



# Manejo de la Vulvovaginitis

**Elaborado por:**

Grupo de especialistas del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS









Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social

**Lic. Oscar Armando García Muñoz**  
Gerente

**Dr. Byron Humberto Arana González**  
Subgerente de Prestaciones en Salud

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)  
Subgerencia de Prestaciones en Salud  
Comisión de Elaboración de Guías de Práctica Clínica  
Basadas en Evidencia (GPC-BE)  
**GPC-BE 44 “Manejo de la Vulvovaginitis”**  
Edición 2013; págs. 88  
IGSS, Guatemala.

**Elaboración revisada por:**

Departamento de Organización y Métodos del IGSS  
Oficio No. 58 del 20 de febrero de 2014

**Revisión, diseño y diagramación:**

Comisión Central de Elaboración de  
Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia;  
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS-Guatemala 2013

Derechos reservados-IGSS-2013

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro, a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.

## **AGRADECIMIENTOS:**

**Hospital de Gineco-Obstetricia  
Grupo de Desarrollo de la Guía:**

**Dr. Luis Robles**

Especialista en Ginecología y Obstetricia  
Jefe de Unidad de Especialidades Médicas  
Hospital de Gineco-Obstetricia

**Dra. Karen Vanesa López**

Especialista en Ginecología y Obstetricia  
Jefa del Servicio de Emergencia  
Hospital de Ginecoobstetricia

**Dr. Jorge David Alvarado Andrade**

Msc. Ginecología y Obstetricia  
Msc. Epidemiología de Campo  
Especialista “B” a cargo de la Clínica de Alto  
Riesgo Obstétrico  
Docente de investigación  
Hospital de Gineco-Obstetricia

**Revisores:**

**Dra. Karin Girón de Santa Cruz**

Internista, Infectóloga

Especialista “B”

Hospital de Gineco-Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

**Dra. Gloria Verónica Ocampo Antillón**

Ginecóloga y Obstetra

Especialista “A”

Hospital de Ginecoobstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social



## **COMISIÓN ELABORADORA DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA FUNDAMENTADAS EN MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA:**

**Msc. Dr. Edwin Leslie Cambranes Morales**

Jefe de Departamento

Departamento de Medicina Preventiva

**Msc. Dr. Jorge David Alvarado Andrade**

Coordinador

Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE

Subgerencia de Prestaciones en Salud

**Dr. Edgar Campos Reyes**

Médico Supervisor

Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE

Subgerencia de Prestaciones en Salud



### **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:**

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta Guía, tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.



## PRÓLOGO

### GUIAS DE PRACTICA CLINICA DEL IGSS

#### ¿En qué consiste la Medicina Basada en Evidencia?

Podría resumirse, como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible **-la evidencia-**, para aplicarla a la práctica clínica.

**El nivel de Evidencia clínica** es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación.

(Tabla No. 1)

**Tabla No. 1\* Niveles de evidencia:**

Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistemática de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja Calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

\* **Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.**

\*\***All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

**Los grados de recomendación** son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el nivel de evidencia; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales. (Tabla No. 2)

**Tabla No.2**

Significado de los grados de recomendación

Grado de Recomendación	Significado
<b>A</b>	Extremadamente recomendable.
<b>B</b>	Recomendable favorable.
<b>C</b>	Recomendación favorable, pero no concluyente.
<b>D</b>	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de Buena Práctica clínica sobre el cual el Grupo de Desarrollo acuerda.

Las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA**, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.).

**1a**

En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **Nivel de Evidencia<sup>1a</sup>** (en números y letras minúsculas, sobre la base de la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan el **grado de**

**A**

**recomendación de buena práctica clínica**, que se anota en el lado derecho del texto<sup>A</sup> (siempre en letras mayúsculas sobre la base de la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

Las Guías desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones

sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras.

La **GUÍA DE BOLSILLO** es una parte de la guía, que resume lo más relevante de la entidad con relación a 4 aspectos: 1. La definición de la entidad, 2. Cómo se hace el diagnóstico, 3. Terapéutica y 4. Recomendaciones de buenas prácticas clínicas fundamentales, originadas de la mejor evidencia.

En el formato de Guías de Bolsillo desarrolladas en el IGSS, los diversos temas se editan, imprimen y socializan en un ejemplar de pequeño tamaño, con la idea de tenerlo a mano y revisar los temas incluidos en poco tiempo de lectura, para ayudar en la resolución rápida de los problemas que se presentan durante la práctica diaria.

Las Guías de Práctica Clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el



documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como **“los elementos esenciales de las buenas guías”**, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

**En el IGSS, el Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica es creado con el propósito de ser una herramienta de ayuda a la hora de tomar decisiones clínicas.** En una Guía de Práctica Clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el que poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales -especialistas y médicos residentes- que a diario realizan

una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **Comisión Central Para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica** que pertenece a los proyectos educativos de la **Subgerencia de Prestaciones en Salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y de trabajo, con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares editados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, siendo así mismo aplicable, práctica y de fácil estudio.

El IGSS tiene el alto privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo esta Guía, con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta noble Institución.

**Comisión Central para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica, IGSS**  
**Guatemala, 2013**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>GUÍA DE BOLSILLO</b>	<b>1</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>25</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>27</b>
<b>3. METODOLOGÍA</b>	<b>28</b>
Definición de preguntas	28
Estrategias de Búsqueda	29
Población Diana	29
Usuarios	30
<b>4. CONTENIDO</b>	<b>31</b>
Definición	31
Clasificación de las infecciones vaginales	33
Datos epidemiológicos	34
Fisiopatología de las IV	35
Consideraciones acerca de la vulvo-vaginitis durante el embarazo	37
Diagnóstico	38
Síntomas y signos	38
Análisis de laboratorio	39
Análisis del exudado vaginal	39
Indicaciones para el diagnóstico universal	40

Diagnóstico de vulvovaginitis en la mujer embarazada	41
Vulvovaginitis micótica durante el embarazo	41
Tratamiento	42
Tratamiento farmacológico durante el embarazo para la vaginitis bacteriana	42
Vaginitis por <i>Trichomona Vaginalis</i>	42
Objetivos del tratamiento	44
Criterios generales acerca del tratamiento farmacológico en pacientes no embarazadas y embarazadas	44
Vaginosis bacteriana	44
Mujer no embarazada	44
Mujer embarazada	45
Vulvovaginitis por Hongos	46
Mujer no embarazada	46
Mujer embarazada	46
Candidiasis recurrente	47
Consideraciones especiales durante el embarazo	48
<i>Trichomona Vaginalis</i>	49
Mujer no embarazada	49
Mujer embarazada	49

<i>Chlamydia Trachomatis</i>	50
Mujer no embarazada	50
En los casos de infección vaginal recurrente	50
Mujer embarazada	51
<i>Neisseria Gonorrhoeae</i>	51
Mujeres no embarazadas	51
Mujer embarazada	52
<i>Herpes genital</i>	52
Mujer no embarazada (primer episodio)	52
Episodios recurrentes	52
Mujer embarazada (primer episodio)	52
<i>Papiloma virus</i>	53
Mujer no embarazada	53
Mujer embarazada	54
<b>5. ANEXOS</b>	<b>55</b>
<b>6. GLOSARIO</b>	<b>63</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>65</b>



## GUÍA DE BOLSILLO MANEJO DE LA VULVOVAGINITIS

### Introducción:

Las secreciones vaginales normales se caracterizan por ser: inodoras, claras, viscosas, pH ácido (4,5), sin neutrófilos y no fluyen durante el examen con espéculo. La flora vaginal está constituida por *Lactobacilos Spp.* Anatómicamente la cercanía del ano a la uretra y vagina favorece la contaminación fecal y urinaria. Puede existir una secreción vaginal fisiológica durante algunas etapas del ciclo menstrual, relacionado con el coito, durante el embarazo y la lactancia.

En algunos países se han producido cambios en los patrones de infección como consecuencia de la modificación de los comportamientos sexuales. *Chlamydia*, herpes genital y papiloma humano, son por ahora, más frecuentes que gonorrea y sífilis.

En la práctica médica las infecciones vaginales representan un problema de salud frecuente ya que el 95% de las pacientes consultan por flujo vaginal. Estas afecciones en adolescentes, se encuentran entre las 3 primeras causas de consulta.

### **Clasificación de las infecciones vaginales:**

**Vaginitis:** La vaginitis es un proceso inflamatorio de la mucosa vaginal que por lo general suele acompañarse de un aumento en la secreción y sus síntomas más frecuentes son flujo intenso y prurito genital.

**Vulvovaginitis:** Es un término general que puede describir muchos tipos de inflamación e irritación de la vulva externa y/o vagina.

**Vaginosis:** Es un condición caracterizada por el reemplazo de los *lactobacilos* vaginales con otras bacterias, sobre todo microorganismos anaeróbicos, tales como *Gardnerella Vaginales* y *Prevotella*, *Peptostreptococcus* y *Bacteroides spp.*

**Cervicitis:** Infección del cuello del útero, que produce secreción vaginal de moderada cantidad.

**Uretritis:** Es una inflamación de la uretra que puede continuar durante semanas o meses, también se le conoce con el nombre alternativo de síndrome uretral.

**Vulvitis:** Es una inflamación de la vulva, es decir, de los genitales externos de la mujer.



Colpitis: es una inflamación de la vagina, esta puede ser aguda o crónica. Utilizada como sinónimo de Vaginitis en algunos casos.

El 90% de los cuadros de vulvitis o vulvovaginitis obedecen a procesos infecciosos y el 10% a otras causas como atrofia o alteraciones dermatológicas, alergias, enfermedades sistémicas, irritación por sustancias químicas o causas iatrogénicas.

