en contra	Para el tratamiento de pacientes con sospecha de infección cervical por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> se utilizará como primera opción ceftriaxona 500 mg IM, dosis única. En casos de no disponer de ceftriaxona o haber contraindicaciones* para su uso se utilizará como segunda opción cefixime 400 mg vía oral, dosis única. Por otro lado, en casos de posible sensibilidad cruzada a las penicilinas, como tercera opción de tratamiento se recomienda espectinomomicina 2 g IM, dosis única. * Contraindicaciones: hipersensibilidad a las ceftriaxona y neonatos con hiperbilirrubinemia, además debe usarse con precaución en pacientes con historia de hipersensibilidad a las penicilinas.
Recomendación fuerte en contra	No se recomienda el uso de ciprofloxacina 500 mg, vía oral, dosis única en el manejo de pacientes con sospecha de infección por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> debido a los reportes de resistencia bacteriana.

**Tratamiento de pacientes con infecciones por CT.** Un metaanálisis (55) comparó dos tratamientos (azitromicina 1 g, dosis única, frente a doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días) para el manejo de la descarga uretral o cervicitis causadas por *Chlamydia trachomatis* (CT). Incluyó 12 ensayos clínicos aleatorizados, con un total de 1543 pacientes. Puntaje AMSTAR 7/11. Fue calificada como de muy baja calidad debido al rigor de las búsquedas de información y las comparaciones indirectas realizadas en la población. Además, los autores declaran que la calidad de los estudios incluidos es dudosa debido a pequeños tamaños de muestra y falta de cegamiento en más de la mitad de los estudios incluidos además de las pérdidas al seguimiento que fueron superiores al 20%. El desenlace fue cura microbiológica o cultivo negativo para CT en un rango de seguimiento de 2 a 5 semanas postratamiento. Se encontró que el porcentaje de pacientes con diagnóstico etiológico de infección genital por CT tratados con azitromicina en los cuales se identifica cura microbiológica al cabo de un seguimiento de 3,7 semanas en promedio no difieren significativamente del porcentaje de pacientes que llegaron al mismo desenlace y que fueron tratados con doxiciclina. El porcentaje de cura microbiológica fue de 96,5 y 97,9% respectivamente, diferencia de proporciones 0,0014 (IC 95%: -0,007-0,022).

No se encontraron diferencias en la presencia de EA en los pacientes con infección genital por CT tratados con azitromicina (25%) en comparación con pacientes que reciben un tratamiento con doxiciclina (22,9%) ( $p = 0,533$ ). Posterior a la publicación de esta RS se han publicado 3 ensayos clínicos aleatorizados. El primero de ellos fue realizado por Sendag *et al.* (56), estudio que presenta alto riesgo de sesgos e imprecisión. En este estudio se incluyeron 131 mujeres con diagnóstico de cervicitis, 42 de ellas tuvieron cultivo positivo para alguno de los patógenos analizados (*Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*), de estas mujeres el 71,4% de las tratadas con azitromicina

y 77,3% de las tratadas con doxiciclina tuvieron cultivos negativos a las 2 semanas de seguimiento, estas diferencias son reportadas como no estadísticamente significativas. Respecto a los resultados de manejo sintomático, 42,9% de las mujeres del grupo azitromicina con cultivo positivo ( $n = 21$ ) y 54,5% de las mujeres del grupo doxiciclina con cultivo positivo ( $n = 23$ ) se encontraban libres de signos clínicos de cervicitis a las 2 semanas de seguimiento. Otro ECA publicado (57) tenía por objeto comparar el efecto terapéutico del tratamiento con azitromicina 1 g dosis única (DU) frente a doxiciclina 100 mg c/12 horas por 7 días en mujeres que acudieron por diferentes síntomas —que los autores no aclaran—, y que fueron positivas para CT, *Ureaplasma urealyticum* (UU) o *Mycoplasma hominis* (MH) según ensayos inmunoenzimáticos. De las 533 mujeres inicialmente estudiadas, solo 81 fueron positivas para algún patógeno de los mencionados. Hay alto riesgo de sesgos. Reportan tasas de erradicación del 87,3 y 93,5% en los grupos de azitromicina y doxiciclina respectivamente. El último ECA publicado por Rustomjee *et al.* (58) evaluó la efectividad del tratamiento con azitromicina ( $n = 45$ ) frente al tratamiento con doxiciclina más ciprofloxacina ( $n = 37$ ) para el manejo de la cervicitis causada por CT o NG en 82 mujeres diagnosticadas por examen clínico, inmunoensayo y gram de flujo endocervical. De las mujeres estudiadas, 26 estaban infectadas por CT, 19 tenían infección por CT y NG y 37 estaban infectadas por NG.

