

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de la Vaginitis Infecciosa en Mujeres en Edad Reproductiva en el Primer Nivel de Atención

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-081-08

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

N760 Vaginitis aguda, B373 Candidiasis de la Vulva y Vagina A 590 Tricomoniasis Urogenital

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de la Vaginitis Infecciosa en Mujeres en Edad Reproductiva, en un Primer Nivel de Atención

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

En las mujeres en edad reproductiva, la secreción vaginal normal se caracteriza por ser inodora, clara y viscosa; con un pH ácido (< 4.5) y ausencia de neutrófilos. En esta etapa la flora vaginal está constituida en su mayor parte por *Lactobacillus* sp; sin embargo, es común encontrar *Gardnerella vaginalis* y *Streptococo* del grupo B, así como *Candida albicans*.

Se ha definido a la vaginitis infecciosa como un síndrome caracterizado por uno ó más de los siguientes signos y síntomas: flujo, prurito, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez o mal olor vaginal; secundario a la presencia de microorganismos patógenos.

La Vaginosis bacteriana (VB) es síndrome que se caracteriza por un sobre crecimiento de cualquiera de los siguientes microorganismos: *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella*, *Mycoplasma hominis*, *Bacteroides*, *Fusobacterium* y *Mobiluncus*; que reemplaza a los lactobacilos y se acompaña de un aumento en el pH (hasta de 7.0). Se define como una infección a nivel vaginal, sin respuesta inflamatoria (en 1983 cambió el nombre de vaginitis inespecífica a vaginosis bacteriana). Es la causa más común de descarga vaginal anormal. La VB puede tener un comienzo y remisión espontánea; aunque su prevalencia es mayor en las mujeres sexualmente activas que en las no activas, actualmente no se considera de transmisión sexual; aproximadamente el 50 % de los casos pueden cursar asintomáticas.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Factores de Riesgo

En vaginitis recurrente por *Candida*:

Se consideran como factores de riesgo para su desarrollo, el uso de ropa sintética y ajustada así como de irritantes locales

Los factores de riesgo inherentes al huésped son: diabetes mellitus no controlada, inmunodeficiencia e hiperestrogenismo que incluye tratamiento hormonal sustitutivo ó anticonceptivo y alteración de la flora normal vaginal secundario al uso de antibióticos de amplio espectro

En vaginitis por *Tricomona v*:

Se considera a una mujer con alto riesgo para ser portadora de una enfermedad de transmisión sexual como vaginitis por *Tricomona v*, si presenta las siguientes características: edad ≤ de 25 años con

cambio de pareja ó con más de una pareja sexual en el último año, relaciones sexuales sin uso de protección (condón)

INTERROGATORIO

La evaluación de las mujeres con vaginitis infecciosa debe incluir una historia clínica enfocada a un espectro completo de los síntomas vaginales:

- 1) Cambio en la cantidad de la secreción
- 2) Presencia de mal olor vaginal
- 3) Prurito, irritación y/ó ardor
- 4) Dispareunia
- 5) Disuria
- 6) Localización de los mismos (vulva, vagina, ano)
- 7) Su duración
- 8) Su relación con el ciclo menstrual así como
- 9) La historia sexual para clasificar a las mujeres con riesgo alto de ser portadoras de una enfermedad de transmisión sexual (ETS)

EXPLORACIÓN

El examen físico, debe incluir una evaluación de la vulva y revisión con espejo vaginal, en donde se pueden obtener muestras para la medición del pH, la prueba de las aminas y frotis para examen directo al microscopio

Educación para la Salud

- Evitar el uso de ropa sintética y ajustada así como de irritantes locales (lociones, sustancias y jabones perfumados)
- Optimizar el control metabólico en pacientes portadoras de diabetes mellitus
- Practicar sexo protegido (uso de condón)
- En caso de vaginitis por *Trichomona v.*, informar a la mujer que la infección, es de transmisión sexual y tratar a su(s) pareja(s) de los últimos 6 meses.
- Evitar las relaciones sexuales incluyendo sexo oral hasta que ella y su(s) pareja(s) hayan completado el tratamiento y seguimiento

DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

En un porcentaje importante (>50%) de mujeres asintomáticas se puede aislar *Gardnerella v.*, como parte de la flora vaginal normal: No se realiza diagnóstico de VB ante la presencia de *Gardnerella v.* en mujeres asintomáticas

En caso de contar con el recurso (frotis de exudado vaginal con tinción de Gram, utilice los criterios de

Hay/Ison para el diagnóstico de vaginosis bacteriana (VB):

Grado 1 (Normal): predominan los *Lactobacilos*

Grado 2 (Intermedio): hay flora mixta con algunos *Lactobacilos* presentes, pero también se observan morfotipos de *Gardnerella* o *Mobiluncus*.