1a

Dentro de la etiología infecciosa, las causas más frecuentes incluyen:

- Vaginosis bacteriana (*Gardenella vaginalis*)
- Vulvovaginitis micótica
- Vaginitis por *Trichomona vaginalis*

### **Diagnóstico:**

Ante una mujer con sintomatología de infección del tracto urogenital inferior se debe intentar:

- Diferenciar si existe cistitis, uretritis, vaginitis o cervicitis.
- Conocer la etiología precisa para establecer una terapéutica adecuada.
- Excluir la existencia de infecciones superiores (Pielonefritis, endometritis, enfermedad pélvica inflamatoria).
- En caso de no observarse infección, establecer si las molestias son funcionales o psicósomáticas.

La leucorrea puede deberse a una infección vaginal o cervicitis mucopurulenta (CMP).

**Análisis de laboratorio:**

Análisis del exudado vaginal:

Para establecer el diagnóstico se requiere una exploración cuidadosa de la paciente y un estudio del exudado vaginal y cervical que comprende: pH, examen microscópico en fresco y prueba de las aminas (olor a pescado); Gram del exudado; cultivos de cérvix para *Chlamydia* y *N. Gonorrhoeae* y citología.

La infección vaginal se caracteriza habitualmente por la existencia de exudado vaginal, prurito vulvar e irritación; también puede detectarse olor vaginal.

2a

Para afirmar que existe una cervicitis mucopurulenta, el exudado del cérvix obtenido con una torunda de algodón blanco, tras una primera limpieza de la mucosidad, debe manchar la torunda de color amarillento o verdoso extendido sobre el portaobjetos, visto al microscopio (x 1.000) debe contener al menos 10 polimorfonucleares por campo, en 5 campos no adyacentes observados de forma consecutiva.

Diagnóstico de vulvovaginitis en la mujer embarazada:

1a

La vaginosis bacteriana es la principal causa de vulvovaginitis, aunque sólo el 50% da sintomatología, situación relevante durante el embarazo. Para establecer su diagnóstico deben cumplirse al menos 3 de los siguientes 4 criterios:

- Ph vaginal > 4,7
- Presencia de “Clue Cells”  
(Células en empedrado)
- Descarga de flujo homogéneo
- Prueba de KOH positiva  
(Olor a pescado)

Vulvovaginitis micótica durante el embarazo:

La mujer embarazada es más susceptible de contraer vaginitis por *Cándida Albicans*, ocurriendo entre el 20 a 25% de los embarazos.

Entre los factores predisponentes se mencionan los tratamientos antibióticos de amplio espectro, uso de esteroides, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico, pacientes con Inmunocompromiso y uso de ropa interior ajustada y de telas sintéticas.

### **Objetivos del tratamiento:**

- Brindar un alivio rápido de los síntomas y signos de infección.
- Tratar las infecciones adecuadamente.
- Erradicar los agentes patógenos de la vagina.
- Prevenir el desarrollo de complicaciones del tracto genital superior.
- Prevenir futuras infecciones de transmisión sexual en el paciente individual y en la comunidad.

### **Criterios generales acerca del tratamiento farmacológico en pacientes no embarazadas y embarazadas:**

#### **Vaginosis bacteriana (VB):**

Mujer no embarazada:

Tratamiento de primera elección:

- Metronidazol (cod. 148) \* 500 mgs. vía oral, 2 veces al día 7 días y/o gel vaginal 0,75 %, 1 aplicación 2 veces/día por 5 días, óvulos de Metronidazol-Nistatina (cod. 1110) un ovulo diario por 10 días.

Tratamiento alternativo:

- Clindamicina (cod. 7) 300 mgs. oral, 2 veces al día por 7 días.

\* Se deberá aconsejar a las pacientes que eviten el consumo de alcohol durante el tratamiento con Metronidazol y en las 24 horas posteriores, por el efecto Antabuse. (Nauseas, vómitos severos)

#### Mujer embarazada:

Se dispone de pocos datos acerca de los preparados vaginales para uso tópico en la mujer embarazada, por lo que se recomienda idealmente emplear la vía oral.

No se recomienda el uso de la crema vaginal de Clindamicina porque existen estudios clínicos controlados que indican un incremento en el número de partos pretérminos en gestantes tratadas con este preparado.

#### Tratamiento de primera elección:

- Metronidazol (cod. 148)\* \*\*: 250 mgs., vía oral, 3 veces al día por 7 días, óvulos de Metronidazol-Nistatina (cod. 1110) un óvulo diario por 10 días.

#### Tratamiento alternativo:

- Clindamicina (cod. 7)300 mgs., vía oral, 2 veces al día por 7 días.

\* El Metronidazol oral se iniciará a partir del segundo trimestre de la gestación.

\*\* Se prefiere el tratamiento por 7 días con Metronidazol ya que se considera que Metronidazol 2 grs. por vía oral en dosis única no es igualmente efectivo.

### **Vulvovaginitis por Hongos:**

Mujer no embarazada:

Tratamiento de elección:

- Clotrimazol\*: 100 mgs. tableta vaginal por 7 días o 100 mg 2 veces al día por 3 días.
- Nistatina\*\*: 1 tableta vaginal 100 000 UI por 14 días o 1 aplicación vaginal de crema al día por 14 días.
- Fluconazol (cod. 124): 150 mgs. vía oral, dosis única.

\* Al momento de publicación de esta guía este medicamento no se encuentra disponible en el listado básico del IGSS.

\*\*En el listado básico de medicamento del IGSS solo existe acompañado de Metronidazol en presentación de óvulos vaginales.

Mujer embarazada:

Como fármacos de primera elección se encuentran:

- Clotrimazol\* al 2%, en crema
- Miconazol, nitrato (cod. 2033) al 2%, en crema.

Otras opciones son:

- Clotrimazol\*: 100 mgs. tabletas vaginales por 7 días.
- Ketoconazol (cod. 68) óvulos vaginales, un ovulo cada día por 3 días
- Nistatina\*\* crema, 1 aplicación vaginal cada día por 14 días

\* Al momento de publicación de esta guía este medicamento no se encuentra disponible en el listado básico del IGSS.

\*\*En el listado básico de medicamentos del IGSS solo existe acompañado de Metronidazol en presentación de óvulos vaginales.

### **Candidiasis recurrente.**

El tratamiento óptimo no ha sido establecido; se recomienda su tratamiento inicialmente intensivo durante 14 días:\*\*

- Puede indicarse la combinación Clotrimazol\* 100 mgs. o Nistatina 100 000 UI intravaginales 1 vez/día más Fluconazol (cod. 124) 150 mgs. oral 1 vez por semana;

Posteriormente indicar un régimen alternativo por lo menos de 6 meses con:

- Ketoconazol (cod. 68) 100 mgs. oral 1 vez al día o Fluconazol 150 mgs. 1 vez

por semana durante 6 meses (reduce la frecuencia de infecciones).

\*Al momento de publicación de esta guía este medicamento no está en el listado básico del IGSS.

\*\*El compañero sexual no deberá ser tratado, excepto que presente balanitis o dermatitis del pene.

- Anfotericina B sistémica es el tratamiento de elección para la candidiasis invasiva en mujeres embarazadas, sopesando riesgo-beneficio.

Contraindicaciones durante el embarazo:

- Deberán evitarse la mayoría de los medicamentos de la familia de los “azoles”, incluyendo el Fluconazol y el Itraconazol, debido a la posibilidad de defectos congénitos asociados con su uso (categoría farmacológica en el embarazo C).
- Asimismo Fucitosina y Voriconazol están contraindicados durante el embarazo debido a las anomalías fetales observadas en animales (categoría farmacológica en el embarazo D).



- Hay menos datos respecto a las equinocandinas, pero estas se usarán con precaución durante el embarazo (Categoría farmacológica en el embarazo C).

### ***Trichomona Vaginalis:***

Mujeres no embarazadas: \*\*

- Metronidazol (cod. 148) 500 mgs. vía oral, 2 veces al día por 7 días.
- Metronidazol 2 grs. dosis única vía oral.
- Tinidazol\* 2 grs. dosis única vía oral.
- Metronidazol-Nistatina (cod. 1110) óvulos vaginales, uno cada día por 10 días.

\* Al momento de publicación de esta guía este medicamento no se encuentra disponible en el listado básico del IGSS.

\*\*El compañero sexual deberá recibir tratamiento así como evitar el contacto sexual durante el tratamiento indicado.

El seguimiento no es necesario en pacientes asintomáticos.

Si el tratamiento no es efectivo, los pacientes deberán ser tratados posteriormente con esquemas de dosis múltiples.

Mujeres embarazadas: \*\*

- Metronidazol\* (cod. 148) 2 grs. dosis única, vía oral.
- Clotrimazol\*\*\* 1 tableta vaginal cada día por 7 días
- Metronidazol-Nistatina (cod. 1110) óvulos vaginales, uno cada día por 10 días.

\*No se recomienda su uso durante el primer trimestre del embarazo.

\*\*El compañero sexual deberá ser tratado y debe evitarse el contacto sexual mientras se realice el tratamiento.

\*\*\* Al momento de publicación de esta guía este medicamento no está en el listado básico del IGSS.

### ***Chlamydia Trachomatis:***

Ante la presencia de signos y síntomas de infección por *Chlamydia Trachomatis* deberá comenzarse tratamiento en ambos miembros de la pareja, sin esperar por resultados de las pruebas diagnósticas.