El análisis de los grupos se realizó según el agente etiológico aislado, de tal forma que reportan la curación microbiológica según la bacteria y no de acuerdo con los grupos asignados. El porcentaje de cura microbiológica en los grupos de infección por CT, CT + NG y NG para azitromicina fueron de 100, 90 y 100% respectivamente; para las mismas infecciones en el grupo de doxiciclina más ciprofloxacina fueron de 100% en los tres grupos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a incidencia de eventos adversos (Nivel de evidencia: muy bajo).

**Tratamiento de pacientes con infección cervical por NG.** En el ECA de Rehman *et al.* (59) se evaluó la cura microbiológica de pacientes de los dos sexos con signos y síntomas de uretritis o cervicitis, con diagnóstico etiológico positivo para NG. En total se estudiaron 300 pacientes de 14 a 55 años de edad, 229 mujeres y 71 hombres. Fueron asignados a uno de tres grupos de tratamiento: ciprofloxacina 500 mg, dosis única, ceftriaxona 500 mg IV, dosis única, o espectinomicina 2 g IM, dosis única. La cura fue determinada por ausencia de síntomas y tinción de gram más microscopía de fluido prostático o secreción vaginal. El porcentaje de eficacia clínica reportado fue de 90% en el grupo ceftriaxona, 94% en el grupo espectinomicina y 80% en el grupo de ciprofloxacina. Hubo alto riesgo de sesgos y evidencia indirecta. Los autores solo describieron proporciones, no calcularon medidas de asociación (Nivel de evidencia: muy bajo).

La “Guía de práctica clínica” de la CDC del 2010 (4) anota que la ceftriaxona y cefixime son altamente efectivas para el tratamiento de la uretritis y cervicitis causada por NG y constituyen la primera opción de tratamiento. Además, señalan que si bien la espectinomicina es efectiva y una opción de tratamiento útil en personas que no toleran las cefalosporinas, es un medicamento costoso, inyectable y que no está disponible en Estados Unidos por lo tanto no la incluyen en las recomendaciones. Sin embargo otras guías, como la Canadiense del 2008, recomiendan el tratamiento con espectinomicina como medicamento alternativo al uso de las cefalosporinas. Esta misma Guía no recomienda el uso de ciprofloxacina para el manejo de infecciones por NG debido a que este antibiótico se considera un inductor de resistencia (9). Esta dos guías están en contra del uso de ciprofloxacina para la infección por NG por las altas tasas de resistencia bacteriana (Nivel de evidencia: muy bajo).

## 8. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan en el síndrome de infección cervical?

El ascenso de la infección del cérvix al tracto genital superior hace se generen complicaciones como enfermedad pélvica inflamatoria, la cual a su vez puede causar infertilidad tubárica, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico como secuelas de la infección no tratada (60). Los agentes etiológicos involucrados en el desarrollo de cervicitis uterina también se encuentran en la enfermedad pélvica inflamatoria (*C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*) (61). En estudios que incluyeron seguimiento a largo plazo de la infección tratada por *C. trachomatis* se encontró una cohorte prospectiva en la que 443 mujeres con signos y síntomas de enfermedad pélvica inflamatoria moderada a severa fueron seguidas en un promedio de 84 meses, se demostró que estas mujeres tienen un riesgo cercano al 20% de desarrollar enfermedad pélvica inflamatoria dentro de los siguientes 3 años (HR = 2,48; IC 95%: 1,00-6,27). Este riesgo es acumulativo en relación con el número de infecciones por *C. trachomatis* (62). Sin embargo, aún no ha sido posible determinar si las secuelas se deben a mecanismos biopatológicos propios de la infección o si es atribuible a las limitaciones en el diagnóstico (60).

