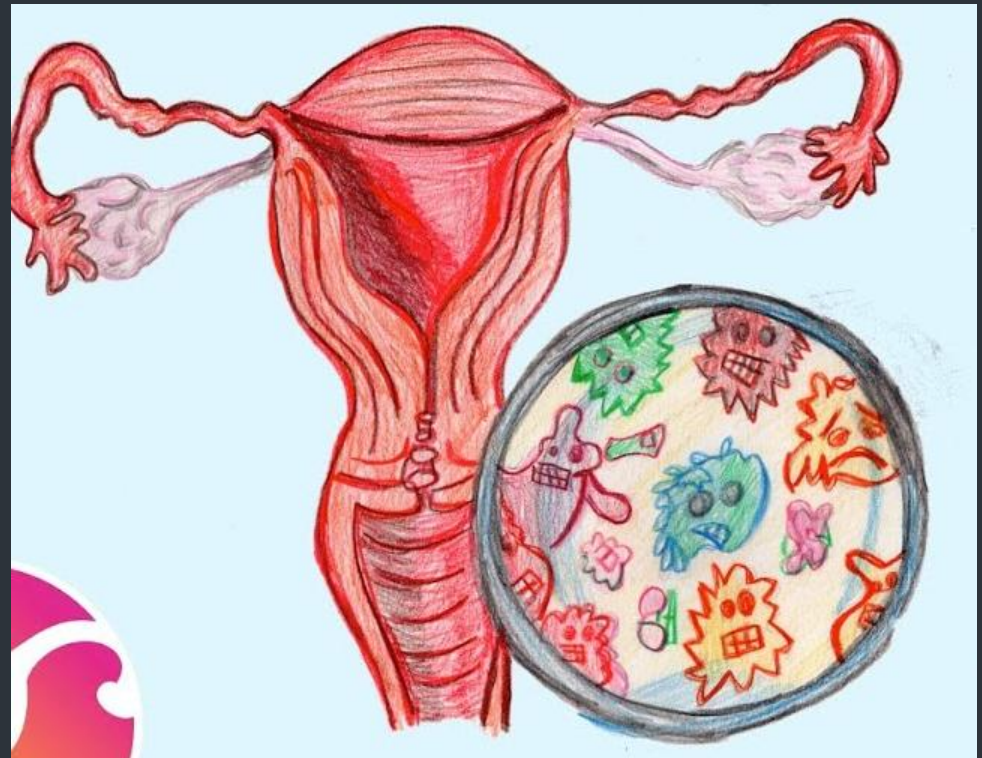


INFECCION VAGINAL

ITS



Unach
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
Libros por la Ciencia y el Saber



INTRODUCCIÓN

- ▶ Las infecciones vulvovaginales son un motivo frecuente de consulta en atención primaria, especializada y urgencias hospitalarias, representando el 20% de las consultas ginecológicas.
- ▶ El 75% de las mujeres experimentan un episodio de vulvovaginitis sintomática a lo largo de su vida y el 40-50%, al menos, un segundo episodio.

CONCEPTO

- ▶ La vulvovaginitis es la inflamación de la mucosa vaginal y de la piel vulvar.
- ▶ La vulvovaginitis candidiásica (VVC) es la más prevalente en Europa y la segunda en USA, solo superada por la vaginosis bacteriana (VB).

Infecciones de Transmisión Sexual

- Comprende un conjunto de infecciones, de variada etiología, que se manifiestan de diferente forma en el organismo y de manera específica en órganos internos y externos del aparato reproductor femenino y masculino, que se adquieren predominantemente por contacto sexual con una persona infectada, sin ser este el único mecanismo de transmisión

Modos de Transmisión

- Las formas de transmisión de estas infecciones son las relaciones sexuales sin protección, con o sin penetración vaginal, anal u oral, con una persona infectada.
- Otros modos de transmisión menos frecuentes incluyen:
 - De la madre al niño durante el embarazo, el parto y lactancia (VIH, sífilis).
 - Transfusiones u otro contacto con sangre y hemoderivados contaminados.

Es importante tener en cuenta que no toda infección del tracto reproductivo (ITR) es una ITS, ni toda ITS se manifiesta clínicamente como una enfermedad del tracto genital.