Mujer no embarazada: \*\*

- Doxiciclina (cod. 60) 100 mgs. Oral, cada 12 horas por 7 días
- Azitromicina\* 1 gr. Oral dosis única.
- Eritromicina\* base 500 mgs. Cada 6 hrs. Vía oral por 7 días
- Ofloxacina (cod. 57) 400 mgs. Cada 12 hrs, vía oral por 7 días.

En infección recurrente:

- Eritromicina\* 500 mgs. oral cada 6 horas por 7 días asociado a Metronidazol (cod. 148) 2 grs. oral dosis única.

\* Al momento de publicación de esta guía este medicamento no se encuentra disponible en el listado básico del IGSS.

\*\*El compañero sexual deberá ser tratado y debe evitarse el contacto sexual mientras se realice el tratamiento.

**Nota:** Se recomienda tratamiento concomitante para la Neisseria Gonorrhoeae.

Mujer embarazada: \*\*

- Eritromicina\* 500 mgs. vía oral cada 6 hrs. por 7 días o 250 mgs. vía oral cada 6 hrs. por 14 días.
- Amoxicilina (cod. 106) 500 mgs. vía oral cada 8 hrs. por 7 días.
- Azitromicina\* 1 gr. vía oral, en dosis única

\*Al momento de publicación de esta guía este medicamento no se encuentra disponible en el listado básico del IGSS.

\*\*El compañero sexual deberá recibir tratamiento, debe evitarse el contacto sexual durante el mismo.

## ***Neisseria Gonorrhoeae:***

Mujeres no embarazadas:

- Ceftriaxona (cod. 111) 1 grs. vía intramuscular en dosis única
- Ciprofloxacina\* 500 mgs. vía oral en dosis única.
- Ofloxacina (cod. 57) 400 mgs. vía oral en dosis única.
- Norfloxacina\* 800 mgs. vía oral en dosis única.

Asociado por el riesgo de infección por *Chlamydia Trachomatis*, se recomienda adicionar a los esquemas anteriores:

- Doxiciclina (cod 60) 100 mgs. vía oral cada 12 horas por 10 días.
- Azitromicina\* 1 gr. vía oral en dosis única.

Mujer embarazada:

- Ceftriaxona (cod 111) 1 grs. vía Intramuscular en dosis única.
- Espectinomina\* 2 grs. vía Intramuscular en dosis única.

\* Al momento de publicación de esta guía este medicamento no se encuentra disponible en el listado básico del IGSS.

## **Herpes genital:**

Mujer no embarazada (primer episodio):

- Aciclovir (cod. 126) 400 mgs. vía oral cada 6 hrs. de 7 a 10 días.

### Episodios recurrentes:

- Aciclovir 400 mgs. oral cada 6 hrs. por 5 días (hasta 6 meses).

### Mujer embarazada: (primer episodio)

Se indicará tratamiento médico cuando la infección ponga en peligro la vida de la madre.

- Aciclovir (cod. 126) 400 mgs. oral cada 6 hrs. por 7 a 10 días

### Papiloma virus:

Las lesiones deberán ser removidas con elementos químicos o quirúrgicos (electro-térmicos). Los tratamientos se deben continuar hasta la desaparición de las lesiones.

### Mujer no embarazada:

- Podofilina (cod. 1555) ungüento al 25 %, aplicar 1 vez por semana hasta 6 semanas (lavar el área a las 4 hrs. después de la aplicación del medicamento)
- Podofilina crema\* una aplicación diaria en la lesión de genitales externos por 7 días.
- Interferón alfa 2 b, (cod. 730) 1 millón UI (0,1 ml.) inyectar semanalmente subcutáneo por 12 dosis hasta 12 semanas\* y según respuesta evaluar la continuación del tratamiento.

- Ácido Tricloroacético ATA (solución líquida) 1 Aplicación cada semana por 3 semanas y evaluar según respuesta.
- Imiquimod un sobre cada dos días por 12 dosis y evaluar según respuesta.
- 5-Fluoracilo crema al 5 % 1 a 2 veces al día por 3 a 4 semanas.
- Crioterapia según criterio del especialista y evaluar la realización de colposcopia para mejorar el diagnóstico.

\*La aplicación intralesional quedará a criterio del especialista.

Mujer embarazada:

No se recomienda el tratamiento sino hasta finalizar el embarazo. Para el tratamiento posterior se emplearán las pautas recomendadas en la mujer no embarazada

Es recomendación del grupo revisor de esta guía que las lesiones de genitales externos por papilomatosis en el embarazo se podrían tratar con medios locales, utilizando para esto únicamente la aplicación tópica de ATA, Podofilina o cremas tópicas como Imiquimod. Está contraindicado el uso de Interferón, así como procedimientos realizados a nivel cervical (crioterapia) y procedimientos quirúrgicos en áreas genitales.

## **ANEXOS:**

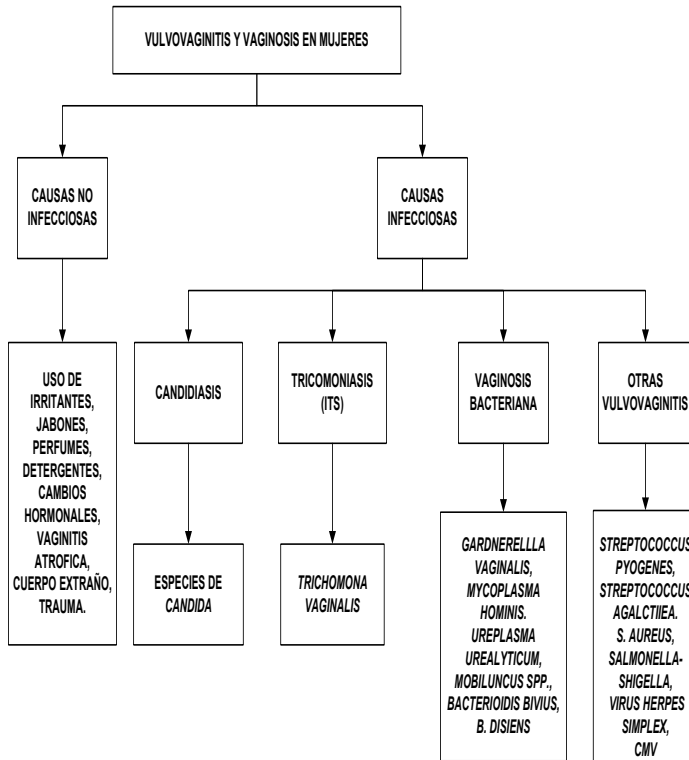
### **ANEXO I:**

#### **Recomendaciones generales para evitar las infecciones vaginales:**

- No utilizar duchas vaginales, evitar la aplicación de geles y agentes antisépticos locales.
- Practicar una técnica adecuada de higiene vulvovaginal.
- Corregir anomalías anatómicas y funcionales asociadas.
- Iniciar tratamiento en presencia de signos y síntomas de infección vaginal mientras se espera la confirmación diagnóstica.
- El uso de estrógenos intravaginales durante la mujer postmenopáusica puede prevenir infecciones recurrentes.
- Consumo de cítricos o suplementos con vitamina C, para preservar el Ph bajo de la vagina.
- Utilizar ropa interior de algodón.

## ANEXO II:

**Figura No. 1 Causas de vulvovaginitis y vaginosis en mujeres**

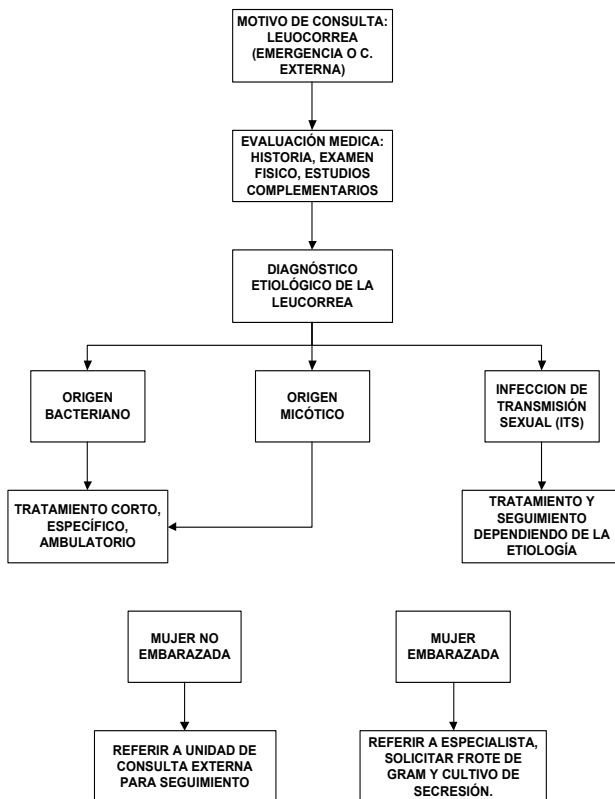


**Fuente:** Infecciones del aparato genital femenino: vaginitis, vaginosis y cervicitis; E.:J. Perea, Medicine. 2010; 10(57):3910-4