Grado 3 (VB) predominan *Gardnerella* o *Mobiluncus*, se observan pocos *Lactobacilos*, o ausencia de los mismos

El estudio microscópico de rutina y el cultivo son las pruebas estándar para el diagnóstico de vaginitis por candida. Ante la sospecha de VC recurrente, solicitar frotis y cultivo

La observación directa de *Trichomona v* en el frotis en fresco, tiene una sensibilidad aproximada de 70% en mujeres y de 30% en hombres. La lectura del frotis para búsqueda de *Trichomona v* debe realizarse lo más pronto posible, después de que se toma la muestra, ya que la movilidad del parásito disminuye conforme pasa el tiempo.

El reporte de tricomonas en la citología cervical (DOC) solo tiene 58% de sensibilidad y 8% de falsos positivos. Si se reporta *Trichomona v* en el resultado de citología vaginal, confirmar diagnóstico a través de cultivo de secreción vaginal. Si no se dispone del cultivo, dar tratamiento indicado

Los cultivos vaginales se reservan para casos especiales de sospecha de *Trichomona vaginalis* ó en los siguientes casos: la paciente solicita un diagnóstico preciso, existe un riesgo alto para presencia de enfermedad de transmisión sexual, hay síntomas de infección de tracto reproductivo alto, no hubo respuesta a un tratamiento previo y si los síntomas se presentan en las 3 primeras semanas posterior a la inserción de DIU

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE LABORATORIO DE LAS VAGINITIS INFECCIOSAS

	Vaginosis Bacteriana	Candidiasis	Tricomoniasis
Transmisión Sexual	No	No	Sí
Factores Predisponentes	Frecuentemente ausentes Más común si hay actividad sexual Nueva pareja sexual Uso de DIU	Frecuentemente ausentes Mas común si hay actividad sexual Uso reciente de antibióticos o corticoides Embarazo Diabetes mal controlada Huésped con inmunocompromiso	Múltiples parejas
Síntomas	Presencia de flujo Olor a pescado 50% asintomático	Presencia de flujo Prurito Disuria externa Dispareunia superficial >20% asintomática	Presencia de flujo Prurito Disuria 10-50% asintomática (III)
Signos	Flujo blanco o gris, filante, abundante	Flujo blanco, grumoso Eritema y edema de vulva y vagina	Flujo blanco o amarillo, espumoso Eritema de vulva y cervix -aspecto de fresa-
pH vaginal	>4.5	<4.5	>4.5
Frotis fresco	Polimorfo nucleares Células clave*	Levaduras Pseudo hifas	Protozoario flagelado móvil (sensibilidad de 38 a 82 %)

*Son células del epitelio vaginal cubiertas con numerosos cocobacilos

TRATAMIENTO

Vaginosis bacteriana (VB)

La prevalencia de VB es mayor en mujeres con enfermedad inflamatoria pélvica (EIP): Dar tratamiento a mujeres sintomáticas con VB

La VB se ha asociado con la presencia de endometritis posterior a cesáreas u otros procedimientos quirúrgicos ginecológicos: Dar tratamiento a mujeres asintomáticas con VB que se van a someter a algún procedimiento quirúrgico ginecológico (inserción de DIU, biopsia endometrial, cesárea electiva, legrados)

La VB se ha asociado con abortos, parto pretérmino y ruptura prematura de membranas. En embarazadas sintomáticas con antecedente de parto pretérmino y/ó ruptura prematura de membranas (RPM) está indicado el tratamiento con metronidazol oral

No se observa una disminución en la frecuencia de recaídas o re-infección de VB cuando se da tratamiento a la pareja masculina: No está indicada la detección ni el tratamiento en la(s) pareja(s) en el caso de VB

El tratamiento de elección para VB es:

