



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Vaginosis

Elaborado por
Especialistas en Ginecología y Obstetricia

Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

No. **151**



Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social

**Guía de práctica clínica basada en evidencia
(GPC-BE) No. 151**

“Vaginosis”

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Comisión de guías de práctica clínica basadas en
evidencia

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica basadas en la
evidencia (GPC-BE)
GPC-BE No. 151 “Vaginosis”
Edición 2023; págs.54
IGSS, Guatemala.

Elaboración revisada por:

Subgerencia de Prestaciones en Salud-IGSS
Oficio No. 485 de fecha 16 enero de 2023

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión de Guías de práctica clínica basadas en
evidencia;
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS- Guatemala 2023

Derechos reservados- IGSS-2023

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.



Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social

M.Sc. Edson Javier Rivera Méndez
Gerente

Doctor Francisco Javier Gódinez Jerez
Subgerente de Prestaciones en Salud

Grupo de desarrollo

Dr. Pablo Mariano Lobos Carrillo

M. Sc. Ginecología y Obstetricia

M. Sc. Enfermedades Infecciosas y VIH

Hospital de Ginecología y Obstetricia

Dra. Belkys Susana Aurora Castillo Mejicanos

Médico Residente III

Hospital de Ginecología y Obstetricia

Dra. María Gabriela Vásquez Ortiz

Médico Residente III

Hospital de Ginecología y Obstetricia

Dr. Daniel Isaac Figueroa Vásquez

Médico Residente III

Hospital de Ginecología y Obstetricia

Integrantes de la Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia

Dr. Edgar Campos Reyes

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Erika Breshette López Castañeda

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Declaración de conflicto de interés:

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

¿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 sistémica 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.

Fuente: Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

* **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 2)

Tabla 2. Significado de los grados de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	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.

Fuente: Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & Uceda Carrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluza de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

Las **guías de práctica clínica basadas en 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 1a** (en números y letras minúsculas, con base en la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan el **grado de recomendación de buena práctica clínica**, que se anota en el lado derecho del texto **A** (siempre en letras mayúsculas con base en la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

A

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.

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 en el momento 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 cual 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 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, aplicable, práctica y de fácil revisión.

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 de Guías de Práctica Clínica-IGSS
Guatemala, 2022*

Abreviaturas

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
APP	Amenaza de Parto Pretérmino
Cm	Centimetro
EG	Edad Gestacional
FC	Frecuencia Cardiaca
grs.	Gramos
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
ISUOG	International Society Of Ultrasound in Obstetrics and Ginecology
IV	Intravenosa
Kg	Kilogramos Mm
Mgs	Miligramos.
NIC	Neoplasia Intracervical
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OR	Odd Ratio
RPM	Riesgo de Parto Prematuro
RN	Recién Nacido
SC	Subcutáneo
TPP	Trabajo de Parto Pretérmino
TV	Tacto Vaginal/ Transvaginal
UI	Unidades Internacionales
VB	Vaginosis Bacteriana
VO	Vía oral
WHO	World Health Organization / Organización Mundial de la Salud (OMS)

Índice

1. Introducción	1
2. Objetivos	3
3. Metodología	5
4. Contenido	9
5. Glosario de términos y conceptos	29
6. Anexos	30
7. Referencias bibliográficas	31

Guía de práctica clínica basada en evidencia sobre “Vaginosis”



1. INTRODUCCIÓN

La patología infecciosa del tracto genital inferior representa más del 50% del total de consultas en ginecología, con sintomatología variable pero que puede ser común entre pacientes, síntomas tales como prurito, ardor, irritación vulvar y/o vaginal, leucorrea, cambio en coloración de secreción vaginal, fetidez en secreciones vaginales, dispareunia, disuria, polaquiuria y una gama de síntomas inespecíficos, son los causales de las incomodidades presentadas por las pacientes.

Dado a ello resulta muy difícil distinguir el tipo de infección por sí solas en base a la sintomatología, por lo que es absolutamente necesaria la realización de exploración y el estudio microbiológico para establecer un adecuado diagnóstico.

Las Vulvovaginitis bacteriana y la Candidiasis genital, constituyen una infección endógena, sin pertenecer a la categoría de Infecciones de transmisión sexual, pero están íntimamente ligadas a la vida sexual de las pacientes, un tercio de mujeres entre 14 y 49 años (edad fértil) tienen Vaginosis Bacteriana, 75 % de mujeres desarrollarán una vulvovaginitis candidiásica una vez en la vida y 5 a 8% de mujeres desarrollarán vulvovaginitis crónica recurrente, es por ello la importancia de un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado, involucrando el entorno del Huésped.

El microbioma o la microbiota vaginal es un factor importante en el desarrollo de Vulvovaginitis, ya que existe una diversidad de microorganismos en la composición del mismo, que varían según edad, etnia, siendo a la vez difícil la diferenciación de los microorganismos patógenos y no patógenos, siendo la recurrencia de la Vaginosis y Vulvovaginitis, en parte a la inhabilidad de los antibióticos

de erradicar el biofilm bacteriano, que actuara como adyuvante a la permanencia de los microorganismos.

A continuación, presentamos los hallazgos más relevantes en cuanto a manejo de las patologías más frecuentes del tracto genital inferior.