## ANEXO III:

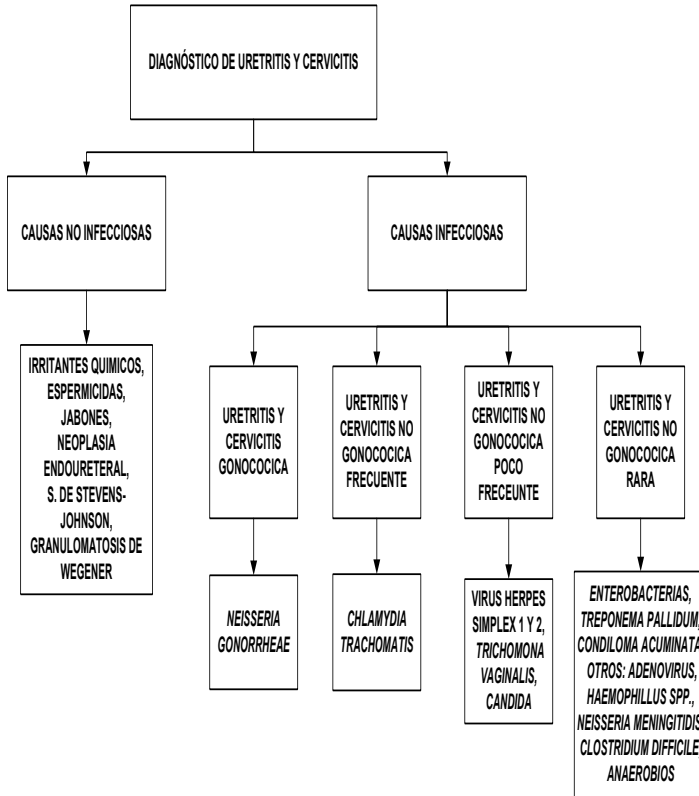
Figura No. 2 Algoritmo de manejo de pacientes con leucorrea en el IGSS



Tomado y modificado IGSS 2013: Guías de tratamiento de la candidiasis • CID 2009:48 (1 March)

## ANEXO IV:

### Figura No. 3 Agentes causales de Uretritis y Cervicitis



**Fuente:** Infecciones del aparato genital femenino: vaginitis, vaginosis y cervicitis; E.J. Perea, Medicine. 2010; 10(57):3910-4

## Anexo V: Codificación CIE-10 (Diagnósticos)

Código	Descripción	Sinónimo
A 51	Sífilis Precoz	Sífilis
A 52	Sífilis Tardía	Sífilis
A 54	Infección gonocócica	Gonococo
A 55	Linfogranuloma Venéreo por Clamidia	Clamidia Trachomatis
A 59	Tricomoniasis	Tricomoniasis
A 60	Infección anogenital debido a virus de Herpes	Herpes Virus
A 63.0	Verrugas (venéreas) anogenitales	Papilomatosis
B 37	Candidiasis	Cándida, Algodoncillo, Moniliasis.
N 70	Salpingitis y Ooforitis	Salpingitis y Ooforitis
N 72	Enfermedad Inflamatoria Pélvica	EIP
N 76.0	Vaginitis Aguda	Vaginitis

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Sinónimo</b>
N 76.2	Vulvitis Aguda	Vulvitis
N 76.4	Absceso vulvar	Absceso vulvar
N 77.1	Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte	Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis
N 765.0	Quiste de la glándula de Bartholin	Quiste de Bartholin
N 94.2	Vaginismo	Vaginismo
N 95.2	Vaginitis atrófica postmenopáusica	Vaginitis atrófica
N 99.9	Trastorno no especificado del sistema genitourinario consecutivo a procedimientos	Vaginosis

## Codificación CIE-09 (Procedimientos)

Código	Descripción	Sinónimo
69.71	Inserción de dispositivo anticonceptivo intrauterino	Colocación de Dispositivo Intrauterino
70.0	Culdocentesis	Culdocentesis
70.21	Vaginoscopia	Vaginoscopia
71.23	Marsupialización de Glándula de Bartholin	Marsupialización de Glándula de Bartholin
88.7	Diagnóstico por ultrasonido	Ultrasonido pélvico o vaginal
97.71	Extracción de dispositivo anticonceptivo intrauterino	Extracción de Dispositivo Intrauterino
795.00	Frotis Papanicolau cérvix glandular anormal	Citología exfoliativa (Papanicolaou)



# MANEJO DE LA VULVOVAGINITIS

## 1- INTRODUCCIÓN:

Leucorreas, vaginitis y vulvovaginitis son patologías ginecológicas frecuentes en las mujeres en edad fértil y en embarazadas. Ocupan uno de los primeros motivos de asistencia en Consulta Externa y en la Emergencia del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

La infección vaginal (IV) o síndrome de flujo vaginal se define como un proceso infeccioso de la vagina caracterizado por uno o más de los siguientes síntomas: flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez vaginal. Dicha sintomatología es determinada por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo en la vagina y como resultado de una alteración ambiental en el ecosistema vaginal.

Se presenta en las mujeres cuando la infección se localiza en la vagina (vaginitis) o en el cuello del útero (cervicitis), siendo esta última más severa y que puede ocasionar complicaciones graves, sus consecuencias pueden manifestarse a corto y largo plazo con

repercusiones en el futuro de la paciente, si no se trata adecuadamente.

La presente Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencia, expone a continuación las recomendaciones básicas en cuanto al diagnóstico y tratamiento médico de las mujeres con Infección vaginal (IV) fuera y durante el embarazo, adaptadas a nuestro medio y actualizadas en concordancia con nuestra realidad.

NO se incluye el diagnóstico y tratamiento de las infecciones vaginales (IV) en niñas y ancianas, ni tampoco lo concerniente a pacientes con comorbilidades tales como diabetes, lupus, VIH, entre otras.

Esta guía pretende ser una ayuda para el clínico general o especialista que se encuentra ante un posible caso de IV en el embarazo o fuera de él, está basada en múltiples estudios de categoría internacional y metanálisis lo cual nos orienta a un mejor diagnóstico y tratamiento basados en guías de manejo. No pretende ser un sustituto del buen examen físico sino un instrumento de consulta institucional orientado al tratamiento pronto que mejore la calidad de vida de las pacientes.



Se recomienda que esta Guía de Práctica Clínica se actualice periódicamente de acuerdo a evidencia escrita, considerando que los procedimientos de diagnóstico así como los patrones de sensibilidad antimicrobiana evolucionan y cambian con el paso del tiempo.

## **2- OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Exponer los conceptos básicos en cuanto a la atención integral de la mujer que consulta por Infección Vaginal (IV) en la edad reproductiva y en el embarazo, atendida en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

### **Objetivos Específicos:**

1. Exponer los conceptos básicos de la patología conocida como Infección Vaginal (IV).
2. Dar a conocer los métodos de diagnóstico y las opciones de tratamiento en las mujeres con IV en la edad fértil y en la mujer embarazada.

### **3- METODOLOGÍA**

#### **Definición de Preguntas**

1. ¿Cómo se define Infección Vaginal (IV)?
2. ¿Cuál es la historia natural de la patología conocida como IV?
3. ¿Cuál es el momento y los métodos para el diagnóstico en la edad fértil y durante el embarazo en las mujeres con sospecha de IV?
4. ¿Cuáles son las posibles complicaciones para la madre con IV?
5. ¿Cuál es el programa de evaluación y seguimiento de pacientes con diagnóstico de IV?
6. ¿Cuáles son las alternativas para el tratamiento de la IV?
7. ¿Cuál es la opción terapéutica, según la edad y condición de la paciente para el tratamiento de la IV?
8. ¿Cuáles son los cuidados generales de las pacientes con IV?
9. ¿Cuáles son las alternativas de tratamiento corto en emergencia para la IV?
10. ¿Cuáles son las alternativas para el tratamiento prolongado de la IV?
11. ¿Cuáles son los riesgos de presentar la IV durante el embarazo o parto?

### **Estrategias de Búsqueda:**

Se procedió a localizar la información deseada mediante consultas electrónicas a las siguientes referencias:

[www.pubmed.com](http://www.pubmed.com),  
[www.bjm.com](http://www.bjm.com),  
[www.cochrane.org](http://www.cochrane.org),  
[www.clinicalevidence.com](http://www.clinicalevidence.com)  
[www.hinary.org](http://www.hinary.org)

Buscadores como Google, Pubmed, Science, etc.

Otras fuentes de información: revistas internacionales, libros de texto, Guías de Práctica Clínica actualizadas de manejo y tratamiento relacionadas con este tema.

Palabras clave: Infección vaginal, vaginitis, vulvovaginitis, leucorrea, secreción vaginal.

### **Población Diana:**

Pacientes beneficiarias y derechohabientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Mujeres con diagnóstico de IV durante la edad fértil y/o durante el embarazo; que asisten a control en las unidades de atención médica del IGSS.

## **Usuarios:**

Personal médico especializado o no especializado en Ginecoobstetricia, Médicos Residentes de la Maestría de Ginecoobstetricia y de otras Especialidades que evalúen mujeres en Consulta Externa, Médicos de las unidades departamentales, Médicos de salas de emergencia, salas de parto y de operaciones, personal paramédico y personal de salud que presta sus servicios en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, así como en otras instituciones que ofrecen atención médica.

## **Fechas de elaboración, revisión y año de publicación de esta guía:**

Elaboración durante Febrero a Mayo del año 2013  
Revisión durante el mes de julio del año 2013  
Publicación año 2013

## 4- CONTENIDO:

### Definición:

La Infección Vaginal (IV) o Síndrome de flujo vaginal es el proceso infeccioso de la vagina caracterizado por uno o más de los siguientes síntomas: flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez vaginal, determinados por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo en la vagina y como resultado de una alteración ambiental en el ecosistema vaginal.

Las secreciones vaginales normales se caracterizan por ser inodoras, claras, viscosas, con pH ácido (4,5), sin neutrófilos y no fluyen durante el examen con espéculo. La flora vaginal está constituida por *Lactobacillus Spp.* Anatómicamente la cercanía del ano a la uretra y vagina favorece la contaminación de la vagina y la uretra por material fecal y urinario. Puede existir una secreción vaginal fisiológica durante algunas etapas del ciclo menstrual, relacionado con el coito, durante el embarazo y la lactancia.