ETIOLOGIA

Etiología de las ITS

AGENTE ETIOLÓGICO	PATOLOGÍA
Treponema pallidum	Sífilis
Neisseria gonorrhoeae	Gonorrea
Papiloma virus humano	Condilomas acuminados
Trichomonas vaginalis	Tricomoniasis
Cándida sp.	Candidiasis genital
Virus molusco contagioso	Molusco contagioso
Virus hepatitis B	Hepatitis B
Virus de inmunodeficiencia humana	Infección por VIH, sida
Chlamydia trachomatis	Linfogranuloma inguinal, Uretritis no gonocócica
Herpes virus tipo 1, 2	Herpes genital

ABORDAJE SINDROMÁTICO

- Secreción vaginal.
- Úlcera genital.
- Dolor abdominopelviano en la mujer.

SÍNDROME	SÍNTOMAS	SIGNOS	PATOLOGÍA MAS COMÚN
Secreción vaginal	Picazón vaginal (prurito) Dolor al orinar (disuria) Dolor durante el acto sexual (dispareunia)	Secreción vaginal	VAGINITIS • Tricomoniasis • Candidiasis • Vaginosis bacteriana CERVICITIS • Gonorrea • Clamidiasis
Secreción uretral	Dolor al orinar Necesidad de orinar frecuentemente	Secreción por la uretra	• Gonorrea • Clamidiasis
Úlcera genital	Llagas en la región genital	Úlceras genitales Lesiones vesiculares	• Sífilis • Chancroide o chancro blando • Herpes genital • Linfogranuloma venéreo
Dolor abdominal bajo	Dolor abdominal bajo Dolor durante el acto sexual	Dolor abdominal bajo al palpar Flujo vaginal Temperatura más de 38° C.	• Gonorrea • Clamidia • Anaerobios
Edema de escroto	Hinchazón y dolor del escroto	Edema del escroto	• Gonorrea • Clamidiasis
Bubón inguinal	Hinchazón dolorosa de la ingle	Ganglios linfáticos inguinales hinchados Abscesos fluctuantes Úlceras	• Linfogranuloma venéreo • Chancroide o chancro blando
Conjuntivitis neonatal	Neonato (menor de un mes) con ojos hinchados y/o enrojecidos	Párpados hinchados con secreción purulenta	• Gonorrea • Clamidiasis

Signos y síntomas de infección vaginal según etiología

Signos y síntomas	VB	CVV	Tricomoniasis
Secreción	Mínima	Abundante, blanca	Escasa, espesa
Olor	Sugiere a pescado	No mal olor	Fétido
Prurito	Ninguno	Prurito vulvar	Prurito vulvar
Otros síntomas posibles		Dolor, dispareunia, disuria	Disuria, dolor abdominal
Signos visibles	Secreción en la vagina y en el vestíbulo, no inflamación vulvar	Hallazgos normales o eritema vulvar, edema fisuras, lesiones satélites	Secreción amarilla espumosa, vulvitis, vaginitis, cervicitis
* Test de pH vaginal	Mayor a 4,5	Menor o igual a 4,5	Mayor a 4,5

Criterios clínicos de Amsel y tinción de Gram

Estudio diagnostico	Categorías
Criterios de Amsel (3 de 4 presentes es diagnostico)	1. Características de flujo: homogéneo, delgado y blanco. 2. Presencia de células guía al microscopio. 3. pH del flujo vaginal > 4,5 4. Olor a pescado con KOH al 10%
Tinción de Gram (evaluada con los criterios de Hay & Ison)	1. Grado 1 (normal): predominio de lactobacilos 2. Grado 2 (intermedio): flora mixta con algunos lactobacilos presentes pero se observan morfotipos de <i>Gardnerella</i> y/o <i>Mobiluncus</i> 3. Grado 3 (vaginosis bacteriana): predominan morfotipos de <i>Gardnerella</i> y/o <i>Mobiluncus</i>

Criterios clínicos de Amsel y tinción de Gram

Estudio diagnostico	Categorías
Tinción de Gram (evaluada con los criterios de Hay & Ison)	Hay otros grados adicionales que no se han correlacionado con la clínica características: • Grado 0 no hay bacterias presentes • Grado 4 predominan coco Gram +
Índice de Nugent	Se deriva de estimar las proporciones relativas de morfotipos bacterianos para asignar un valor entre 0 y 10. un valor <4 es normal, 4-6 es intermedio y >6 es VB