- 1) Metronidazol* 500 mg, vía oral dos veces al día por 7 días;
 - ó
 - 2) Metronidazol* 2g vía oral en un sola dosis
- * Debe evitarse la ingesta de bebidas alcohólicas (efecto antabuse)

Como tratamiento alternativo (en caso de alergia o intolerancia al metronidazol) se puede usar:

- 1) Clindamicina crema vaginal al 2%, una vez al día por 7 días;
- ó
- 2) Clindamicina 300 mg, oral dos veces al día por 7 días

Vaginitis por candida (VC)

Todos los azoles tópicos y orales así como la nistatina local, tienen una efectividad alrededor del 80% en el tratamiento de candidiasis vulvovaginal no complicada

La elección de azoles (itraconazol, ketoconazol, fluconazol) * para tratamiento de la candidiasis vulvovaginal no complicada, dependerá de su disponibilidad y costo

Tratamiento tópico

- 1) Miconazol** crema 2%, una aplicación (5 gramos) en vulva y vagina al día, durante 7 días
- ó
- 2) Nistatina óvulos o tabletas vaginales de 100 000 U, una aplicación vaginal al día, durante 14 días

Tratamiento oral

Fluconazol capsulas 250 mg en una dosis única

ó

Itraconazol capsulas 200 mg cada 12 horas por 1 día.

* Contraindicados en el embarazo y lactancia

** Los azoles tópicos pueden causar irritación vulvovaginal, misma que debe considerarse si persisten los síntomas

** Daña los condones y diafragmas de látex

El tratamiento de la pareja masculina asintomática, de pacientes con VC, no disminuye la frecuencia de recurrencia de la VC: No dar tratamiento a la(s) pareja(s) masculina(s), si ésta(s) se encuentra(n)

asintomática(s).

Las mujeres embarazadas asintomáticas con VC no requieren tratamiento

Use sólo tratamientos locales por 14 días en caso de VC sintomática durante el embarazo

Vaginitis recurrente por *Candida sp*

Tratamiento de elección para VC recurrente:

Inducción: Itraconazol oral 200mg cada 12 horas por un día (dosis única)

ó

Miconazol crema 2%, 1 aplicación intravaginal diaria por 14 días

Mantenimiento: Ketoconazol* tabletas de 200mg, media tableta al día por 6 meses

ó

Itraconazol* oral 50 a 100 mg diario por 6 meses

ó

Fluconazol* capsulas de 100 mg, una vez a la semana por 6 meses

*No se use en embarazo o lactancia

Vaginitis por *Trichomona v*

En 90% de los casos de VT hay infección por *Trichomona v.* de la uretra y glándulas para-uretrales en la mujer: El tratamiento de la VT debe ser sistémico (oral) para obtener la curación

El tratamiento de elección de las VT es:

1) Metronidazol oral 500 mg, dos veces al día por 7 días

ó

2) Metronidazol oral 2 gr, en dosis única

El tratamiento alternativo de las VT es:

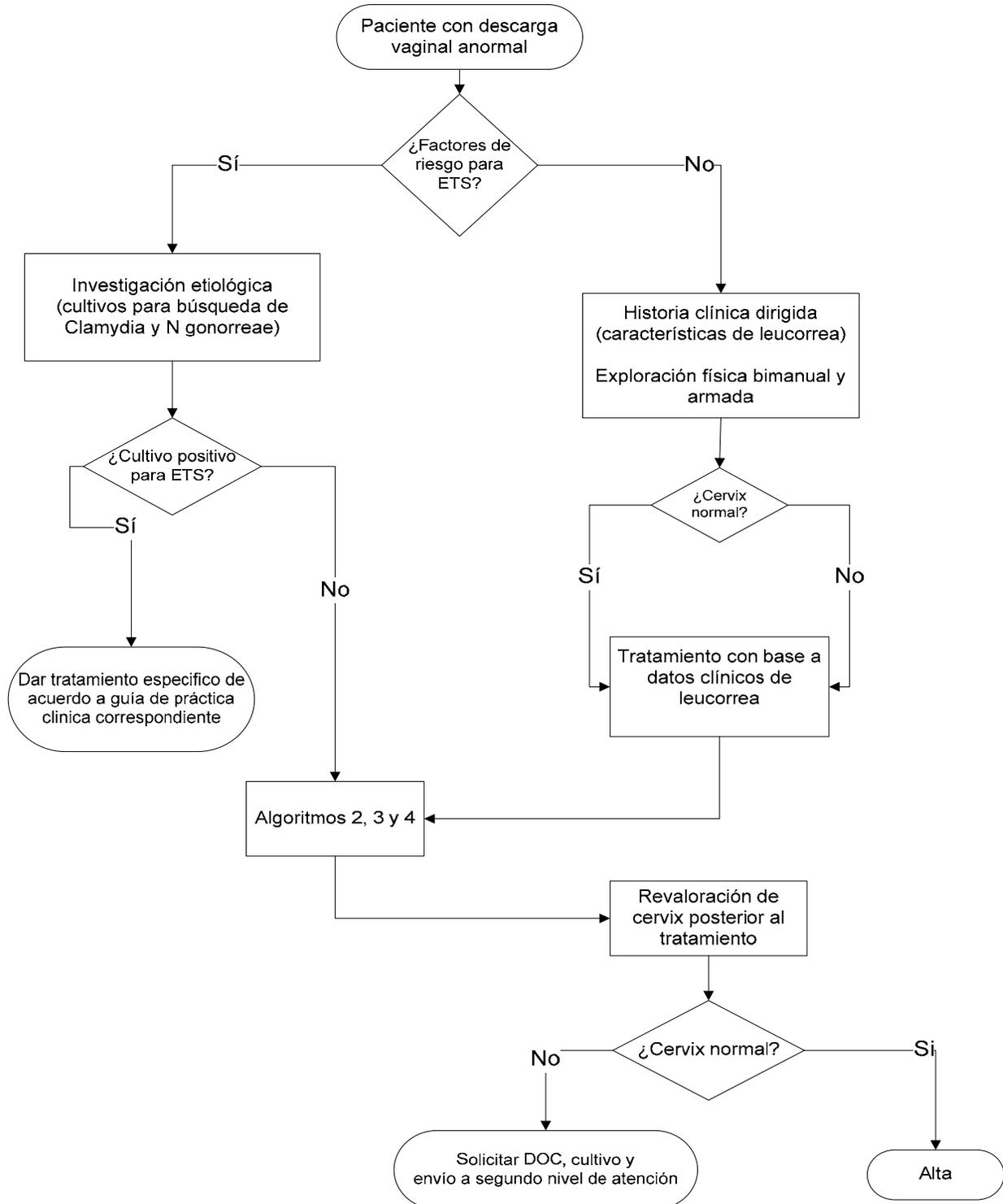
Tinidazole 2 gr en una dosis única

No se recomienda el tamizaje de rutina para búsqueda de *Trichomona v.* durante el embarazo, pero está indicado el tratamiento con metronidazol oral en caso de diagnóstico de VT

