

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA: VULVOVAGINOSIS			
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-09	Página: - 1 - de 7	Versión: 01

VULVOVAGINOSIS
1. ALCANCE
Aplica para las atenciones ambulatorias (consulta externa y prioritaria) de la ESE Centro de Salud Jenesano y su área de influencia.
2. SERVICIO Y POBLACION
Servicio Consulta externa y prioritaria de la ESE Centro de Salud Jenesano y su área de influencia. Tiene cobertura para todos los grupos etáreos.
3. PERIODICIDAD
La guía se revisara cada cinco años y/o según necesidad.
4. EPIDEMIOLOGIA
La vulvovaginitis es el problema ginecológico más frecuente de las consultas de atención primaria. El 90% de las mujeres con sintomatología padecen vaginosis bacteriana (gardnerellas sobre todo), candidiasis o Tricomonas. El restante 10% sufre otros trastornos: ETS, atrofia vaginal, alergias e irritación química.
5. DEFINICION DE LA PATOLOGIA
Definimos vulvovaginitis como la secreción de flujo anómalo e irritante, maloliente o no, que produce malestar local (picor o quemazón) y que se puede acompañar de disuria y/o dispareunia.
6. FACTORES DE RIESGO
<p>Patología concomitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uretrocele, cistocele, prolapso uterino, rectocele, prolapso vaginal, desgarros perineales crónicos, fístulas. • Uso de antibióticos o fármacos inmunosupresores, diabetes mellitus, anemia, embarazo, anticonceptivos orales. <p>Coexistencia de molestias urinarias: descartar uretritis por gonococo o Chlamydia</p>
7. MANIFESTACIONES CLINICAS
Ante una mujer que refiere leucorrea y molestias vulvovaginales debemos realizar una anamnesis sistemática de la patología:
<p>Cómo son las molestias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escozor, Ardor, Prurito - cambios del flujo: aspecto, color, cantidad, olor. - Dónde: vulva, vagina. - Desde cuándo: Relación con algún hecho concreto: fases del ciclo, coito, etc. - Evolución en el tiempo. - Edad: las mujeres jóvenes son más vulnerables a la chlamydia. - Actividad coital y relaciones de pareja. - Anticoncepción.



MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

GUIA: VULVOVAGINOSIS

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
G-CE-M-09

Página:
- 2 - de 7

Versión:
01

- Hábitos higiénicos: lavados vaginales, hiperlimpieza, malos hábitos dietéticos.
- Stress

Una exploración detallada:

- Palpación de ganglios inguinales.
- Inspección de la vulva y vello.
- Palpación glándulas de Bartholin.
- Inspección de la uretra.
- Observación del introito vulvar: si eritema, irritación en labios menores puede ser por hongos, bacterias, virus o protozoos.
- Observar el flujo.
- Observar la vagina: mirar si la vagina tiene aspecto inflamatorio, flujo, secreciones anómalas.
- Si se cree necesario tacto vaginal bimanual.

8. FASE DIAGNOSTICA

INFECCIONES VAGINALES ESPECÍFICAS

La vaginitis se caracteriza por una secreción vaginal anormal, la cual es manifestación de una infección local por Tricomonas vaginalis, Cándida Albicans, Gardnerella vaginalis.

CANDIDIASIS VULVOVAGINAL

La vulvovaginitis candidiásica (VVC) es la causa más frecuente de vaginitis en casi el 85-90% de los casos son Candida Albicans.

Esta infección se presenta en el 10% de las pacientes no embarazadas y en el 33% de las pacientes embarazadas.