2. OBJETIVOS

General

Describir el diagnóstico, manejo y tratamiento de las Vaginosis con el propósito que sea utilizado por el personal que presta atención médica a los pacientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Específicos

1. Explicar la clínica e historia natural de las pacientes con Vaginosis
2. Determinar el diagnóstico clínico de las pacientes con Vaginosis
3. Exponer los estudios paraclínicos utilizados para el diagnóstico de Vaginosis
4. Explicar las comorbilidades asociadas Vaginosis.
5. Describir la terapéutica más adecuada, utilizada en Vaginosis

3. METODOLOGÍA

Definición de preguntas

1. ¿Cuál es la definición de Vaginosis?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la presencia de Vaginosis?
3. ¿Con que frecuencia se presenta la Vaginosis?
4. ¿Cuáles son los signos y síntomas de la Vaginosis?
5. ¿Cuáles son las causas más frecuentes de la Vaginosis?
6. ¿Cómo se realiza el diagnóstico de Vaginosis?
7. ¿Cuál es la clasificación de la Vaginosis?
8. ¿Cuáles son las pautas terapéuticas para el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la Vaginosis?
9. ¿Cómo se realiza el seguimiento de la paciente con Vaginosis?
10. ¿Cuál es el abordaje general de la paciente con Vaginosis?

Criterios de inclusión de los estudios:

Se incluyeron artículos de revista, revisiones sistemáticas, revisiones de caso, guías de manejo americanas y europeas en inglés y español; con disponibilidad vía electrónica gratuita con fechas de las publicaciones desde 2016 a 2022.

Criterios de exclusión de los estudios:

Estudios de idiomas diferentes al inglés y español, incompletos, con datos no aplicables a nuestro medio, sin fundamento científico y sin niveles adecuados de evidencia.

Estrategia de búsqueda

Consultas en materiales electrónicos:

- Google académico
- Guías de Práctica Clínica
- Revistas médico- científicas

Palabras clave: Vaginosis, Vaginitis, Vaginosis Bacteriana, Vaginosis Mixta, Vaginosis Fúngica

Consultas electrónicas a las siguientes referencias:
www.nejm.org,
www.acog.org, www.pubmed.com, www.bjm.com,
www.cochrane.org, www.scielo.sld.cu, www.fasgo.org

Otras fuentes bibliográficas: revistas internacionales, libros de texto, Guías de Práctica Clínica, entre otras.

Población diana

Mujeres en edad reproductiva, beneficiarias y derechohabientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que asisten a control ginecológico en los centros de atención médica del IGSS.

Usuarios de la guía

Personal médico especializado en Ginecología, Médicos Residentes de la Maestría de Gineco-Obstetricia y de otras especialidades, Médicos de las Unidades de Ultrasonido, Médicos Generales, personal paramédico y personal de salud que presta sus servicios en el IGSS, así como en otras instituciones que ofrecen atención médica.

Implicaciones para la práctica:

Realizar una detección oportuna de las pacientes con vaginosis, así como, seleccionar adecuadamente a las pacientes que se beneficiarían de un cambio en el estilo de vida, así como de los distintos tratamientos médicos disponibles, según sus factores de riesgo metabólicos para reducir a largo plazo el desarrollo de otras comorbilidades y afectaciones en la reproducción.

Limitaciones en la revisión de la literatura

A través de la revisión de la literatura sobre vaginosis se detectaron limitaciones en cuanto a la unificación de criterios diagnósticos y ausencia de estudios y estadísticas significativas para determinar la incidencia de dicha enfermedad en la población guatemalteca.

Fecha de la elaboración, revisión y año de publicación de esta guía

Elaboración durante 2022

Revisión 2023

Publicación año 2023

4. CONTENIDO

Definición

Vaginitis/Vaginosis se define como una inflamación o infección de la vagina que se asocia con un espectro de síntomas dependiendo del agente infeccioso que la produzca, incluyendo picazón vulvovaginal, ardor, irritación, dispareunia, olor vaginal a "pescado" o flujo vaginal anormal. (ACOG, 2020)

1a

Vaginosis bacteriana no es un verdadero estado infeccioso o inflamatorio, representa un cambio en el microbioma normal de la vagina con un crecimiento excesivo de organismos anaerobios y la falta de lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno. (ACOG, 2020)

A

Vaginosis fúngica se refiere a la infección vaginal producida por agentes micóticos, principalmente especies de *Candida*. (ACOG, 2020)

Vaginosis mixta se refiere a una infección vaginal producida por múltiples agentes microbianos (bacterias y hongos).

Epidemiología

La vaginosis es considerada la causa más común de síntomas vaginales. Aproximadamente, el 70% de los casos son asintomáticos. (CDC, 2020)

1a

Las causas más frecuentes de vaginitis son vaginosis bacteriana, candidiasis vulvovaginal y tricomoniasis. En pacientes con síntomas vaginales, se diagnostica candidiasis vaginal en 17 a 39% de los casos, vaginosis bacteriana en 22 a 50% y tricomoniasis en 4 a 35%; otras etiologías incluyen enfermedades de la piel vulvar, vaginitis inflamatoria descamativa y síndrome genitourinario asociado a menopausia. (ACOG, 2020)

A

Prevalece en un 15% de pacientes embarazadas, 20 a 25% en pacientes jóvenes y 30 a 40% de pacientes con ITS, en poblaciones de raza negra e hispanas. (Jorma Paavonen, 2018), (Makella S Coudray, 2019)