## 9. ¿Cuál es seguimiento indicado para las pacientes con síndrome de infección cervical?

Recomendación débil a favor	Se sugiere realizar un control clínico a las dos semanas de inicio del tratamiento a los (las) pacientes con cervicitis.
-----------------------------	--

Esta recomendación surgió del consenso de expertos (Nivel de evidencia: muy bajo).

## 10. ¿Cuál es la efectividad y seguridad del tratamiento para la pareja de la paciente con síndrome de infección cervical?

<i>Recomendación fuerte a favor</i>	Se administrará al compañero o compañera de los pacientes con sospecha infección cervical el tratamiento compuesto por azitromicina 1 g vía oral, dosis única, más cefexime 400 mg vía oral, dosis única.
<i>Recomendación débil a favor</i>	El tratamiento de la pareja será enviado con la paciente como primera opción o administrado en el lugar de consulta de acuerdo con lo que se considere más adecuado para el caso en particular que se manejó.
<i>Recomendación fuerte a favor</i>	En pacientes con cervicitis se recomienda el tratamiento expedito de los contactos sexuales de los últimos 60 días y que se acompañe de una consulta a estos contactos.
<i>Recomendación débil a favor</i>	Se sugiere que el tratamiento expedito se acompañe de un folleto informativo sobre la ITS.

**Tratamiento del compañero de la paciente con CT.** La revisión sistemática de Ferreira *et al.*, antes mencionada, sobre las estrategias de notificación al compañero mostró en pacientes con uretritis o cervicitis que la terapia expedita es mejor que la referencia con el paciente en términos de menor tasa de reinfección (6 ECA; RR = 0,71; IC 95%: 0,56-0,89; I2 = 39%). Cuando el análisis se restringe a CT no se encuentra beneficio (2 ECA; RR = 0,90; IC 95%: 0,60-1,35; I2 = 22%). En cuanto al número de compañeros tratados por paciente índice, el tratamiento expedito es mejor que la referencia simple en pacientes con infecciones por *Chlamydia* o *N. gonorrhoeae* (diferencia de medias = 0,43; IC 95%: 0,28-0,58). Sin embargo, la terapia expedita no fue superior a la referencia simple mejorada con folletos en prevenir la reinfección (3 ECA; RR = 0,96; IC 95%: 0,60-1,53; I2 = 33%) (Nivel de evidencia: moderado) (46).

La GPC del CDC de 2010 (4) recomienda que si el paciente tiene infección por NG debe ser tratado también para CT. Lo anterior debe ir acompañado de educación en salud sexual y reproductiva. En este documento se señala que si el paciente está sintomático y no han pasado más de 60 días luego de su última relación sexual, su pareja debe recibir tratamiento. Además, si son tratados se les debe decir a los pacientes que no pueden tener contactos sexuales hasta que el tratamiento haya terminado y los síntomas hayan desaparecido (Nivel de evidencia: muy bajo).

## 11. ¿Cuál es el tratamiento más efectivo y seguro para la paciente embarazada o en lactancia con síndrome de infección cervical?

<i>Recomendación fuerte a favor</i>	Para el manejo sindrómico de pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de síndrome de infección cervical se utilizará azitromicina 1 g vía oral, dosis única, más cefixime 400 mg vía oral, dosis única.
<i>Recomendación fuerte a favor</i>	Para el tratamiento de pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de síndrome de infección cervical por <i>Chlamydia trachomatis</i> se utilizará como primera opción azitromicina 1 g vía oral dosis única. En casos de no disponer de azitromicina o haber contraindicaciones* para su uso se utilizará como segunda opción de tratamiento amoxicilina 500 mg cada 8 horas vía oral por 7 días. * Contraindicaciones: hipersensibilidad conocida a la azitromicina, eritromicina u otro antibiótico macrólido; en pacientes con daño hepático previo por otras causas y los asociados con uso de azitromicina.
<i>Recomendación fuerte a favor</i>	Para el tratamiento de pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de síndrome de infección cervical por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> se utilizará como primera opción cefixime 400 mg