Diagnóstico diferencial

- Candidiasis vaginal
- Vaginosis bacteriana o tricomoniasis
- Cervicitis por gonococo y/o clamidia
- Enfermedad pelviana inflamatoria (EPI)

Siempre ofrecer
prueba de VIH a toda
paciente con ITS

Paciente que consulta por leucorrea

Historia clínica y examen físico

Dolor abdominopelviano y dolor a la
movilización del cuello uterino

SÍ

Utilice algoritmo de dolor
abdominopelviano

Edema vulvar/leucorrea granulosa,
eritema, excoriaciones

SÍ

Tratar para candidiasis

Leucorrea abundante, olor a
pescado

SÍ

Tratar para tricomoniasis
Tratar a la pareja sexual

Evaluación de riesgo positivo o
pareja sexual con secreción

SÍ

Tratar para clamidia, gonococo y
tricomoniasis
Tratar a la pareja sexual

NO

Educación

Tratamiento de infección vaginal en el embarazo

Tratamiento de la VB3

Se obtienen alta tasa de mejoría con el tratamiento farmacológico. Esta va del 70% al 80%.	E-1a R-A
El tratamiento de la pareja masculina NO ha demostrado ser eficaz en la prevención de la recurrencia de VB. Por lo tanto, las pruebas de rutina y tratamiento de las parejas sexuales NO se recomiendan actualmente, a pesar de no existir resultados concluyentes.	E-1a R-C
La VB durante el embarazo se asocia con eventos adversos, en particular el aumento del riesgo de parto pretérmino.	E-1a
El tratamiento de VB antes de las 20 semanas de gestación en mujeres con antecedentes de parto pretérmino previo pueden reducir los resultados adversos en el embarazo, pero actualmente hay pocas pruebas de que la detección y el tratamiento universal de mujeres con VB asintomática puedan evitar un parto pretérmino.	E-1a

Tratamiento de infección vaginal en el embarazo

Tratamiento de la VB3

La VB se asocia con abortos, partos pretérmino, ruptura prematura de membranas y endometritis posaborto y posparto.	E-1b
Las mujeres con factores de riesgo de parto pretérmino pueden beneficiarse del tratamiento antes de la semana 20 de gestación.	R-B
En embarazadas sintomáticas con antecedentes de parto pretérmino y/o RPM está indicado el tratamiento con Metronidazol oral.	R-A
El tratamiento oral o vaginal es aceptable para lograr curación en mujeres embarazadas con VB sintomática que tienen bajo riesgo de resultados obstétricos adversos.	E-1a R-A
Las mujeres con VB que están embarazadas o en lactancia pueden usar tanto terapias orales como intravaginales.	R-C
El Metronidazol oral está recomendado como primera línea de tratamiento para la VB y, es más seguro que la Clindamicina por vía oral, ya que este último se ha asociado con colitis pseudomembranosa.	E-1a

Tratamiento de infección vaginal en el embarazo

Tratamiento de la VB3

El tratamiento alternativo con Clindamicina se puede considerar para las mujeres que experimentan efectos secundarios con el Metronidazol oral, tales como sabor metálico y síntomas gastrointestinales.	E-1a
Si se realiza el tratamiento para la prevención de resultados adversos del embarazo, se debe usar Metronidazol por vía oral o Clindamicina oral durante siete días. La terapia vaginal no se recomienda para prevención de eventos adversos.	E-1 R-B
Para las mujeres con VB recurrente, el tratamiento supresor con gel de Metronidazol vaginal puede considerarse. En Ecuador, existe una crema combinada de Metronidazol (750 mg) con nistatina (200 mg) que puede ser utilizada. Esta presentación no consta en la última edición del CNMB.	R-A

Tratamiento de infección vaginal en el embarazo

Terapia farmacológica para VB3

TERAPIAS ORALES



Medicamento de elección

Metronidazol:
500 mg dos
veces al día
durante 7 días

Metronidazol:
250 mg tres
veces al día
durante 7 días

Medicamento alternativo

Clindamicina:
300 mg dos
veces al día por
7 días

Tratamiento de infección vaginal en el embarazo

Terapia farmacológica para VB3

TERAPIAS INTRA VAGINALES



Medicamento de elección

- **Metronidazol:**
un ovulo de 500
mg diario
intravaginal por
7 días

Medicamento alternativo

- **Clindamicina:**
aplicar 5
gramos (un
aplicador lleno)
de la crema
profundamente
en la vagina
por la noche,
durante 7 días