La vaginosis bacteriana recurre en un 30% a los 3 meses de tratamiento y en un 58% a los 12 meses. (ACOG, 2020)

Historia natural

La composición bacteriana del microbioma vaginal está relacionada con los estados de salud y enfermedad de las mujeres. Este microbioma es dinámico, con cambios en su composición relacionados con el embarazo, la menstruación y enfermedades como la vaginosis bacteriana. (Jorma Paavonen, 2018)

1a

Durante los años reproductivos de una mujer, el microbioma parece estar influenciado principalmente por los efectos del estrógeno en células epiteliales vaginales, predominio de lactobacilos y pH bajo. El microbioma vaginal también puede verse influido transitoriamente por otros factores como: uso de agentes antimicrobianos, actividad sexual y menstruación. (Jorma Paavonen, 2018)

El estado de estrógeno juega un papel crucial en la determinación del estado normal de la vagina. Durante los años de reproducción, la presencia de estrógeno aumenta el glucógeno contenido en las células epiteliales vaginales, que a su vez favorece la colonización de la vagina por lactobacilos. Este mayor nivel de colonización conduce a la producción de ácido láctico y una disminución resultante en el pH vaginal de 4,5. Este ambiente ácido protege contra el crecimiento de organismos patógenos y es clave para mantener un ecosistema vaginal equilibrado. El microbioma vaginal normal es heterogéneo; *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli*, estreptococos del grupo B, especies de

Mycoplasma genital y Candida albicans son comúnmente encontrados. (ACOG, 2020)

El estado de estrógeno juega un papel crucial en la determinación del estado normal de la vagina. Durante los años de reproducción, la presencia de estrógeno aumenta el glucógeno contenido en las células epiteliales vaginales, que a su vez favorece la colonización de la vagina por lactobacilos. Este mayor nivel de colonización conduce a la producción de ácido láctico y una disminución resultante en el pH vaginal de 4,5. Este ambiente ácido protege contra el crecimiento de organismos patógenos y es clave para mantener un ecosistema vaginal equilibrado. El microbioma vaginal normal es heterogéneo; Gardnerella vaginalis, Escherichia coli, estreptococos del grupo B, especies de Mycoplasma genital y Candida albicans son comúnmente encontrados. (ACOG, 2020)

El microbioma vaginal se ha clasificado en cinco tipos de estados comunitarios (TEC). Cuatro TEC están dominados por un lactobacillus (ácido láctico-productoras): Lactobacillus crispatus, L. gasseri, L. iners o L. jensenii. El quinto tipo se caracteriza por bajas concentraciones o ausencia de lactobacilos y altas concentraciones de flora anaeróbica obligada o facultativa. Este TEC se asocia con la vaginosis bacteriana. (Jorma Paavonen, 2018)

Por lo tanto, se puede concluir que un pH bajo asociado con lactobacilos es un mecanismo de defensa contra enfermedades de transmisión sexual y otras infecciones, ya que inhibe el crecimiento bacteriano. (Jorma Paavonen, 2018)

Tabla 1.
Factores de riesgo

Tipo de vaginitis	Factores de riesgo
Vaginosis bacteriana	Bajo estatus económico, duchas vaginales, fumar, múltiples parejas sexuales, nueva pareja sexual, coito sin protección, mujeres que tienen sexo con otras mujeres.
Candidiasis vulvovaginal	Uso de antibióticos reciente, embarazo, diabetes mellitus no controlada, VIH/SIDA, uso de corticoides, inmunosupresión.
Tricomoniasis	Bajo estatus económico, múltiples parejas sexuales, otras ITS, abuso de drogas, coito sin protección, fumar.

Fuente: (Heather L. Paladine, 2018) Modificado por grupo de trabajo

Factores protectores

- Uso de preservativo
- Circuncisión masculina
- Anticoncepción hormonal (ACOS o sólo con progestina) (CDC, CDC, 2021), (Makella S Coudray, 2019)

Examen físico

Muchas pacientes presentan síntomas vulvovaginales no específicos como:

- Aumento de volumen del flujo vaginal (normal 1-4 ml/día)
- Cambio de color del flujo vaginal
- Cambio de olor del flujo vaginal
- Prurito
- Sensación urente
- Irritación
- Eritema
- Dispareunia
- Disuria
- Manchado hemático (UpToDate, 2022)

1a

A

Los pasos principales que seguir a la evaluación de pacientes con síntomas de vaginosis son:

- Realizar un examen físico e historia clínica detallada
- Realizar pruebas para para infecciones vaginales y cervicales
- Tratamiento según microor ganismo identificado
- Reevaluación posterior al tratamiento (UpToDate, 2022)

Historia clínica

Es importante distinguir la localización de los síntomas (vagina, vulva, ano), describir los síntomas y su duración. Se debe interrogar acerca de la historia sexual de la paciente (número de parejas sexuales, género de parejas y prácticas sexuales), tratamientos previos y prácticas de higiene (depilación, duchas vaginales), comorbilidades (diabetes mellitus, VIH, inmunosupresión) y síntomas relacionados a ciclos menstruales. (ACOG, 2020)

1a

Al iniciar el examen físico es importante evaluar la existencia de dermatosis vulvar la cual se caracteriza por eritema, hipopigmentación, pápulas, placas, melanosis, edema o cambios de la arquitectura, los cuales sugieren cambios inflamatorios crónicos. Esto contribuye a orientar el diagnóstico más probable, ya que en la vaginosis bacteriana no se afecta la vulva mientras que una causa fúngica o una infección por tricomoniasis se produce eritema vulvar y edema adicional a los hallazgos vaginales, incluso pueden producirse fisuras. (ACOG, 2020)