Se presenta en las mujeres cuando tienen infección en la vagina (vaginosis) o en el cuello del útero (cervicitis), siendo esta última más severa y que puede ocasionar complicaciones graves. Se considera probable que en algunos países se han producido cambios en los patrones de infección como consecuencia de la modificación de los comportamientos sexuales.

Microorganismos como *Chlamydia*, el herpes genital y el papiloma humano probablemente, son ahora más frecuentes que la gonorrea y la sífilis. Solo en los Estados Unidos se reportan cada año de 4 a 8 millones de casos nuevos de *Chlamydia*. Se han generalizado las cepas de *Neisseria Gonorrhoeae* resistentes a la penicilina y a la tetraciclina, además se ha modificado la resistencia de *Trichomona vaginalis* al Metronidazol.

En la práctica médica las infecciones vaginales representan un problema de salud frecuente ya que el 95 % de las pacientes consultan por flujo vaginal. Estas afecciones en adolescentes, se encuentran entre las 3 primeras causas de consulta.

### **Clasificación de las infecciones vaginales:**

**Vaginitis:** La vaginitis es un proceso inflamatorio de la mucosa vaginal que por lo general suele acompañarse de un aumento en la secreción y sus síntomas más frecuentes son flujo intenso y prurito genital.

**Vulvovaginitis:** Es un término general que puede describir muchos tipos de inflamación e irritación de la vulva externa y/o vagina.

**Vaginosis:** Es un condición caracterizada por el reemplazo de los *lactobacilos* vaginales con otras bacterias, sobre todo microorganismos anaeróbicos, tales como *Gardenella Vaginales* y *Prevotella*, *Peptostreptococcus* y *Bacteroides spp.*

**Cervicitis:** Infección del cuello del útero, que produce secreción vaginal de moderada cantidad.

**Uretritis:** Es una inflamación de la uretra que puede continuar durante semanas o meses, también se le conoce con el nombre alternativo de síndrome uretral.

**Vulvitis:** Es una inflamación de la vulva, es decir, de los genitales externos de la mujer.

**Colpitis:** es una inflamación de la vagina, esta puede ser aguda o crónica. Utilizada como sinónimo de Vaginitis en algunos casos.

### **Datos epidemiológicos:**

Se estima que alrededor del mundo se reportan 10 millones de consultas a las clínicas de ginecología secundarias a vulvovaginitis.

Situaciones que favorecen las infecciones vaginales:

- Higiene deficiente
- Múltiples parejas sexuales, conducta sexual (cunnilingus)
- Embarazo
- Diabetes Mellitus
- Parasitosis
- Incontinencia urinaria o fecal
- Estrés
- Malformaciones congénitas
- Uso frecuente de antibióticos
- Uso de preparaciones contraceptivas oral o tópico
- Medicación vaginal
- Deficiencia inmunológica
- Factores raciales ( raza negra)
- Tabaquismo
- Presencia de otras infecciones de transmisión sexual (Chlamydia, Herpes)
- Comorbilidades que ameriten uso de inmunosupresores



Teniendo en cuenta, que en una misma mujer pueden coexistir más de una forma clínica (vaginitis y/o cervicitis), y si el examen ginecológico no permite afirmar la presencia de un agente causal en particular, el tratamiento deberá ser enfocado de forma sindrómica, a las 3 infecciones más frecuentemente asociadas con el síndrome de flujo vaginal: *Trichomoniasis*, *Candidiasis* y *Vaginosis Bacteriana*. Con menor frecuencia por *N. Gonorrhoeae* y *C. Trachomatis*.

3b

El embarazo ofrece una oportunidad excelente para las infecciones vaginales ya que el ecosistema vaginal está potencialmente alterado o se encuentra ya infectado. El promedio de infecciones vaginales durante el embarazo se encuentra cercano al 37% de las cuales la candidiasis vaginal es la más frecuente especialmente durante el tercer trimestre de gestación. Siendo *Trichomona vaginalis* la menos frecuente. Algunos autores sugieren que las infecciones por *C. Trachomatis* se incrementan durante el embarazo. <sup>(1\*)</sup>

#### **Fisiopatología de las IV:**

1a

Los lactobacilos son las bacterias predominantes en la vagina normal, el pH se mantiene por debajo de 4,5, y los niveles de otras bacterias son bajos.

Ante la presencia de IV, el Ph de los fluidos vaginales se eleva de 4,5 hasta más allá de 6,0. Los lactobacilos pueden estar presentes pero en la flora bacteriana vaginal pueden predominar los anaerobios y anaerobios facultativos en concentraciones anormales. Los cultivos convencionales pueden detectar *Gardenella vaginalis*, *Prevotella spp*, *Mycoplasma Hominis* y *Mobiluncus spp*. como las bacterias más frecuentes. Estudios recientes utilizando técnicas moleculares han identificado otras especies bacterianas incluyendo *Atropobium vaginalis*, *Clostridiales spp*, *Leptotrichia spp*, y *Sneathia spp*, asimismo otras bacterias como *Gardenella* y *Atopobium* se han descrito recientemente.

Existe un debate no resuelto acerca de la condición fisiológica que favorece el desarrollo de muchas de las infecciones vaginales considerándolas como un resultado del desbalance en la ecología de los tejidos vaginales o a consecuencia de la conducta sexual de las pacientes, sin embargo las IV también se han descrito en mujeres vírgenes.

(2\*)

## **Consideraciones acerca de la vulvovaginitis durante el embarazo:**

Cuando las infecciones vaginales están presentes en la paciente embarazada las consecuencias son significativas para la salud de la madre y el feto. La detección temprana es importante ya que las alteraciones fisiológicas maternas pueden disimular la infección y dificultar el manejo así como el cuidado del feto puede complicar el tratamiento adecuado. Las infecciones del tracto vaginal durante el embarazo, pueden tener efectos en la salud fetal exponiéndole al daño fetal indirecto siendo una condición que predispone al parto prematuro así como a la ruptura prematura de membranas. El clínico debe considerar que muchas de las IV son asintomáticas.

La prevalencia documentada en relación a IV durante el embarazo, está ampliamente descrita y los factores de riesgo más conocidos son aquellos como raza, nivel socio-económico, antecedentes de salud de la madre y localización geográfica.

El 90% de los cuadros de vulvitis o vulvovaginitis obedecen a procesos infecciosos y el 10% a otras causas como atrofia o alteraciones dermatológicas, alergias, enfermedades sistémicas, irritación por sustancias químicas o causas iatrogénicas.

1a

Dentro de la etiología infecciosa, las causas más frecuentes incluyen:

- Vaginosis bacteriana (*Gardenella vaginalis*)
- Vulvovaginitis micótica
- Vaginitis por *Trichomona vaginalis*

### **Diagnóstico:**

Síntomas y Signos:

Todas las infecciones del aparato genital femenino presentan una sintomatología que puede ser común, como:

- disuria,
- poliaquiuria
- prurito vulvar
- dispareunia
- leucorrea

Resulta muy difícil distinguir dichas infecciones entre sí solo sobre la base de la sintomatología, siendo necesario fundamentarse en la exploración y el estudio microbiológico para establecer el diagnóstico.

Ante una paciente con sintomatología de infección del tracto urogenital inferior se debe investigar:

- Diferenciar si existe cistitis, uretritis, vaginitis o cervicitis.
- Conocer la etiología precisa para establecer una terapéutica adecuada.

- Excluir la existencia de infecciones de regiones anatómicas superiores, (Pielonefritis, endometritis, enfermedad pélvica inflamatoria y otras).
- En caso de no existir infección, establecer si las molestias son funcionales o psicósomáticas.

La leucorrea puede deberse a una infección vaginal o cervicitis mucopurulenta (CMP).

### **Análisis de laboratorio:**

Análisis del exudado vaginal:

Para establecer el diagnóstico se requiere una exploración cuidadosa de la paciente y un estudio del exudado vaginal y cervical que comprende: pH, examen microscópico en fresco y prueba de las aminas (olor a pescado); Gram del exudado; cultivos de cérvix para *Chlamydia* y *N. Gonorrhoeae* así como estudios de la citología cérvico-vaginal.

La infección vaginal se caracteriza habitualmente por la existencia de exudado vaginal, prurito vulvar e irritación; también puede detectarse olor vaginal.

2a

Para afirmar que existe una cervicitis mucopurulenta, el exudado del cérvix obtenido con una torunda de algodón blanco, tras una primera limpieza de la mucosidad, debe manchar la torunda de color amarillento o verdoso extendido sobre el portaobjetos, visto

al microscopio (x 1.000) debe contener al menos 10 polimorfonucleares por campo, en 5 campos no adyacentes observados de forma consecutiva.

Indicaciones para el diagnóstico universal:

Actualmente no se aconseja la detección universal en las mujeres asintomáticas embarazadas con bajo riesgo de parto prematuro. En contraste, en las pacientes embarazadas asintomáticas, con factores de alto riesgo para parto prematuro, la utilización de detección y tratamiento no es clara. Aún faltan estudios que demuestren los beneficios de dicha acción.

Estas conductas emergen de revisiones sistemáticas del grupo Cochrane. En la primera de ellas hay alguna evidencia de que el tratamiento de la vaginosis bacteriana puede reducir el riesgo de parto prematuro por RPM (OR 0,14, IC95 0,05– 0,38). Estos mismos estudios indicaron un impacto para evitar RN de bajo peso (OR 0,31, IC95 0,13 – 0,75). En una segunda revisión sistemática, se concluye que la evidencia es pequeña para aseverar la prevención del parto prematuro con la detección y tratamiento universal a todas las pacientes embarazadas con vaginosis bacteriana asintomáticas. Sin embargo, el tratamiento antes de las 20 semanas de gestación parece reducir el riesgo de parto prematuro (OR 0,63, IC95 0,48 a 0,84).