FACTORES PREDISPONENTES

- Gestación, sobre todo el tercer trimestre. Las tasas de curación clínica son significativamente inferiores durante la gestación.
- Anticonceptivos orales de alta carga estrogénica (75-150mg).
- Diabetes Mellitus. Se recomienda hacer un test de tolerancia ala glucosa en toda mujer con VVC recurrente.
- Antibióticos: Durante o tras el tratamiento, sobre todo los de amplio espectro (Tetraciclinas, ampicilina y Cefalosporinas), por un desequilibrio de la flora normal.
- Ropa ajustada, nylon y poco ventilada. Sustancias de uso íntimo, alergias locales.Mayor frecuencia del coito.
- Alteraciones del sistema inmunitario, como el VIH.
- Enfermedades sistémicas crónicas: Lupus, tiroidopatía.

CLINICA

Se caracteriza por una secreción que puede ser líquida o espesa y grumosa (copos de nieve), sin olor, prurito intenso, eritema local y presencia de aftas en vagina y vulva.

El prurito vulvar intenso es el síntoma más frecuente, que se puede acompañar de dolor, irritación



MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

GUIA: VULVOVAGINOSIS

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
G-CE-M-09

Página:
- 3 - de 7

Versión:
01

vulvovaginal, quemazón vulvar, dispareunia, disuria externa, edemas y lesiones de rascado.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se realiza por:

- Hallazgos clínicos.
- Examen del flujo y en ocasiones por:
- Frotis en fresco el cual muestra: El pH suele ser menor 4.5, En el examen del con KOH vemos los micelios largos en forma de hilos a los que se adhieren pequeños botones (conidias) (70% sensibilidad). Si apareciese gran cantidad de leucocitos habría que sospechar una infección mixta.

TRATAMIENTO

- Medidas de atención vulvar:

Se evitará el uso de jabones y/o si se usan serán de pH ácido para no alterar más el ecosistema vaginal.

Es aconsejable que la ropa interior sea de algodón, lo que permite mayor ventilación de la zona y evita la humedad

- Agentes tópicos:

Son los que usaremos con mayor frecuencia en el tratamiento inicial de la candidiasis vulvovaginal. Tienen pocos efectos adversos y se administran en cremas, tabletas vaginales y óvulos.

- CLOTRIMAZOL: 100 MG intravaginal (ovulo-crema) por seis noches 500 mg o 200 mg intravaginal (ovulo) por la noche por tres noches o 500 mg intravaginal.
- ISOCONAZOL: 600 Mg intravaginal por la noche en dosis única o Crema vaginal en tratamiento de 7 días.
- FLUCONAZOL: Tabletas vía oral 150 mg dosis única.

La candidiasis recurrente relacionada con embarazo, diabetes, uso anticonceptivos orales. El tratamiento incluye:

- Derivados imidazolicos: una vez al mes cuando la sintomatología sea mas intensa durante 6 meses

- Ketoconazol 0.1 g al día por 6 meses con el riesgo de toxicidad hepática

No existen pruebas del de que sea beneficioso tratar al compañero sexual.

- Fluconazol 50 MG al día por 6 a 12 meses.

En estos casos podría ser recomendable el tratamiento del compañero sexual, aunque sólo un 20% está infectado. Será en estas pacientes en los que usaremos tratamiento oral.

TRICOMONIASIS

La vulvovaginitis por tricomonas es un proceso causado por el protozoo móvil, flagelado, y anaerobio, llamado *Tricomonas vaginalis*, que se adquiere por contacto sexual.



MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

GUIA:

VULVOVAGINOSIS

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
G-CE-M-09

Página:
- 4 - de 7

Versión:
01

Es una causa importante de infecciones vaginales aunque en la actualidad, con el aumento del uso de métodos de barrera, su frecuencia ha decrecido.

En un 30% de los casos se asocia a otras enfermedades de transmisión sexual. Los principales factores de riesgo para su transmisión son la promiscuidad, la historia previa de ETS y el no usar métodos anticonceptivos de barrera.

CLINICA

El 50% de los pacientes (tanto hombres como mujeres) están asintomáticos en el momento del diagnóstico. Un tercio de ellos desarrollarán los síntomas en los 6 meses siguientes si no se tratan.