A

Características según etiología

Vaginosis bacteriana

Se caracteriza por flujo lechoso o blanco-grisáceo, homogéneo, con olor a pescado. Microscópicamente hay ausencia de inflamación vaginal indicada por ausencia de neutrófilos. Si existe inflamación, representada por eritema, excoriaciones, fisuras o sangrado, indica que podría tratarse de una infección mixta u otra patología. (Jorma Paavonen, 2018)

1a

El olor a pescado se puede evidenciar no sólo clínicamente, sino que al obtener un resultado positivo en la prueba de Whiff, la cual consiste en agregar una gota de hidróxido de potasio a una muestra de flujo vaginal en un portaobjetos obteniendo el olor característico. Este es causado por la liberación de ácidos orgánicos o alcalinización de poliamidas, productos del metabolismo anaeróbico bacteriano (putrescina, cadaverina). (Jorma Paavonen, 2018) (Chemen M. Neal, 2019)

B

Tricomoniasis

Más del 50% de las pacientes que la presentan son asintomáticas. Las pacientes que han presentado síntomas refieren flujo vaginal amarillo, verde o gris, prurito, sensación urente, disuria e irritación vulvar.

A la inspección cervical se observa un aspecto en fresa o punteado del cérvix. (Chemen M. Neal, 2019)

Candidiasis

Es la infección vaginal que más comúnmente produce prurito vulvovaginal. Además, se caracteriza por flujo vaginal blanco, pegajoso, maloliente, aspecto de “queso cotage”, que se adhiere a las paredes vaginales y/o vestíbulo vaginal. (Jack D Sobel, 2020)

La candidiasis vaginal se puede clasificar en no complicada o complicada según los siguientes parámetros:

Tabla 2.

Clasificación de la candidiasis

Características	No complicada	Complicada
Frecuencia	Episodios esporádicos e infrecuentes	Episodios recurrentes (≥4 por año)
Intensidad	Síntomas leves a moderados	Síntomas severos
Especies	Sospecha de infección por <i>Cándida Albicans</i>	Sospecha de infección por <i>Cándida</i> NO <i>Albicans</i>
Huésped	Sin comorbilidades	Comorbilidades: diabetes mellitus, menopausia, inmunosupresión, enfermedades médicas severas. Embarazo

Fuente: (Hoza, 2021) Modificado por grupo de trabajo

Tabla 3.
Signos y síntomas según etiología

	Hallazgos normales	Candidiasis vulvovaginal	Vaginosis bacteriana	Tricomoniasis
Síntomas	Ninguno o leves transitorios	Prurito, dispareunia, dolor	Flujo vaginal maloliente	Flujo vaginal maloliente, sangrado postcoital, dispareunia, disuria
Signos	Flujo vaginal normal; 1-4 ml/día, blanco o transparente, viscoso o filente, sin mal olor.	Eritema vulvar y/o edema. Flujo vaginal blanco o pegajoso, puede o no adherirse.	Flujo vaginal blanco-grisáceo	Flujo vaginal verde-amarillo, eritema vulvovaginal

Fuente: (Jack D Sobel, 2020) Modificado por grupo de trabajo.

Diagnóstico

Candidiasis vaginal

La paciente se presenta con prurito, disuria y dispareunia de predominio en introito vaginal, usualmente acompañada de leucorrea grumosa.

A la inspección con espéculo se evidencia secreción blanca, grumosa y adherente a las paredes vaginales (típicamente como “requesón o queso cottage”); la mucosa vaginal se observa visiblemente enrojecida. (Espitia De La Hoz, 2021)

1a

A

Tabla 4.
Pruebas paraclínicas

Prueba	Interpretación
pH vaginal	Normal (<4,5) descarta la vaginosis bacteriana
Microscopía con KOH (hidróxido de potasio) o NaOH (hidróxido de sodio)	Presencia de pseudohifas o micelios Presencia de blastosporas o pseudohifas de levadura (presentes en el 30-50% de pacientes sintomáticas)
Papanicolau	Evidencia de <i>Candida</i> spp. en frotis de secreciones cervicovaginales
Agglutinación de partículas de latex (LPA, por sus siglas en inglés)	Detección de antígeno-anticuerpo para <i>Candida</i> en secreción vaginal.
Prueba de inmunocromatografía sensible (ICT, por sus siglas en inglés) CandiVagi®	Se utiliza para el diagnóstico rápido de la CVV utilizando un anticuerpo monoclonal (MAb), inmunoglobulina M (IgM) dirigido contra el manano de <i>Candida</i> spp.