Recomendación  
fuerte a favor

vía oral, dosis única. En casos de no disponer de Cefixime o haber contraindicaciones para su uso se utilizará como segunda opción ceftriaxona 125 mg intramuscular, dosis única. En caso de sospecha de alergia a penicilinas se recomienda como tercera opción espectinomycinina 2 g intramuscular dosis única.

**Manejo de pacientes embarazadas o en lactancia con infección cervical (sospecha o confirmada) por CT.** La revisión sistemática de Brocklehurst (63) incluyó 11 ECA, con un total de 1449 mujeres. Puntaje AMSTAR 10/11. En el estudio se evaluaron ECA que comparaban placebo o no tratamiento con esquemas antibióticos en mujeres gestantes con infección por CT. Los estudios evaluaron la cura microbiológica y solo uno de ellos los eventos adversos del neonato. Se encontró que el tratamiento produce menos fallas microbiológicas comparado con placebo o no tratamiento (OR = 0,06 IC 95%: 0,03-0,12). En cuanto a incidencia de parto pretérmino no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (OR = 0,89 IC 95%: 0,51-1,56). Se evaluaron los eventos adversos que eran suficientes para suspender el tratamiento, los más frecuentes fueron los gastrointestinales (OR = 4,83 IC 95%: 0,60-38,67). Clindamicina y azitromicina parecen ser efectivos aunque los tamaños de muestra de los estudios son pequeños. La amoxicilina parece ser igual de efectiva a la eritromicina en cuanto a cura microbiológica (OR = 0,54 IC 95%: 0,28-1,02). La clindamicina (600 mg tres veces al día por 10 días) parece ser igual de efectiva a la eritromicina en cuanto a cura microbiológica (OR = 0,40 IC 95%: 0,13-1,18). La azitromicina 1 g, dosis única, parece ser más efectiva comparada con la eritromicina en cuanto a cura microbiológica (OR = 0,38 IC 95%: 0,19-0,74). La estimación del efecto presenta riesgo de sesgos, evaluación indirecta e imprecisión en los estudios incluidos (Nivel de evidencia: bajo).

**Manejo de pacientes embarazadas o en lactancia con infección cervical (sospecha o confirmada) por NG.** La revisión sistemática de Brocklehurst (64), que incluyó 2 ECA, con una población total de 346 pacientes y un puntaje AMSTAR 9/11, evaluó los efectos de varios esquemas de tratamiento para la infección genital por NG en pacientes gestantes con respecto a la morbilidad materna y neonatal. Las fallas en la cura microbiológica fueron similares en todos los esquemas de tratamiento: amoxicilina más probenecid comparados con espectinomycinina (OR = 2,29; IC 95%: 0,74-7,08), ceftriaxona comparado con cefixime (OR = 1,22; IC 95%: 0,16-9,01) y amoxicilina más probenecid comparado con ceftriaxona (OR = 2,29; IC 95%: 0,74-7,08). El autor señala que los tamaños de muestra son insuficientes por lo tanto es posible que esto haya dificultado la detección de diferencias en la efectividad de los tratamientos aunque asegura que la revisión confirma la posibilidad de utilizar ceftriaxona o cefixime en mujeres alérgicas a la penicilina, con una efectividad similar en cuanto a cura microbiológica. De los dos estudios incluidos en la revisión, solo uno (65) reportó un caso de suspensión del tratamiento por eventos adversos asociados al medicamento. La evaluación de la confianza en la estimación fue afectada por el riesgo de sesgos y alta imprecisión (Nivel de evidencia: muy bajo).