Los estudios que incluyen *Ureaplasma Urealitycum* en la detección universal y tratamiento con antibiótico (Eritromicina), no han podido demostrar un beneficio en la reducción del parto pretérmino. Actualmente, no hay suficiente evidencia para indicar antibióticos en pacientes asintomáticas portadoras de *U. Urealitycum* con el propósito de prevenir el parto prematuro.

### **Diagnóstico de vulvovaginitis en la mujer embarazada:**

1a

La vaginosis bacteriana es la principal causa de vulvovaginitis, aunque sólo el 50% da sintomatología, situación relevante durante el embarazo. Para establecer su diagnóstico deben cumplirse al menos 3 de los siguientes 4 criterios:

- Ph vaginal > 4,7
- Presencia de “Clue Cells”  
(Células en empedrado)
- Descarga de flujo homogéneo
- Prueba de KOH positiva  
(Olor a pescado)

### **Vulvovaginitis micótica durante el embarazo:**

La mujer embarazada es más susceptible de contraer vaginitis por *Cándida Albicans*, ocurriendo entre el 20 a 25% de los embarazos.

Entre los factores predisponentes se mencionan los tratamientos antibióticos de amplio espectro, uso de esteroides, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico, pacientes con Inmunocompromiso y uso de ropa interior ajustada y de telas sintéticas.

**Tratamiento:**

**Tratamiento farmacológico durante el embarazo para la vaginosis bacteriana:**

2a

El tratamiento de la vaginosis bacteriana durante el embarazo no difiere con respecto a la paciente no embarazada. No es necesario el tratamiento de la pareja.

El tratamiento se basa en el uso de Imidazoles tales como Clotrimazol o Miconazol, siendo más eficaces que el tratamiento con Nistatina. En pacientes embarazadas el tiempo mínimo de tratamiento no debe ser inferior a 7 días, logrando una tasa de curación del 90%. No existen evidencias de que la infección por levaduras dañe al recién nacido. Además, la colonización genital por *Cándida* no se asocia a RN de bajo peso o parto prematuro.

**Vaginitis por *Trichomona Vaginalis*:**

Se le ha asociado con resultados perinatales adversos tales como parto pretérmino, bajo peso al nacer y sepsis perinatal. El mejor tratamiento, sigue siendo Metronidazol. Se describe la utilización de Clotrimazol local como alternativa; sin embargo, la efectividad es bastante limitada. Es siempre importante tratar a la pareja.



Al menos una revisión sistemática demostró que el Metronidazol es un fármaco efectivo para el tratamiento de la *Trichomoniasis* durante el embarazo con tasas de curación alrededor del 90%.

La evidencia actual no ha podido demostrar que el tratamiento con Metronidazol disminuya la frecuencia de parto prematuro e incluso su uso puede aumentar el riesgo de este desenlace o de RN de bajo peso. Por ello, se necesitan más estudios que demuestren la inocuidad del Metronidazol en el tratamiento de la *Trichomoniasis*. A pesar de estas limitaciones, para tener un impacto favorable en partos prematuros, la búsqueda de infecciones genitales tales como *Trichomoniasis*, *Cándida* y *Vaginosis* y su tratamiento respectivo en una estrategia de tamizaje prenatal, ha demostrado ser eficaz para disminuir el riesgo de parto de pretérmino.

Hay evidencia contradictoria sobre el peligro teratogénico en el uso de Metronidazol durante el primer trimestre del embarazo. Existen trabajos de investigación que indican un mayor riesgo de hidrocefalia, sin embargo, otras investigaciones parecen descartar una posible relación entre el medicamento y los daños al feto. Con el propósito de disminuir los riesgos de efectos indeseables, no se recomienda el uso de Metronidazol durante el primer trimestre del embarazo, como

alternativa, se puede indicar Clindamicina tópica en forma de óvulos o crema vaginal.

**Objetivos del tratamiento:**

- Brindar un alivio rápido de los síntomas y signos de infección.
- Tratar las infecciones adecuadamente.
- Erradicar los agentes patógenos de la vagina.
- Prevenir el desarrollo de complicaciones del tracto genital superior.
- Prevenir futuras infecciones de transmisión sexual en el paciente individual y en la comunidad.

**Criterios generales acerca del tratamiento farmacológico en pacientes no embarazadas y embarazadas:**

**Vaginosis bacteriana (VB):**

Mujer no embarazada:

Tratamiento de primera elección:

- Metronidazol (cod. 148) \* 500 mgs. vía oral, 2 veces al día 7 días y/o gel vaginal 0,75 %, 1 aplicación 2 veces/día por 5 días, óvulos de Metronidazol-Nistatina (cod. 1110) un óvulo diario por 10 días.

Tratamiento alternativo:

- Clindamicina (cod. 7) 300 mgs. oral, 2 veces al día por 7 días.

\* Se deberá aconsejar a las pacientes que eviten el consumo de alcohol durante el tratamiento con Metronidazol y en las 24 horas posteriores, por el efecto Antabuse. (Náuseas, vómitos severos)

Mujer embarazada:

Se dispone de pocos datos acerca de los preparados vaginales para uso tópico en la mujer embarazada, por lo que se recomienda idealmente emplear la vía oral.

No se recomienda el uso de la crema vaginal de Clindamicina porque existen estudios clínicos controlados que indican un incremento en el número de partos pretérminos en gestantes tratadas con este preparado.

Tratamiento de primera elección:

- Metronidazol (cod. 148)\* \*\*: 250 mgs., vía oral, 3 veces al día por 7 días, óvulos de Metronidazol-Nistatina (cod. 1110) un ovulo diario por 10 días.

Tratamiento alternativo:

- Clindamicina (cod. 7) 300 mgs., vía oral, 2 veces al día por 7 días.

\* El Metronidazol oral se iniciará a partir del segundo trimestre de la gestación.

\*\* Se prefiere el tratamiento por 7 días con Metronidazol ya que se considera que Metronidazol 2 grs. por vía oral en dosis única no es igualmente efectivo.

## **Vulvovaginitis por Hongos:**

Mujer no embarazada:

Tratamiento de elección:

- Clotrimazol\*: 100 mgs. tableta vaginal por 7 días o 100 mg 2 veces al día por 3 días.
- Nistatina\*\* 1 tableta vaginal 100 000 UI por 14 días o 1 aplicación vaginal de crema al día por 14 días.
- Fluconazol (cod. 124): 150 mgs. vía oral, dosis única.

\*Al momento de publicación de esta guía este medicamento no se encuentra disponible en el listado básico del IGSS.

\*\*En el listado básico de medicamento del IGSS solo existe acompañado de Metronidazol en presentación de óvulos vaginales.

Mujer embarazada:

Como fármacos de primera elección se encuentran:

- Clotrimazol\* al 2 %, presentación en crema.
- Miconazol, nitrato (cod. 2033) al 2 %, presentación en crema.

Otras opciones son:

- Clotrimazol\*: 100 mgs. tabletas vaginales una dosis cada día por 7 días.
- Ketoconazol (cod. 68) óvulos vaginales, un óvulo cada día por 3 días.

- Nistatina\*\* crema, una aplicación vaginal cada día por 14 días

\*Al momento de publicación de esta guía este medicamento no se encuentra en el listado básico del IGSS.

\*\*En el listado básico de medicamento del IGSS solo existe acompañado de Metronidazol en presentación de óvulos vaginales.

### **Candidiasis recurrente.**

El tratamiento óptimo no ha sido establecido; se recomienda la medicación intensiva durante 14 días: \*\*

- Puede indicarse la combinación Clotrimazol\* 100 mgs. o Nistatina 100,000 UI intravaginales 1 vez/día más Fluconazol (cod. 124) 150 mgs. oral 1 vez por semana;

Posteriormente indicar un régimen alternativo por un período no menor a 6 meses con:

- Ketoconazol (cod. 68) 100 mgs. oral 1 vez al día o Fluconazol 150 mgs. 1 vez por semana durante 6 meses (reduce la frecuencia de infecciones).

\*Al momento de publicación de esta guía este medicamento no se encuentra en el listado básico del IGSS.

\*\*El compañero sexual no deberá ser tratado, excepto que presente balanitis o dermatitis del pene.

- Anfotericina B sistémica es el tratamiento de elección para la candidiasis invasiva en mujeres embarazadas, los clínicos tratantes deberán sopesar riesgo de efectos indeseables versus el beneficio terapéutico.

Consideraciones especiales durante el embarazo:

- Deberán evitarse la mayoría de los medicamentos de la familia de los “azoles”, incluyendo el Fluconazol y el Itraconazol, debido a la posibilidad de defectos congénitos asociados con su uso (categoría farmacológica en el embarazo C).
- Asimismo Fucitosina y Voriconazol ya que están contraindicados durante el embarazo, debido a las anomalías fetales observadas en animales (categoría farmacológica en el embarazo: D).
- Existen menos reportes de efectos deletéreos respecto a las equinocandinas, pero su aplicación se hará con precaución durante el embarazo (categoría farmacológica en el embarazo: C).

### ***Trichomona Vaginalis:***

Mujeres no embarazadas: \*\*

- Metronidazol (cod. 148) 500 mgs. vía oral, 2 veces al día por 7 días.
- Metronidazol 2 grs. dosis única vía oral.
- Tinidazol\* 2 grs. dosis única vía oral.
- Metronidazol-Nistatina (cod. 1110) óvulos vaginales, uno cada día por 10 días.