1a

A

Fuente: Adaptado de van Schalkwyk & Yudin, 2015 y Espitia De La Hoz, 2021



Fuente: *Hainer BL, Gibson MV. Vaginitis. Am Fam Physician. 2011;83(7):814.*

1a

Vaginosis bacteriana

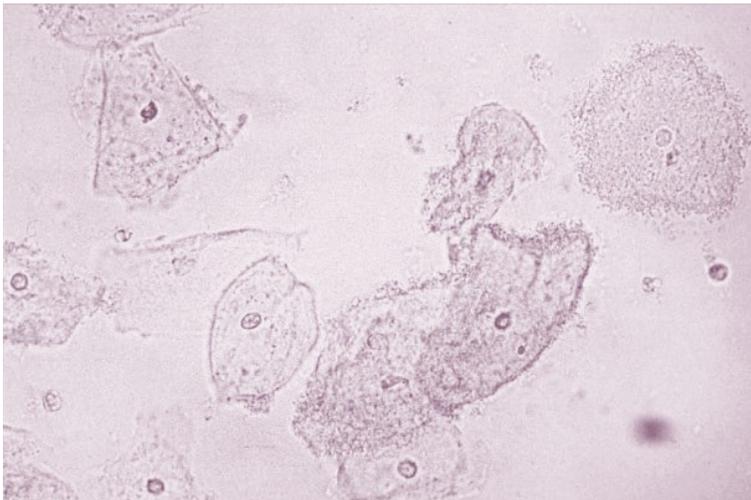
Se presenta con secreción vaginal abundante de color blanco-grisáceo con “olor a pescado”, más notoria luego del coito sin protección o en los periodos de menstruación. Eritema en mucosa vaginal presente en alrededor del 50% de las pacientes y el resto cursan de forma asintomática. (Espitia De La Hoz, 2021)

Criterios de AMSEL

La presencia de 3 o más criterios hace el diagnóstico.

1. pH de la secreción vaginal $>4,5$
2. 20% de presencia de células claves al observar con microscopio óptico
3. Olor a pescado al adicionar KOH al 10% al flujo (prueba de aminas positiva)
4. Secreción vaginal fina, grisácea, homogénea y adherente

A



Fuente: Hainer BL, Gibson MV. *Vaginitis*. Am Fam Physician. 2011;83(7):809.

Puntaje de NUGENT

1a

Sistema de puntuación utilizando tinciones Gram de hisopado vaginal, calculado basado en la morfología de las bacterias (morfotipos bacterianos: bacilos Gram positivos tipo lactobacillus, los cocobacilos Gram variables pleomórficos tipo gardnerella/bacteroides y los bacilos Gram negativos curvos tipo mobiluncus spp.) (Nugent, Krohn, & Hillier, 1991)

A

Tabla 5.
Puntaje de NUGENT

Morfotipo	Número por campo de gran aumento	Puntaje
Bacilos Gram positivos	< 30	0
	5-30	1
	1-4	2
	< 1	3
	0	4
Mobiluncus	>5	2
	<1-4	1
	0	0
Gardhenella	> 30	4
	5-30	3
	1-4	2
	<1	1
	0	0

Puntaje de ≥ 7 indica vaginosis bacteriana; 4-6 microbiota intermedia (se debe repetir la prueba con especio de una semana); 0-3 microbiota normal. (van Schalkwyk / Yudin, 2015)

Tabla 6.
Clasificación de HAY-ISON

Grado	Definición	Clasificación
Grado 0		Presencia de células con ausencia de bacterias.
Grado I	Microbiota normal	Predominio de lactobacilos
Grado II	Microbiota intermedia	Flora mixta con predominio de lactobacilos y presencia de Gardnerella o Mobiluncus.
Grado III	Vaginosis bacteriana	Predominio de Gardnerella y/o Mobiluncus con pocos o ningún lactobacilo.
Grado IV		Microbiota compuesta por cocos Gram positivos.

1a

A

El método de Hay-Ison por su sensibilidad, posee una capacidad para detectar enfermos, similar al método de Amsel, no obstante, su especificidad es menor que la del método de Amsel por lo que tiene menor capacidad de discriminar a pacientes sin la enfermedad. El método de Amsel posee un porcentaje mayor de pacientes correctamente diagnosticados, sin embargo, el método de Ison-Hay a través de sus 5 grados proporciona una valoración más amplia de la microbiota vaginal y no se limita al diagnóstico de vaginosis. (Jiménez-Flores, Flores-Tlalpa, Ruiz-Tagle, & Villagrán-Padilla, 2020)

Los cultivos no son confiables ante la falta de especificidad, dado que se trata de una infección polimicrobiana, por lo tanto, no se recomiendan.

Tricomoniasis

La mayoría de pacientes se encuentran asintomáticas. La sintomatología se exagera al presentar incremento del pH vaginal (durante la menstruación, la ovulación o el período postcoital) Se puede observar leucorrea abundante, espumosa y burbujeante de color amarillo-verdoso o amarillo, fetidez y edema o eritema de mucosas, podría estar presente prurito, dispareunia y disuria. Al explorar el cérvix se presenta cervicitis con la característica de cuello aframbuezado o colpitis macularis o colpitis focal. (van Schalkwyk & Yudin, 2015)

El diagnóstico clínico no es específico, siendo necesaria la confirmación de laboratorio, ya sea mediante el estudio en fresco, citología vaginal, cultivo, pruebas serológicas y técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (TAAN).

Visualización en fresco

Examen en fresco del exudado vaginal muestra tricomonas móviles (sensibilidad del 62-92% y especificidad del 98%), mientras que las técnicas de cultivo se utilizan ampliamente para el diagnóstico . (van Schalkwyk & Yudin, 2015)



Fuente: Hainer BL, Gibson MV. Vaginitis. Am Fam Physician. 2011;83(7):814.