La GPC del CDC de 2010 (4) señala que a todas las mujeres gestantes que procedan de un área con alta prevalencia de infección por NG se les debe realizar tamización de rutina para esta bacteria en la primera consulta prenatal; igualmente, mujeres menores de 25 años con factores de riesgo para infección por NG deberían ser evaluadas nuevamente durante el tercer trimestre. Recomiendan tratamiento dual para NG y CT teniendo en cuenta la coinfección en la mayoría de los casos. Este mismo documento recomienda la administración de ceftriaxona 250 mg intramuscular, dosis única, o cefixime 400 mg vía oral, dosis única u otra cefalos-

porina en dosis única, acompañado de tratamiento con azitromicina 1 g vía oral, dosis única para la infección por CT (Nivel de evidencia: muy bajo).

### 12. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan en la mujer embarazada con síndrome de infección cervical?

Las complicaciones de la infección por *C. trachomatis* durante la gestación se relacionan con la transmisión vertical de los patógenos durante el momento del parto. Si ocurre la infección intraparto, el neonato puede desarrollar desde un cuadro ocular (conjuntivitis por *C. trachomatis*) hasta neumonía. Hammerschlag, en una revisión narrativa refiere que la tamización prenatal y el tratamiento antenatal de la infección han demostrado ser efectivos para la prevención de la oftalmia gonocócica y por *C. trachomatis* en el periodo neonatal (66) (Nivel de evidencia: muy bajo).

### 13. ¿Cuál es el manejo de infección cervical persistente o recurrente?

<p><i>Recomendación fuerte a favor</i></p>	<p>Para el manejo sintomático de pacientes con sospecha de infección cervical persistente o recurrente se utilizará Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días más ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis única.</p>
<p><i>Recomendación fuerte a favor</i></p>	<p>Para el tratamiento de pacientes con sospecha o confirmación del síndrome de infección cervical persistente o recurrente producido por <i>Chlamydia trachomatis</i> se utilizará doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días.</p>
<p><i>Recomendación fuerte a favor</i></p>	<p>Para el tratamiento de pacientes con sospecha o confirmación del síndrome de infección cervical persistente o recurrente producido por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> como primera opción se utilizará ceftriaxona 500 mg IM, dosis única. En casos de no disponer de ceftriaxona o haber contraindicaciones*, o en casos de sensibilidad cruzada a</p>

<p><i>Recomendación fuerte a favor</i></p>	<p>penicilinas para su uso, se utilizará como segunda opción de tratamiento espectinomocina, 2 g intramuscular, dosis única (28). * Contraindicaciones: hipersensibilidad a las cefalosporinas y neonatos con hiperbilirrubinemia, además debe usarse con precaución en pacientes con historia de hipersensibilidad a las penicilinas. En casos de segunda recurrencia se deberá hacer cultivo para <i>N. gonorrhoeae</i> con determinación del perfil de resistencia en laboratorios de salud pública de referencia regional.</p>
--	--

**Manejo de la mujer con infección cervical persistente o recurrente (sospecha o confirmada) por *Chlamydia trachomatis*.** El grupo de expertos sugiere el uso de la segunda opción en casos de sospecha de recurrencia. Se debe indagar acerca de tratamiento a la pareja, adherencia al tratamiento y las recomendaciones del mismo (relaciones sexuales con uso de condón durante el tratamiento con todas las parejas sexuales, administración del total de las dosis) (Nivel de evidencia: muy bajo).

**Manejo de la mujer con infección cervical persistente o recurrente (sospecha o confirmada) por *Neisseria gonorrhoeae*.** El grupo de expertos sugiere el uso de la segunda opción en casos de sospecha de recurrencia. Se debe indagar acerca de tratamiento a la pareja, adherencia al tratamiento y las recomendaciones del mismo (relaciones sexuales con uso de condón durante el tratamiento con todas las parejas sexuales, administración del total de las dosis) (Nivel de evidencia muy bajo).

## SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL

### 14. ¿Cuáles son los agentes etiológicos asociados al síndrome de descarga uretral?

Dentro de los patógenos más frecuentemente involucrados en el desarrollo de este síndrome se

## Flujograma síndrome cervicitis