Tratamiento de infección vaginal en el embarazo

Tratamiento de la candidiasis vulvovaginal (CVV)

Las mujeres embarazadas asintomáticas con candidiasis vaginal NO requieren tratamiento.	R-B
Las mujeres con CVV en el embarazo pueden ser tratadas con azoles tópicos. El tratamiento con dosis única es menos eficaz que regímenes más largos de hasta siete días, en casos no complicados.	R-A
La CVV puede ser complicada o no-complicada. Ambas se tratan de igual manera, pero el tiempo de tratamiento en casos complicados es de hasta 14 días. ¹⁷ Las características de cada una se muestran en la tabla 3.	✓/R
Las mujeres con CVV en el embarazo pueden recibir antifúngicos orales, considerando siempre el riesgo-beneficio.	R-C



Tratamiento de infección vaginal en el embarazo

Tratamiento de la candidiasis vulvovaginal (CVV)

El tratamiento antifúngico intravaginal con azoles para CVV no complicada ha mostrado una curación clínica de hasta el 80% y la curación micótica de hasta un 90%.	R-A
El tratamiento de CVV recurrente tiene una efectividad de 90% por un periodo de seis meses y de 40% por un año.	R-A
Los azoles son de venta libre en las farmacias y pueden ser auto-administrados por las pacientes. Sin embargo, todas aquellas mujeres embarazadas en las que los síntomas persisten o los síntomas son recurrentes a los dos meses deben ser evaluadas por un ginecólogo. El uso de estas preparaciones de venta libre es muy común y puede llevar a retrasos en el tratamiento y en resultados adversos, sobre todo cuando la etiología no es clara.	E-2a R-B

Tratamiento de infección vaginal en el embarazo

Tratamiento de la candidiasis vulvovaginal (CVV)

No existen diferencias significativas en la terapéutica con el uso de Clotrimazol o Miconazol para el tratamiento de CVV. En Ecuador, se recomienda el uso de Clotrimazol, que consta en el CNMB. Miconazol también puede utilizarse si se requiere.	✓/R
La Nistatina en tabletas vaginales ha resultado menos efectiva que los azoles y, requiere tratamiento de 14 días. Por lo cual NO se recomienda al haber alternativas más eficientes. ⁹	R-D
No hay necesidad de detección de rutina o el tratamiento de parejas sexuales asintomáticas para el manejo de la candidiasis.	R-C

Tratamiento de infección vaginal en el embarazo

Tratamiento de la candidiasis vulvovaginal (CVV)

El uso de la dosis
única de 150 mg
de Fluconazol oral
para CVV
durante el
embarazo es
categoría C



E-4



Tratamiento de infección vaginal en el embarazo

Terapia farmacológica para CVV No complicada

TERAPIAS INTRAVAGINALES

Medicamento de elección

Clotrimazol 1% crema. Aplicar 5 g de la crema profundamente en la vagina y en la vulva por la noche por 7 días.

Clotrimazol 2% crema. Aplicar 5 gramos de crema profundamente en la vagina y en la vulva por la noche por 3 días.



Medicamento alternativo

Miconazol 2% crema. Aplicar 5 g de crema profundamente en la vagina y en la vulva por la noche por 7 días

Miconazol 4% crema. Aplicar 5 g de crema profundamente en la vagina y en la vulva por la noche por 3 días

Miconazol 100 mg. Un supositorio vaginal por 7 días o

Miconazol 200 mg. Un supositorio vaginal por 3 días

Tratamiento de infección vaginal en el embarazo

Tratamiento de la tricomoniasis vaginal

El Metronidazol es eficaz en el tratamiento de la tricomoniasis.

R-A

Mientras la dosis única por vía oral puede lograr la curación.

R-A



Tratamiento de infección vaginal en el embarazo

Tratamiento de la tricomoniasis

R-B

Las parejas sexuales actuales de las mujeres con diagnóstico de tricomoniasis deben recibir tratamiento.

R-C

La tricomoniasis vaginal recurrente por lo general se debe a la reinfección, pero se tendrá en cuenta la posibilidad de resistencia a los medicamentos.