En las mujeres sintomáticas sospechosas de tricomoniasis, pero sin tricomonas móviles se deberá hacer cultivo que es el gold standard donde no se encuentren las TAAN

Las técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (TAAN)

Estas pruebas pueden detectar ADN de TV en hisopos vaginales o endocervicales y en muestras de orina ya que la uretra se encuentra colonizada en un 90% del paciente. Con una sensibilidad entre el 88-97% y especificidad entre el 98-99%. Esta debe ser la prueba preferida cuando los recursos así lo permitan (Espitia De La Hoz, 2021) (Coleman & Gaydosb, 2018)

Complicaciones

La vaginosis bacteriana pone en riesgo a las mujeres para contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) y también Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). La vaginosis bacteriana es un factor de riesgo para parto pretérmino y aborto en las mujeres embarazadas. (Taylor, Darville, & Haggerty, 2013)

Un meta-análisis encontró una asociación positiva entre vaginosis bacteriana e infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) (Gillet, Meys, & Verstraelen, 2011). La vaginosis recurrente puede causar afección psicológica y evitación de las relaciones sexuales debido a la incomodidad y el olor vaginal. (Taylor, Darville, & Haggerty, 2013)

La vaginosis bacteriana, endometritis, enfermedad inflamatoria pélvica y la infertilidad comparten vías fisiopatológicas. La inmunidad, inflamación, y la microbiota cervicovaginal tienen un papel que contribuye a la infertilidad, sin embargo, se necesitan estudios longitudinales prospectivos más grandes para determinar la asociación entre ellas. Hasta entonces la Vaginosis bacteriana debe tratarse de forma urgente para evitar las

1a

A

secuelas que incluyen: enfermedades de transmisión sexual, enfermedad inflamatoria pélvica y endometritis. (Ravel, Moreno, & Simón, 2021)

Tratamiento

El objetivo de recibir tratamiento para la Vaginosis es:

- Reducir el crecimiento bacteriano
- Promover a los lactobacilos como dominantes en la microbiota vaginal
- Disminuir el riesgo de transmisión y adquisición de enfermedad de transmisión sexual (UpToDate, 2022)

Actualmente, la CDC recomienda que los pacientes con infecciones bacterianas vaginales deben realizarse pruebas de VIH y ETS. (AGOG 2020)

El tratamiento se basa en el uso de nitroimidazoles vía intravaginal y oral. Es importante la abstinencia del consumo de alcohol durante 24 horas posterior a finalizar el tratamiento con metronidazol y 72 horas con el uso de tinidazol. Los pacientes también deben abstenerse de actividad sexual durante el tratamiento o utilizar preservativo especialmente en los casos donde se opta por óvulos o gel intravaginal. No se recomienda el uso de tampones cuando el tratamiento es local, ya que evita la dispersión adecuada del medicamento. (AGOG, 2020)

Posterior al tratamiento la vaginosis puede reaparecer, el 30% presenta un nuevo episodio en menos de 3 meses y un 58% lo presenta en un año. Factores asociados a la recurrencia incluye duchas vaginales, actividad sexual frecuente, persistencia de un patógeno en específico o dificultad para restablecer en la flora vaginal el predominio de lactobacilos. (AGOG, 2020)

La selección del tratamiento se basa en las preferencias del paciente, costo, historia de respuesta o antecedentes de efectos adversos. Usualmente, el tratamiento vía oral genera síntomas gastrointestinales o cefalea. (UpToDate, 2022)

1a

A

Tratamiento farmacológico paciente no embarazada



El tratamiento con metronidazol y clindamicina oral o vaginal es actualmente la terapia de elección, otra alternativa es el uso de tinidazol o secnidazol. Se recomienda utilizar tinidazol cuando no está disponible clindamicina o no es adecuadamente tolerado. Secnidazol se caracteriza por una vida media mayor al metronidazol (17 horas versus 8 horas). A continuación, se presenta los diferentes esquemas aprobados: (UpToDate, 2022):

Tabla 7.

Tratamiento farmacológico paciente no embarazada

Medicamento	Régimen
Clindamicina (Código IGSS 2021: 07)	Tableta: 300 mg dos veces al día por 7 días Gel vaginal 2%: Aplicador de 5 gramos vaginal una vez al día por 7 días Óvulo: 100 mg una vez al día por 3 días
Tinidazol (Actualmente no disponible en listado de medicamentos IGSS)	Tableta: 1 gramo cada 24 horas por 5 días
Secnidazol (Actualmente no disponible en listado de medicamentos IGSS)	Tableta: 2 gramos única dosis

Fuente: Adaptado de UpToDate 2022

1a

A

Tratamiento farmacológico durante embarazo

Durante el embarazo se prefiere utilizar metronidazol por su adecuada eficacia. La terapia tópica no demuestra menor eficacia versus la vía oral y previene resultados adversos del embarazo como parto prematuro.

Tabla 8.