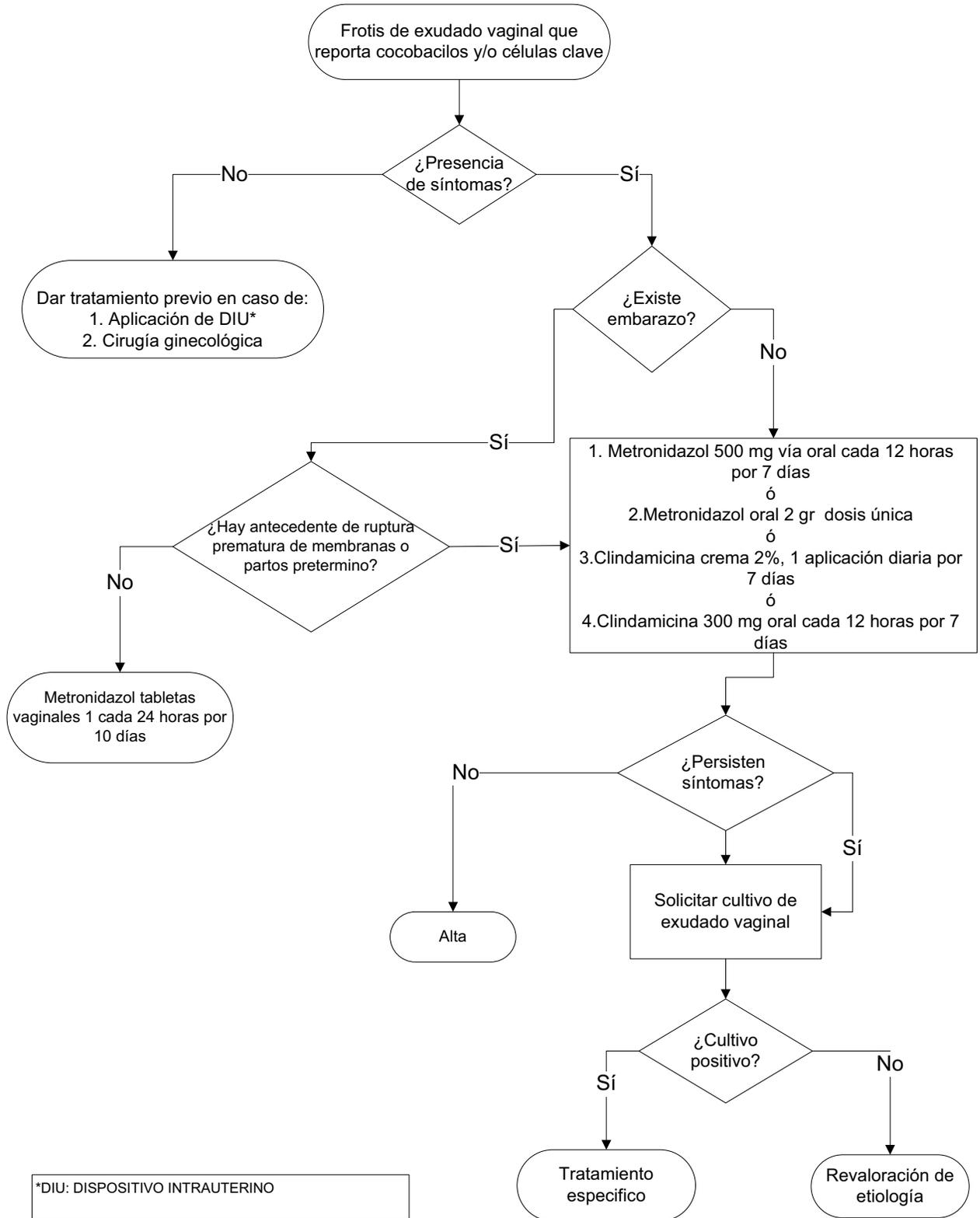
La transmisión de *Trichomona v.* en adultos es casi exclusivamente por vía sexual, la infección sólo se da por inoculación intravaginal o intrauretral del parásito: En el caso de VT se debe dar tratamiento simultáneo a la(s) pareja(s)