La clínica típica es de una secreción líquida abundante, espumosa y amarillo verdosa, que puede tener olor a aminas, En un 25% de las mujeres se evidencia el clásico cérvix en fresa, cuya frecuencia aumenta hasta un 90% si se realiza una colposcopia.

Las pacientes pueden presentar molestias vulvovaginales como ardor, prurito dispareunía, disuria, eritema vaginal y leucorrea maloliente vaginal que coinciden después de la menstruación.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico lo realizaremos sobre la base de la clínica y la exploración. El 90% de las pacientes presentarán un pH mayor a 5,5 y la presencia de un microorganismo móvil de tamaño intermedio entre los leucocitos y las células epiteliales, forma de pera con flagelos. Además de las características antes expuestas, en un 50% de los casos presentará olor a aminas al reaccionar con el KOH.

TRATAMIENTO

La tricomoniasis es una infección multifocal del epitelio vaginal, glándulas de Skene y Bartholin, y la uretra, por lo que es indispensable a terapia sistémica para una curación completa.

La pauta más recomendada es:

METRONIDAZOL: 2 gramos de Metronidazol por vía oral en dosis única, tratamiento pareja. Puede usarse también en caso de embarazo o lactancia, aunque en estos supuestos es prudente evitar las pautas con dosis elevadas.

Si el tratamiento no fuese efectivo, se repetirá la pauta, incluyendo en esta ocasión a la pareja, pues en la mayoría de los casos no es que el protozoo sea resistente al tratamiento, sino que se produce una reinfección de la paciente por medio de su pareja.

Si persiste el fracaso terapéutico se puede dar el régimen alternativo que consiste en:
Metronidazol 500mg cada 12 horas 7 días.

Siempre se puede asociar gel de Metronidazol al 0,75% tópico o en óvulos de 500 mg, dos veces al día.

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		VULVOVAGINOSIS	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-09	Página: - 5 - de 7	Versión: 01

En casos de resistencias se utilizará Tinidazol o Furazolidona

Parece recomendable la abstinencia coital hasta concluir el tratamiento y que ambos integrantes de la pareja estén asintomáticos.

SECNIDAZOL: 2 gramos vía oral dosis única.

VAGINOSIS BACTERIANA

La vaginosis bacteriana es una enfermedad infecciosa, de patogenia incierta, que se caracteriza por una alteración en la flora bacteriana de la vagina y que conlleva la aparición de secreción maloliente sin presentar inflamación vulvovaginal.

En la vaginosis bacteriana desaparecen la mayoría de los lactobacilus, aumenta el pH vaginal y existe una proliferación patógena de otras bacterias anaeróbicas.

Hay cuatro bacterias asociadas a la vaginosis bacteriana:

- Gardenerella vaginalis, que es una anaerobio facultativo y fermentativo que aparece en un 40% de las mujeres normales, y la más frecuentemente asociada a esta patología (95%).
- Mobiluncus.
- Mycoplasma hominis como bacilos gram negativos anaerobios.
- Peptostreptococcus.

Se ha asociado a complicaciones en el embarazo: bajo peso, parto prematuro y endometritis postparto. Las mujeres con parto prematuro previo son especialmente susceptibles de complicación.

FACTORES DE RIESGO

Es una patología que afecta a mujeres en edad reproductiva. Puede aparecer en mujeres sexualmente inactivas aunque es más frecuente en mujeres con múltiples parejas y tiene una incidencia especialmente elevada en lesbianas. El inicio temprano de las relaciones sexuales, el uso del DIU y el embarazo son factores de riesgo.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

De un tercio a tres cuartos de las mujeres afectas están asintomáticas, por lo que es muy difícil conocer su verdadera prevalencia.

Las pacientes sintomáticas refieren un aumento de la secreción vaginal, de características no inflamatorias, blanco-gris, poco espesa y en la mayoría de los casos maloliente (aminas), con escasa irritación vulvar.