Tratamiento farmacológico en paciente embarazada

Medicamento	Régimen
Metronidazol (CODIGO IGSS 2021: 148)	Tableta 500 mg dos veces al día por 7 días 250 mg tres veces al día por 7 días Gel vaginal 0.75% (Actualmente no disponible en listado de medicamentos IGSS) Aplicador de 5 gramos vaginal una vez al día por 5 días
Clindamicina (CODIGO IGSS 2021: 07)	Tableta 300 mg dos veces al día por 7 días Crema vaginal 2%(Actualmente no disponible en listado de medicamentos IGSS) Aplicador de 5 gramos por la noche durante 7 días

1a

A

Tratamiento tricomonas

La terapia con nitroimidazoles es adecuada para infección vaginal por tricomonas no complicada. Se recomienda utilizar metronidazol (vía oral 500 mg dos veces al día durante 7 días o tinidazol 2 gramos única dosis). En pacientes con reinfección o tratamiento ineficaz, se debe utilizar altas dosis de tinidazol (500 mg cada 6 horas por 14 días). (AGOG, 2022)

Tratamiento candidiasis vaginal

La terapia intravaginal con nitroimidazoles o fluconazol Clindamicina (CODIGO IGSS 2021: 124) oral (150 mg única dosis) se recomienda en candidiasis vaginal no complicada, ya que el 90% de pacientes sintomáticas responden al tratamiento. Sin embargo, en pacientes con candidiasis vaginal complicada debe utilizarse tratamiento antifungico prolongado con fluconazol (150 mg una vez a la semana durante 6 meses). (AGOG, 2022)

Tratamiento Vaginosis bacteriana

El tratamiento con mayor eficacia incluye clindamicina (crema vaginal 2%, aplicador 5 gramos cada noche durante 7 días) o metronidazol vía oral o vaginal (tableta 500 mg dos veces al día por 7 días o gel 0.75% aplicador 5 gramos vaginal una vez al día por 5 días), también está recomendado tratamiento con secnidazol (2 gramos dosis única). Pacientes en quienes se ha documentado por separado al menos tres episodios en un año cumplen los criterios de vaginosis bacteriana recurrente y puede ofrecerse gel de metronidazol 2 veces por semana durante 16 semanas luego de finalizar el tratamiento del episodio agudo. (AGOG, 2020).

1a

A

Tratamientos combinados

Para microorganismos predominantes como *Candida Albicans*, *Candida spp* y *Gardnerella vaginalis* se documenta efectividad con tratamiento combinado Clindamicina, terconazol y fluocinolona o Nistatina, metronidazol y fluocinolona.

Ambos disminuyen la sintomatología en 10 días, sin embargo, el óvulo con Clindamicina, terconazol y fluocinolona disminuye el dolor vulvar en menor cantidad de tiempo. El tratamiento de metronidazol, nistatina y fluocinolona tienen mejor resultado en disminuir el prurito vaginal. Ambos tratamientos aumentan la cantidad de lactobacilos posterior a ser utilizado 10 días, lo cual favorece la flora vaginal. (INPER 2010).

La presencia de *Candida*, *Gardnerella*, *Mobiluncus* y *Bacteroides* representa un riesgo de ruptura prematura de membranas en pacientes embarazadas. La terapia farmacológica combinada de ketoconazol 400 mg asociado a clindamicina 100 mg vía vaginal ha demostrado eficacia en este tipo de microorganismos tratamiento debe indicarse por 6 días y puede utilizarse la presentación en óvulos vaginales o crema vaginal. (GINECOL 2008)

El tratamiento oral con itraconazol y secnidazol ha demostrado mayor eficacia en pacientes con leucorrea de intensidad moderada a severa en menor cantidad de tiempo. Pacientes con prurito, dispareunia y disuria presentan mejoría clínica desde el día 1 con tratamiento combinado de itraconazol y secnidazol, dicha terapia combinada representa mayor comodidad y facilidad de administración lo cual favorece el apego al tratamiento y mejoría clínica en menor tiempo. (GINECOL, 2010)

5. Glosario



Cistitis	Infección en la vejiga urinaria.
Cervicitis	Infección del Cérvix uterino.
Cervix	Representa la zona inferior del útero y mide entre 2 y 3 cm de largo.
Disuria	Dolor a la micción.
Dispareunia	Dolor al coito.
Endometritis	Infección en el área del edometrio.
Leucorrea	
Parto	Flujo vaginal anormal con características infecciosas.
Parto pretérmino	Expulsión o extracción por cualquier vía, de un feto de 500gr. o más de peso.
Ph	Parto que ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación (menos de 259 días completos).
Pielonefritis	Medición de acidez y/o alcalinidad.
Poliaquiuria	Infección de las vías urinarias altas.
Profilaxis	Micción frecuente. Conjunto de medidas que se toman para proteger o preservar de las enfermedades.
Uretritis	Infección del conducto uretral.
Vaginitis	Inflamación del tracto vaginal.
Vaginosis	Pérdida del equilibrio de la microbiota normal del conducto vaginal.