\*Al momento de publicación de esta guía este medicamento no se encuentra en el listado básico del IGSS.

\*\*El compañero sexual deberá recibir tratamiento así como evitar el contacto sexual durante el tratamiento indicado.

El seguimiento no es necesario en pacientes asintomáticos.

Si el tratamiento no es efectivo, los pacientes deberán ser tratados posteriormente con esquemas de dosis múltiples.

Mujeres embarazadas: \*\*

- Metronidazol\* (cod. 148) 2 grs. dosis única, vía oral.
- Clotrimazol\*\*\* 1 tableta vaginal cada día por 7 días
- Metronidazol-Nistatina (cod. 1110) óvulos vaginales, uno cada día por 10 días.

\*No se recomienda su uso durante el primer trimestre del embarazo.

\*\*El compañero sexual deberá ser tratado y debe evitarse el contacto sexual mientras se realice el tratamiento.

\*\*\* Al momento de publicación de esta guía este medicamento no está en el listado básico del IGSS.

### ***Chlamydia Trachomatis:***

Ante la presencia de signos y síntomas de infección por *Chlamydia Trachomatis* deberá comenzarse tratamiento en ambos miembros de la pareja sexual, sin esperar los resultados de las pruebas diagnósticas.

Mujer no embarazada: \*\*

- Doxiciclina (cod. 60) 100 mgs. vía oral, cada 12 horas por 7 días
- Azitromicina\* 1 gr. Oral dosis única.
- Eritromicina\* base 500 mgs. cada 6 hrs. vía oral por 7 días
- Ofloxacina (cod. 57) 400 mgs. cada 12 hrs, vía oral por 7 días.

En los casos de infección vaginal recurrente:

- Eritromicina\* 500 mgs. vía oral cada 6 horas por 7 días asociado a Metronidazol (cod. 148) 2 grs. vía oral dosis única

\* Al momento de publicación de esta guía este medicamento no se encuentra en el listado básico del IGSS.



\*\*El compañero sexual deberá ser tratado y debe evitarse el contacto sexual mientras se realice el tratamiento.

Nota: Se recomienda tratamiento simultáneo contra *Neisseria Gonorrhoeae*.

Mujer embarazada: \*\*

- Eritromicina\* 500 mgs. vía oral cada 6 hrs. por 7 días o 250 mgs. vía oral cada 6 hrs. por 14 días.
- Amoxicilina (cod. 106) 500 mgs. vía oral cada 8 hrs. por 7 días.
- Azitromicina\* 1 gr. vía oral, en dosis única

\* Al momento de publicación de esta guía este medicamento no se encuentra en el listado básico del IGSS.

\*\*El compañero sexual deberá recibir tratamiento, debe evitarse el contacto sexual durante el mismo.

### ***Neisseria Gonorrhoeae:***

Mujeres no embarazadas:

- Ceftriaxona (cod. 111) 1 grs. vía intramuscular en dosis única
- Ciprofloxacina\* 500 mgs. vía oral en dosis única.
- Ofloxacina (cod. 57) 400 mgs. vía oral en dosis única.
- Norfloxacina\* 800 mgs. vía oral en dosis única.

Debido al riesgo asociado de infección por *Chlamydia Trachomatis*, se recomienda adicionar a los esquemas anteriores:

- Doxiciclina (cod 60) 100 mgs. vía oral cada 12 horas por 10 días.
- Azitromicina\* 1 gr. vía oral en dosis única.

Mujer embarazada:

- Ceftriaxona (cod 111) 1 grs. vía Intra muscular en dosis única.
- Espectinomina\* 2 grs. vía Intra muscular en dosis única.

\* Al momento de publicación de esta guía este medicamento no se encuentra en el listado básico del IGSS.

### **Herpes genital:**

Mujer no embarazada (primer episodio):

- Aciclovir (cod. 126) 400 mgs. vía oral cada 6 hrs. de 7 a 10 días

Episodios recurrentes:

- Aciclovir 400 mgs. oral cada 6 hrs. por 5 días (hasta 6 meses).

Mujer embarazada: (primer episodio)

Se indicará tratamiento médico cuando la infección ponga en peligro la vida de la madre.

- Aciclovir (cod. 126) 400 mgs. oral cada 6 hrs. por 7 a 10 días

### **Papiloma virus:**

Las lesiones deberán ser removidas con elementos químicos o quirúrgicos (electro-térmicos). Los tratamientos se deben continuar hasta la desaparición de las lesiones.

#### **Mujer no embarazada:**

- Podofilina (cod. 1555) ungüento al 25 %, aplicar 1 vez por semana hasta 6 semanas (lavar el área a las 4 hrs. después de la aplicación del medicamento)
- Podofilina crema\* una aplicación diaria en la lesión de genitales externos por 7 días.
- Interferón alfa 2 b, (cod. 730) 1 millón UI (0,1 ml.) inyectar semanalmente subcutáneo por 12 dosis hasta 12 semanas\* y según respuesta evaluar la continuación del tratamiento.
- Ácido Tricloroacético ATA (solución líquida) 1 Aplicación cada semana por 3 semanas y evaluar según respuesta.
- Imiquimod (sobres) un sobre cada dos días por 12 dosis, evaluar según respuesta.
- 5-Fluoracilo crema al 5 % 1 a 2 veces al día por 3 a 4 semanas.
- Crioterapia según criterio del especialista y evaluar la realización de colposcopia para mejorar el diagnóstico.

\*La aplicación intralesional quedará a criterio del especialista.

Mujer embarazada:

No se recomienda el tratamiento sino hasta finalizar el embarazo.

Para el tratamiento posterior se emplear las pautas recomendadas en la mujer no embarazada.

Es recomendación del grupo revisor de esta guía que las lesiones de genitales externos por papilomatosis en el embarazo se podrían tratar con medios locales, utilizando para esto únicamente la aplicación tópica de ATA, Podofilina o cremas tópicas como Imiquimod. Está contraindicado el uso de Interferón, así como procedimientos realizados a nivel cervical (crioterapia) y procedimientos quirúrgicos en áreas genitales.

## 5- ANEXOS:

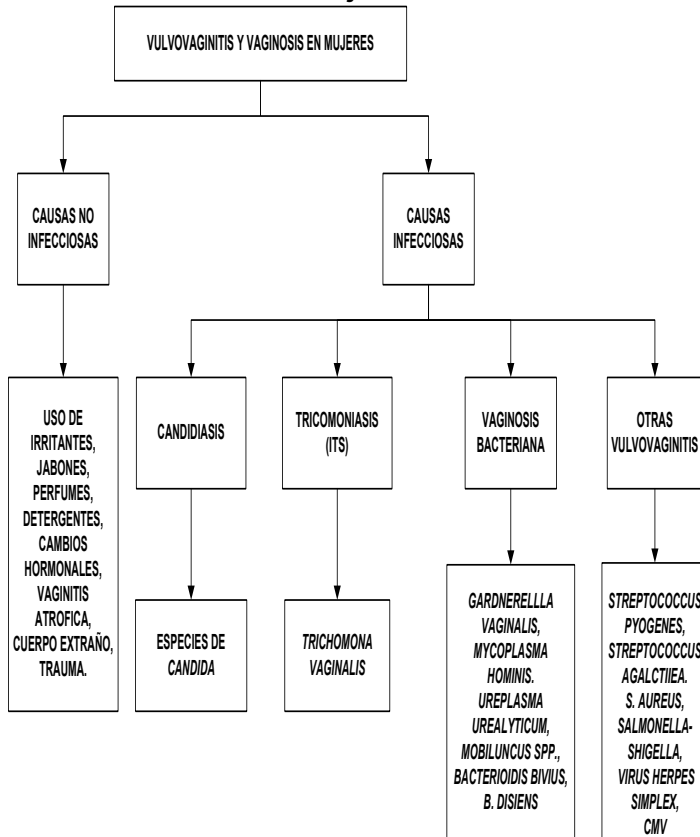
### ANEXO I:

#### Recomendaciones generales para evitar las infecciones vaginales:

- No utilizar duchas vaginales, aplicación de geles y agentes antisépticos locales.
- Practicar una técnica adecuada de higiene vulvovaginal.
- Corregir anomalías anatómicas y funcionales asociadas.
- Iniciar tratamiento en presencia de signos y síntomas de infección vaginal mientras se espera la confirmación diagnóstica.
- El uso de estrógenos intravaginales en la mujer postmenopáusica puede prevenir infecciones recurrentes.
- Consumo de cítricos o suplementos con vitamina C, para preservar el Ph bajo de la vagina.
- Utilizar ropa interior de algodón.