Tratamiento de infección vaginal en el embarazo

Terapia farmacológica para
tricomoniasis vaginal

Medicamento de elección

Metronidazol 2 g en dosis única a cualquier momento del embarazo, o

Metronidazol 500 mg, dos veces al día por siete días

En caso de falla de tratamiento o recurrencia, repetir **Metronidazol** 500 mg por siete días mas, hasta completar los 14 días



Medicamento alternativo

Criterios de referencia y contrarreferencia



Referencia inmediata al médico especialista en Ginecología de embarazadas con vulvovaginitis es los siguientes casos:

1. Respuesta inadecuada al tratamiento
2. Intolerancia y/o alergia a los medicamentos de elección

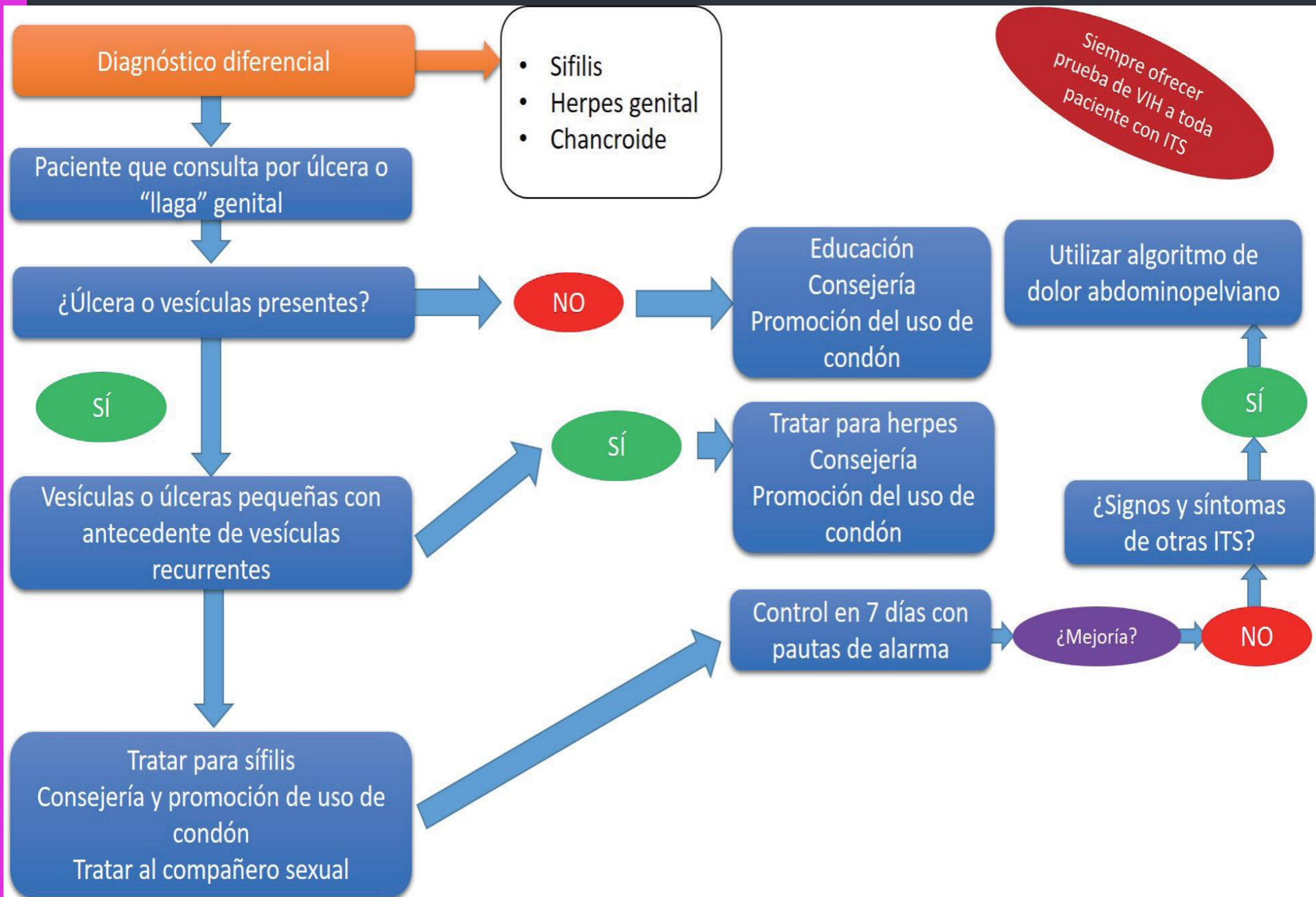
Criterios de referencia y contrarreferencia