Anexo 1

Diagnóstico	Vagina normal	Vulvovaginitis por <i>Cándida</i>	Tricomoniiasis	Vaginosis
Flora microbiana	Lactobacillus spp.	<i>C. albicans</i> y otras levaduras	<i>T. vaginalis</i>	<i>Gardnerella vaginalis</i> Microplasma y anaerobios
Síntomas	Ninguno	Irritación y prurito vulvar, leucorrea	Leucorrea profusa y maloliente	Leucorrea maloliente y abundante
Exudado vaginal	Claro o blanco flocular, no homogéneo	Blanco. En agregados adherentes	Amarillentos. Homogéneo, poco viscoso, a menudo espumoso	Blanco o grisáceo. Homogéneo
Inflamación del introito vulvar o vaginal	No	Eritema del epitelio vaginal, frecuente dermatitis	Eritema del epitelio vaginal, petequias en cervix	No
PH del exudado	<4,5	<4,5	>4,5	>4,5
Olor a aminas (pescado) cuando se añade KOH (10%) al exudado vaginal	No	No	Con frecuencia	Siempre
Examen microscópico	Células epiteliales. Predominio de lactobacillus.	Leucocitos, células epiteliales: levadura, pseudomicelios en el 80%	Leucocitos, trichomonas en el 80-90% de las sintomáticas	Células "clave" escasos PMNS, Lactobacillus, Flora mixta
Tratamiento	No	Clotrimazol o intravaginal, 1 semana	Metronidazol, 2g por vía oral, una sola dosis	Metronidazol 500mg/12 horas, 5-7 días
Actitud con parejas sexuales	Ninguna	Ninguna: si hay dermatitis del pene, tratamiento tópico	Búsqueda de otras ETS. Metronidazol	Búsqueda de otras ETS.

6. Referencias bibliográficas



CDC. (10 de febrero de 2020). Centers for Disease Control and Prevention. Obtenido de Bacterial Vaginosis (BV) Statistics: <https://www.cdc.gov/std/bv/stats.htm>

Jorma Paavonen, M. P. (2018). Bacterial Vaginosis and Desquamative Inflammatory Vaginitis. *The New England Journal of Medicine*, 2246-2254.

Makella S Coudray, P. M. (2019). Bacterial Vaginosis - A Brief Synopsis of the Literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive*, 143-148.

Vieira-Baptista, P., Silva, A., Costa, M., Figueiredo, R., Saldanha, C., & Sousa, C. (2021). Diagnosis of bacterial vaginosis: Clinical or microscopic? *Gynecology Obstetrics*, 1-8.

Chemen M. Neal, M. M. (2019). Non-Candidal Vaginitis: A Comprehensive Approach to Diagnosis & Management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1-30.

Jack D Sobel, M. (2020). Approach to females with symptoms of vaginitis. *UpToDate*, 1-39.

Heather L. Paladine, M. M. (1 de Marzo de 2018). *The American Family Physician*. Obtenido de www.aafp.org/afp

Hoza, F. J. (2021). Síndrome de flujo vaginal (vaginitis / vaginosis): actualización diagnóstica y terapéutica. *Rev Peru Investig Matern Perinat*, 42-55.

ACOG. (2020). Vaginitis in Nonpregnant Patients. *ACOG*, 1-17. CDC. (22 de Julio de 2021). CDC. Obtenido de Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/bv.htm>
UpToDate. (2022). Bacterial vaginosis. *UpToDate*.

Espitia De La Hoz, F. J. (2021). Síndrome de flujo vaginal (Vaginitis/Vaginosis): Actualización Diagnóstica y Terapéutica . *Rev Peru Investig Matern Perinat*, 42-55.

Nugent, R., Krohn, M., & Hillier, S. (1991). Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. *J Clin Microbiol*, 297-301.

Jiménez-Flores, G., Flores-Tlalpa, J., Ruiz-Tagle, A. C., & Villagrán Padilla, C. L. (2020). Evaluación de los métodos utilizados para el diagnóstico de vaginosis bacteriana en el Hospital Regional ISSSTE Puebla. *CienciaUAT*, 62-71.

Makella S Coudray, P. M. (2019). Bacterial Vaginosis - A Brief Synopsis of the Literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive* , 143-148.

van Schalkwyk, J., & Yudin, M. (2015). Vulvovaginitis: screening for and management of trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis, and bacterial vaginosis. *J Obstet Gynaecol Can*, 266-274.

Coleman, J. S., & Gaydosb, C. A. (2018). Molecular Diagnosis of Bacterial Vaginosis: an Update. *Journal of Clinical Microbiology*, 56:e00342-18.

Taylor, B., Darville, T., & Haggerty, C. (2013). Does bacterial vaginosis cause pelvic inflammatory disease? *Sex Transm Dis*, 117-122.

Gillet, E., Meys, J., & Verstraelen, H. (2011). Bacterial vaginosis is associated with uterine cervical human papillomavirus infection: a meta-analysis. *BMC Infect Dis*.

Ravel, J., Moreno, I., & Simón, C. (2021). Bacterial vaginosis and its association with infertility, endometritis, and pelvic inflammatory disease . *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 251-257.

Gerardo Casanova-Román,* Hermenegilda Madrid,‡ Celso Diógenes Ramírez-Palacios,§ Jesús Sánchez-Contreras (2010). Efectividad de dos óvulos de triple composición en el tratamiento de la vaginitis/vaginosis. *Perinatol Reprod Hum* 2010; 24 (1): 28-35.

Alvarado García, Alberto; Gaviño Ambriz, Salvador. 2010. Itraconazol + Secnidazol* cápsulas vs. óvulos vaginales Acetónido de Fluocinolona 0.05 mg, Nistatina 100,000 U y Metronidazol 500 mg en el tratamiento sintomático de la vaginitis, *Ginecol. obstet. Méx* ; 66(4): 173-8

Eugenio Castillo Huerta,* Miguel Garibay Valencia,** Felio Mirabent-González J. 2008. Eficacia del ketoconazol y la clindamicina vaginal vs clindamicina oral en la prevención de la rotura prematura de membranas. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(7):373-80.



Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social

7a. Avenida 22-72 Zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224
www.igssgt.org