ALGORITMOS

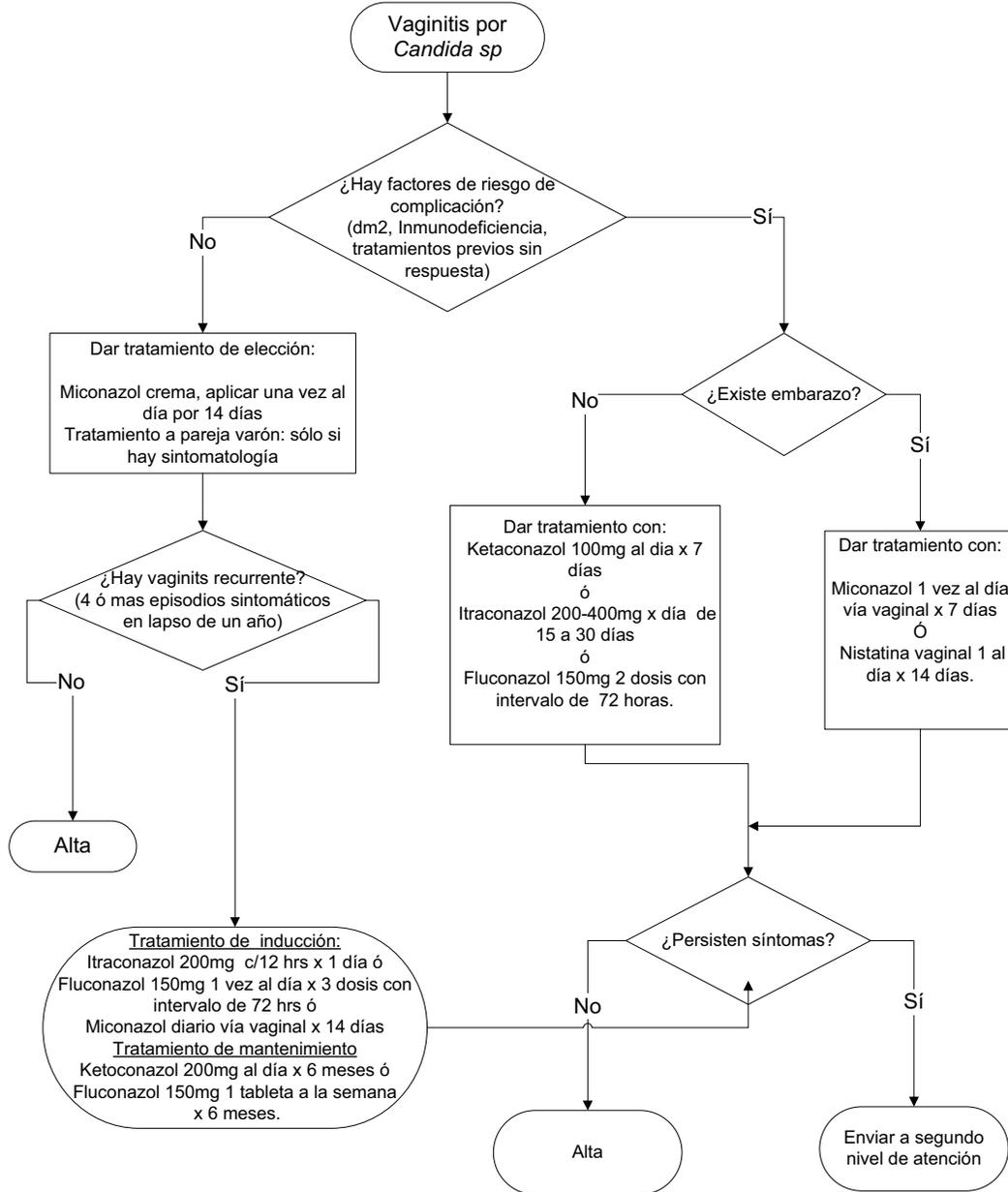
Algoritmo 1
Abordaje de la paciente con descarga vaginal anormal