Para el diagnóstico se han de cumplir 3 de los 4 criterios diagnósticos de Amsel:

- Secreción homogénea aumentada en volumen.
- PH > 4,5
- Olor a aminas antes o después de instilarle KOH
- Células clave (células del epitelio vaginal que aparecen recubiertas de bacterias, lo que les da



MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

GUIA: VULVOVAGINOSIS

Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-09	Página: - 6 - de 7	Versión: 01
----------------------------------	--------------------------------	----------------------	-----------------------	----------------

un aspecto granular, como rebozadas). Deben existir al menos un 20% de células clave en el frotis.

Los cultivos no son útiles porque son positivos en un 40-60% de las mujeres asintomáticas. El resto de la exploración física de la paciente va a ser normal.

TRATAMIENTO

- Metronidazol: 250mg – 500 mg vía oral cada 8 a 12 horas por 7 días o.
- Tinidazol 2 gramos vía oral dosis única.
- Clindamicina 2 % intravaginal por la noche por 7 noches o.
- Ampicilina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días

9. FASE DIAGNOSTICO

Es importante tener en cuenta la historia clínica y los hallazgos al examen físico, se debe tener en cuenta el examen bacteriológico: frotis en fresco, tinción gram, y cultivo para el diagnóstico de las infecciones vulvovaginales.

El reporte del frotis de flujo vaginal debe constar:

A .Medición del PH:

Variación del PH vaginal y modificaciones bacteriológicas

MICROORGANISMOS	PH
Lactobacilos	4 - 4.5
Estreptococo	Mayor 5.0
Gardnerella	Mayor 5.0 – 5.5
Tricomonas	Mayor 5.5
Candida Albicans	5.5. – 6.8
Neisseria Gonorrhoeae	6.8 – 8.5

CRITERIOS DE AMSEL PARA DIAGNOSTICO

- Secreción homogénea aumentada.
- PH >a 4,5.
- Olor a aminas antes o después de instalarle KOH.
- 20% o mas de células claves en el frotis

b. Test de Aminas: Se mezcla dos gotas de flujo vaginal con dos gotas de hidróxido de potasio (KOH) al 10%. Se considera positivo cuando se aprecia olor típico a pescado podrido sugiere presencia de Gardnerella.

c. Frotis en fresco: Se obtiene del fondo de saco posterior, se debe confirmar que la paciente no haya utilizado duchas vaginales en las últimas 24 horas, el material obtenido se diluye en solución fisiológica y en el material evaluado se observa:

- Células epiteliales

- Leucocitos
- Bacterias
- Células guía
- Tricomonas

El exámen se complementa con la mezcla de la secreción vaginal con KOH al 10% - 20% para identificar levaduras o micelios.

d. Cultivo: se sugiere cuando el flujo es persistente o cuando no se encuentre flora específica que aclare la sintomatología

CARACTERÍSTICAS DE FLUJO EN VULVOVAGINITIS

	Cantidad	Color	Consistencia	Olor
Candidiasis	Escasa-moderada	Blanco-amarillento	Grumosa	Indiferente
Tricomonas	Aumentada	Amarillo-verdoso	Espumosa	Maloliente
Vaginosis	Moderada	Blanco-grisáceo	Homogéneo-adherente	Maloliente

10.RECOMENDACIONES

Debe desaconsejarse el uso de duchas vaginales, uso de geles de ducha y uso de agentes antisépticos locales.

El tratamiento está indicado en mujeres sintomáticas o que van a ser sometidas a una maniobra invasiva (inserción de DIU o histeroscopia). No existen evidencias de que el tratamiento oral sea más efectivo que el intravaginal en mujeres no embarazadas. El intravaginal tiene menos efectos secundarios. Existen estudios que demuestran que el tratamiento de la pareja sexual no disminuye el riesgo de recidivas.

11.ALGORITMO