Vulvovaginitis complicadas o embarazadas con alto riesgo de complicaciones obstétricas relacionadas a vulvovaginitis como son:

- a) Parto pretérmino
- b) Ruptura de membranas
- c) Diabetes no controlada
- d) VIH
- e) Infección por candidiasis no Crónica, sistémica o dependiente de historia de v



ÚLCERA GENITAL



TRATAMIENTO

- Sífilis latente temprana: penicilina G benzatínica 2,4 millones de unidades internacionales (UI) vía intramuscular
- Sífilis latente tardía o sífilis latente de duración desconocida: penicilina G benzatínica 7,2 millones de UI en total, administrada en 3 dosis de 2,4 millones de UI cada una, vía intramuscular, en intervalos de 1 semana.

TRATAMIENTO

- Herpes genital
- Aciclovir 400 mg, oral, 3 veces por día por 7-10 días.
- Famciclovir 250 mg, oral, 3 veces por día por 7 a 10 días.
- Valaciclovir 1 g, oral, 2 veces por día por 7-10 días.

Dolor abdominopelviano

Diagnóstico diferencial

- Embarazo ectópico
- Aborto en curso
- Endometritis posparto
- Abdomen agudo quirúrgico
- EPI

Siempre ofrecer prueba de VIH a toda paciente con ITS

Paciente que se queja por dolor abdominal bajo

Historia clínica y examen físico abdominal y ginecológico

¿Presenta alguno de estos síntomas?

Atraso menstrual
Parto reciente/aborto
Abdomen agudo y signo de rebote
Sangrado vaginal

SÍ

Derivar al paciente para evaluación quirúrgica o ginecológica

Alguna otra patología encontrada

SÍ

Trate adecuadamente

NO

Dolor a la movilización del cuello uterino, dolor abdominal bajo o leucorrea

SÍ

Tratar para EPI
Tratar al compañero sexual
Control en 72 h y pautas de alarma

NO

¿Mejoría?

SÍ

Completar tratamiento
Educación y consejería

- La presencia de algunos de los siguientes criterios aumenta la especificidad en el diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI):
 - Fiebre > 38,3 °C.
 - Secreción mucopurulenta vaginal y/o cervical.
 - Proteína C reactiva elevada.
 - Eritrosedimentación elevada.
 - Confirmación microbiológica de infección cervical por gonococo y/o clamidias.
- El tratamiento de EPI incluye:
 - Alternativa 1: ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis única + doxiciclina 100/12 horas 14 días + metronidazol 500/12 horas 14 días.
 - Alternativa 2: Azitromicina 500 mg día oral 7 días + metronidazol 500/8 horas 14 días.