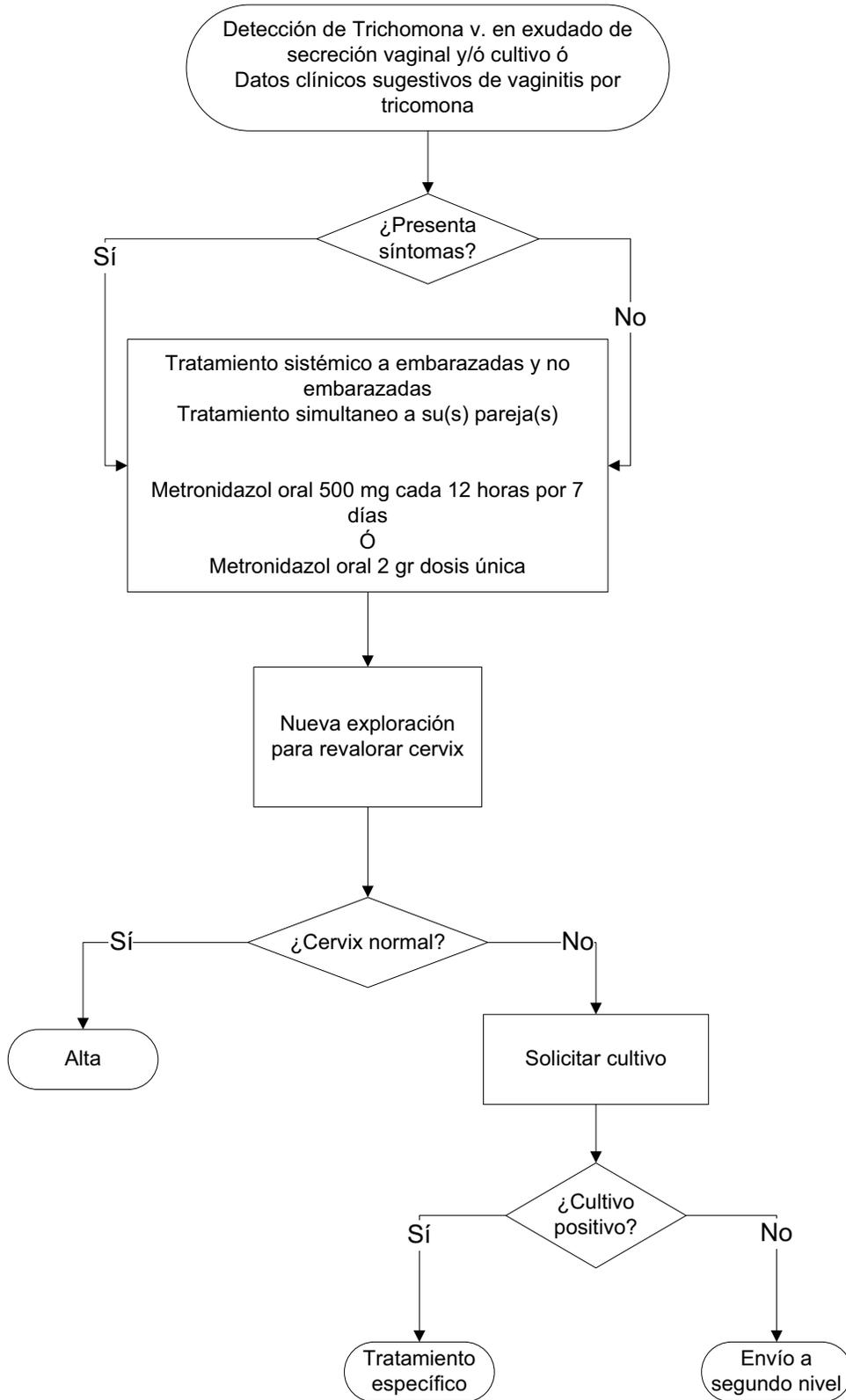
Algoritmo 2
Tratamiento de vaginosis bacteriana (VB)



Algoritmo 3. Tratamiento de la Vaginitis por *Candida sp*



Algoritmo 4
Tratamiento de vaginitis por *Trichomona v.*



**MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE VAGINITIS POR *CANDIDA SPP* (VC),
TRICHOMONA V,(VT) Y VAGINOSIS BACTERIANA (VB).**

Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	tiempo (período de uso)
Metronidazol	VB Y VT Tratamiento de elección: Metronidazol 500 mg vía oral dos veces al día ó Metronidazol oral 2g	Caja 30 tabletas de 500MG	7 Días Dosis única
	VB. + embarazo: Metronidazol tabletas vaginales 1 cada 24 horas	Caja con 10 óvulos o tabletas vaginales 500mg c/u	10 días
Clindamicina	VB tratamiento alterno: Clindamicina crema vaginal al 2 % una vez al día	Tubo crema vaginal 2%	7 días
	Clindamicina 300 mg, oral dos veces al día	Caja con 16 capsulas 300MG	7 días
Nistatina	VC No complicada Nistatina óvulos o tabletas vaginales, una al día	Tabletas vaginales de 100 000 U con 12 tabletas	14 días
Miconazol	VC No complicada: Miconazol crema 2%, 1 aplicación intravaginal diaria	Tubo crema 20gr 2%	7 días
	VC Recurrente: Miconazol crema 2% 1 aplicación intravaginal diaria		14 días
Itraconazol	VC Recurrente: <u>Inducción:</u> Itraconazol 200mg cada 12 horas, vía oral dosis única	Caja con 15 Capsulas 100mg	Dosis única
	<u>Mantenimiento:</u> Itraconazol 50 a 100 mg Diarios		6 meses
Ketoconazol	VC Recurrente: Ketoconazol* tabletas de 100mg (media tableta) al día por 6 meses	Caja 10 tabletas 200mg	Media tableta al día por 6 meses

Fluconazol	VC Recurrente: <u>Inducción:</u> Fluconazol 150mg <u>Mantenimiento:</u> Fluconazol 150mg	Caja con 10 capsulas ó tabletas de 100mg	1 vez al día x 3 dosis con intervalo de 72hrs 1 a la semana x 6 meses
-------------------	---	---	--