## ANEXO II:

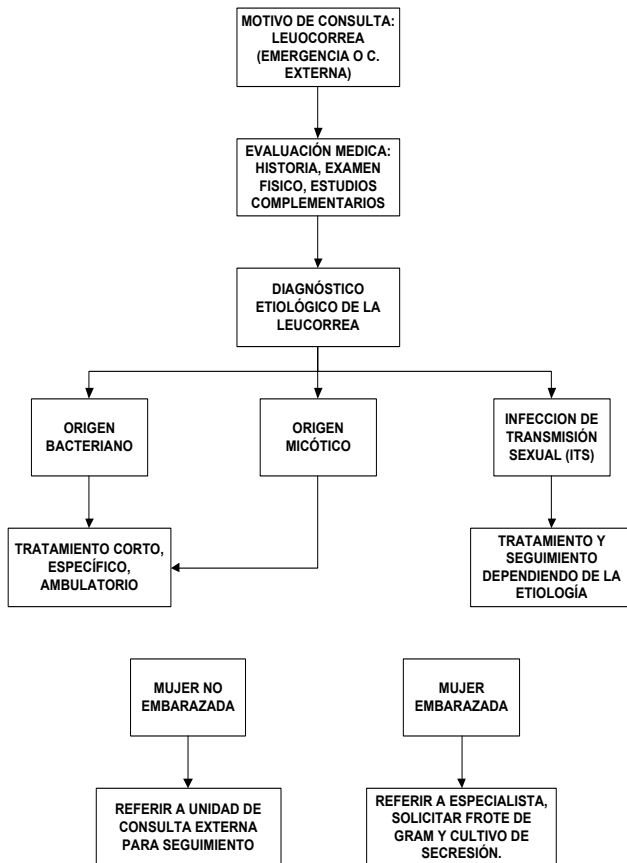
**Figura No. 1 Causas de vulvovaginitis y vaginosis en mujeres**



**Fuente:** Infecciones del aparato genital femenino: vaginitis, vaginosis y cervicitis; E.:J: Perea, Medicine. 2010; 10(57):3910-4

## ANEXO III:

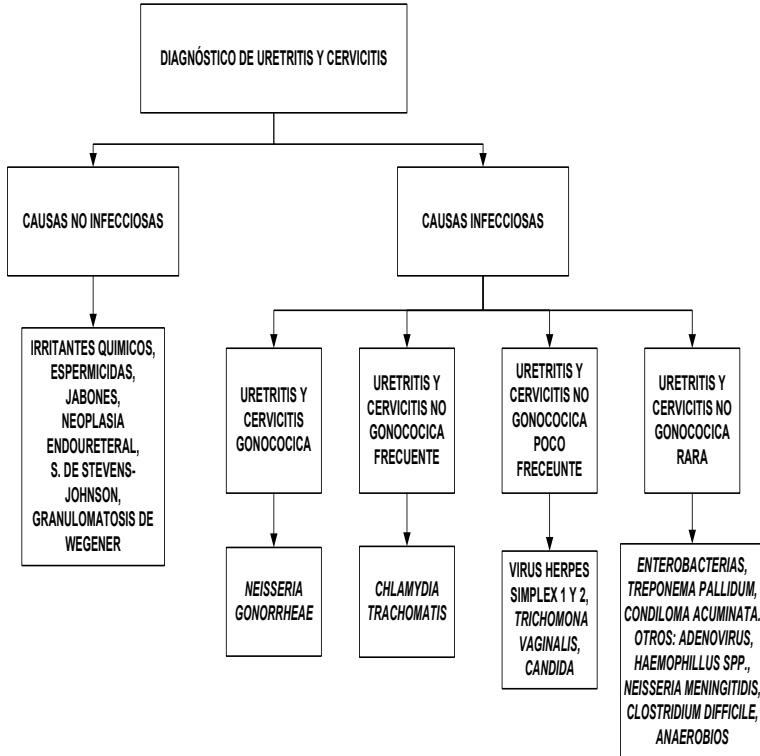
Figura No. 2 Algoritmo de manejo de pacientes con leucorrea en el IGSS



Tomado y modificado IGSS 2013: Guías de tratamiento de la candidiasis • CID 2009:48 (1 March)

## ANEXO IV:

### Figura No. 3 Agentes causales de Uretritis y Cervicitis



**Fuente:** Infecciones del aparato genital femenino: vaginitis, vaginosis y cervicitis; E.J. Perea, *Medicine*. 2010; 10(57):3910-4



## Anexo V:

### Codificación CIE-10 (Diagnósticos)

Código	Descripción	Sinónimo
A 51	Sífilis Precoz	Sífilis
A 52	Sífilis Tardía	Sífilis
A 54	Infección gonocócica	Gonococo
A 55	Linfogranuloma Venéreo por Clamidia	Clamidia Trachomatis
A 59	Tricomoniasis	Tricomoniasis
A 60	Infección anogenital debido a virus de Herpes	Herpes Virus
A 63.0	Verrugas (venéreas) anogenitales	Papilomatosis
B 37	Candidiasis	Cándida, Algodoncillo, Moniliasis.
N 70	Salpingitis y Ooforitis	Salpingitis y Ooforitis
N 72	Enfermedad Inflamatoria Pélvica	EIP
N 76.0	Vaginitis Aguda	Vaginitis

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Sinónimo</b>
N 76.2	Vulvitis Aguda	Vulvitis
N 76.4	Absceso vulvar	Absceso vulvar
N 77.1	Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte	Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis
N 765.0	Quiste de la glándula de Bartholin	Quiste de Bartholin
N 94.2	Vaginismo	Vaginismo
N 95.2	Vaginitis atrófica postmenopáusica	Vaginitis atrófica
N 99.9	Trastorno no especificado del sistema genitourinario consecutivo a procedimientos	Vaginosis

## Codificación CIE-09 (Procedimientos)

Código	Descripción	Sinónimo
69.71	Inserción de dispositivo anticonceptivo intrauterino	Colocación de Dispositivo Intrauterino
70.0	Culdocentesis	Culdocentesis
70.21	Vaginoscopia	Vaginoscopia
71.23	Marsupialización de Glándula de Bartholin	Marsupialización de Glándula de Bartholin
88.7	Diagnóstico por ultrasonido	Ultrasonido pélvico o vaginal
97.71	Extracción de dispositivo anticonceptivo intrauterino	Extracción de Dispositivo Intrauterino
795.00	Frotis Papanicolau cérvix glandular anormal	Citología exfoliativa (Papanicolaou)



## 6- GLOSARIO:

C. externa	Consulta Externa.
Cistitis	Infección en la vejiga urinaria.
Cervicitis	Infección del cérvix uterino.
CMP	Cervicitis Mucopurulenta.
Clue Cells	(Inglés) Células en emparedado.
Disuria	Dolor al orinar.
Dispareunia	Dolor durante las relaciones sexuales.
Endometritis	Infección en el área del endometrio.
Gr	gramos.
IV	Infección Vaginal.
Kg	Kilogramos
Leucorrea	Flujo vaginal anormal con características infecciosas.
Mgs	Miligramos.
Mg	Miligramos.
OR	Odd Ratio (Medición estadística)
Ph	Medición de acidez y/o alcalinidad.
Poliaquiuria	Orinar frecuentemente.
Pielonefritis	Infección de las vías urinarias altas.
RPM	Riesgo de Parto Prematuro
RN	Recién Nacido.
Uretritis	Infección del conducto uretral.
Vaginitis	Infección del tracto vaginal.
Vaginosis	Pérdida del equilibrio de la microbiota normal del conducto vaginal.
VB	Vaginosis Bacteriana.



## 7- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Guías de tratamiento de la candidiasis • CID 2009:48 (1 March)
2. Tratamiento y profilaxis antibiótica de patologías comunes en ginecología y obstetricia, Rev.Hosp.Clín.Univ Chile 2008; 19: 245 – 69.
3. Infecciones del aparato genital femenino: vaginitis, vaginosis y cervicitis; E.J. Perea, Medicine. 2010; 10(57):3910-4.
4. Guía para la práctica clínica de las infecciones vaginales, Rev Cubana Farm v.37 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2003.
5. Morris M, Nicoll A, Simms I, Wilson J, Catchpole M. Bacterial vaginosis: a publichealthreview. Br J ObstetGynaecol 2001; 108-439-50.
6. Modelo OMS de Información sobre Prescripción de Medicamentos. Medicamentos utilizados en las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH. Ginebra: OMS; 1998.
7. Joesoef M, Schmid G. Bacterial Vaginosis. In: ClinicalEvidence. BMJ Publishing Group London Issue 6 December 2001 pag. 1208-47.

8. Behets FM, Miller WC, Cohen M. Syndromic treatment of gonococcal and Chlamydia infections in women seeking primary care for the genital discharge syndrome: decision-making. Bull WHO 2001; 79:1070-1075.
9. Carey JC, Klebanoff MA, Hauth JC, Hillier SL, Thom EA, Ernest JM, et al. Metronidazole to prevent Preterm Delivery in Pregnant Women with asymptomatic bacterial vaginosis. New England J Med 2000; 342(8):534-9.
10. Brocklehurst P, Hannah M, Mc Donald H. Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy. In: The Cochrane Library 2, 2001 Oxford: Update Software.
11. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. Diseases characterized by vaginal discharge JAMA Women's STD Information Center 1998. URL: <http://www.ama-assn.org>(online 26/11/01).
12. Lamont RF. Antibiotics for the prevention of the preterm birth. The New Engl Med 2000; 342(8):581-2.
13. Gilbert DN, Moellering RC, Sande MA. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy. 30 ed. Utah. Antimicrobial Therapy, Inc., 2000.



14. Batteiger BE. International Congress of sexually transmitted infections: 2nd Joint meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research (ISSTD) and the International Union Against Sexually Transmitted Infections (IUSTI) June 24-27, 2001 Berlin, Germany. URL: <http://www.medscape.com> (online 26/11/01).
15. Vermeulen GM, Bruinse HW. Prophylactic administration of clindamycin 2 % vaginal cream to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women with an increased recurrence risk: a randomised placebo-controlled double-blind trial. *Br J Obstet Gynecol* 1999; 106:652-7.



Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social

7a. Avenida 22-72 Zona 1  
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala  
Guatemala, Centroamérica  
PBX: 2412-1224  
[www.igssgt.org](http://www.igssgt.org)



Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social

Diagramación e Impresión  
Serviprensa, S.A.  
300 ejemplares  
Guatemala, 2013