FOTO N° 1.
CHANCRO PRIMARIO SIFILÍTICO



FOTO N° 3.
SÍFILIS PRIMARIA EN LABIOS MAYORES

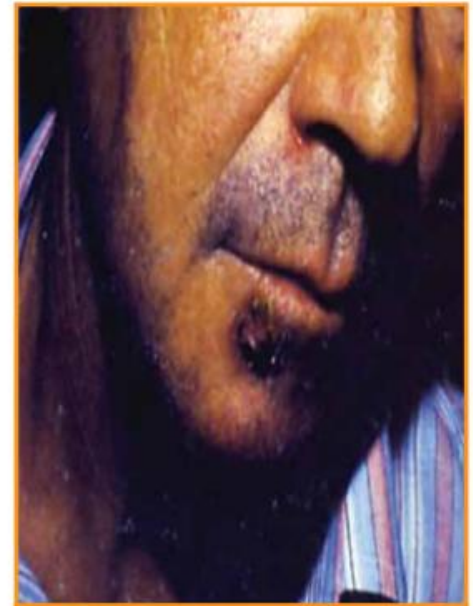


FOTO N° 4.
SÍFILIS PRIMARIA



FOTO N° 7.
SÍFILIS SECUNDARIA:
CONDILOMA PLANO



V - 28 - M - UL - STO.DGO, 5to. G - ALBAÑIL
CS: T.S. EV: 2 MESES
SÍFILIS SECUNDARIA

FOTO N° 8.
SÍFILIS SECUNDARIA:
CONDILOMA PLANO



FOTO N° 5.
SÍFILIS SECUNDARIA:
ROSEOLA SÍFILITICA



V - 28 - M - UL - STO.DGO, 5to. G - ALBAÑIL
CS: T.S. EV: 2 MESES
SÍFILIS SECUNDARIA

FOTO N° 6.
SÍFILIS SECUNDARIA



FOTO N° 13.
HERPES



FOTO N° 14.
HERPES II



FOTO N° 17.
HERPES II



FOTO N° 18.
GONORREA



FOTO N° 21.
GONORREA

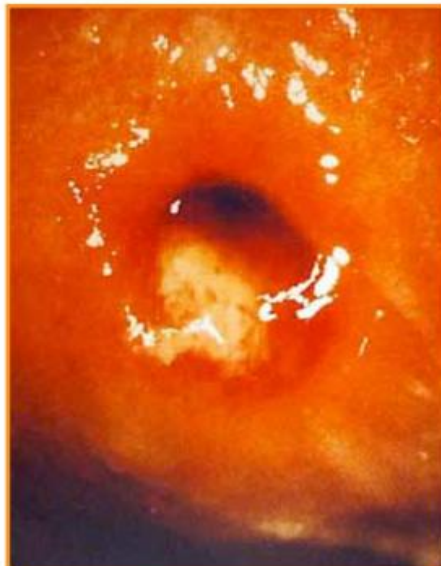


FOTO N° 22.
GONORREA EN CÉRVIX



FOTO N° 23.
GONORREA.
BARTOLINITIS/GONORREA



FOTO N° 24.
CONJUNTIVITIS POR GONORREA

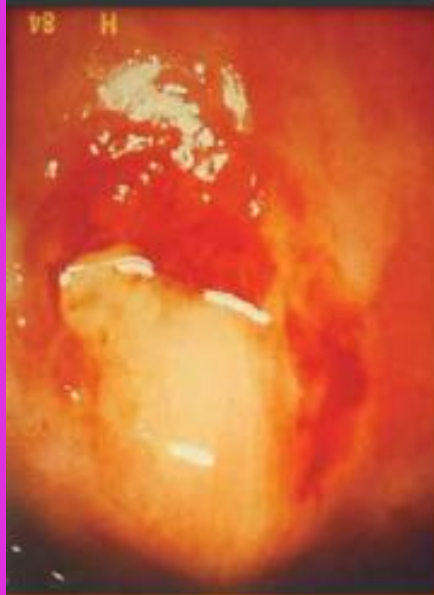


FOTO N° 27.
CLAMIDIASIS EN CERVIX UTERINO



FOTO N° 28.
CANDIDIASIS



FOTO N° 31.
SALPINGITIS

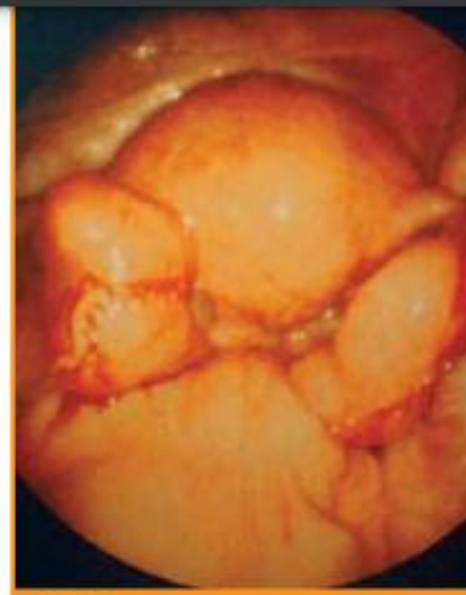


FOTO N° 32.
SALPINGITIS BILATERAL



FOTO N° 29.
TRICOMONIASIS



FOTO N° 30.
VAGINOSIS BACTERIANA
GARDNERELLA



FOTO N° 33.
EDEMA DE ESCROTO



FOTO N° 34.
BUIÓN INGUINAL



FOTO N° 35.
BUBÓN INGUINAL. BILATERAL.



FOTO N° 36.
CONJUNTIVITIS NEONATAL.



FOTO N° 39.
HEPATITIS.



FOTO N° 37.
CONDILOMA POR HPV.



FOTO N° 38.
CONDILOMA POR HPV.



FOTO N° 41.
MOLLUSCO CONTAGIOSO.



GRACIAS