

# Revista Médica del IMSS

Volumen  
*Volume* 41

Suplemento  
*Supplement* 1

2003

*Artículo:*

Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, Trichomonas y Candida

Derechos reservados, Copyright © 2003:  
Instituto Mexicano del Seguro Social

## Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

## *Others sections in this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Hedigraphic.com**

# Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, *Trichomonas* y *Candida*

Juan Antonio  
Trejo y Pérez,<sup>1</sup>  
Blanca  
Hernández Leyva,<sup>2</sup>  
Jorge Ramiro  
Carrasco Rico,<sup>1</sup>  
Daniel Luis René  
Ducoing Díaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidad  
de Investigación  
Epidemiológica  
y en Servicios de Salud.  
Centro Médico  
Nacional Siglo XXI,  
Coordinación  
de Investigación  
en Salud  
<sup>2</sup>Coordinación  
de Atención Médica  
<sup>3</sup>División  
de Planificación  
Familiar,  
Coordinación de Salud  
Reproductiva

Adscritos al  
Instituto Mexicano  
del Seguro Social

Comunicación con:  
Juan Antonio  
Trejo y Pérez.  
Tel.: 5627 6900,  
extensión 5407.  
Fax 1054 6382.  
Dirección electrónica:  
juan.trejo@imss.gob.mx

## RESUMEN

La cervicovaginitis en 90 % de los casos es causada por bacterias, *Candida* o *Trichomonas*. La importancia de conocer la etiología y tener éxito terapéutico radica en que su presencia se asocia a incremento en la morbilidad de la mujer en edad reproductiva. Para facilitar esta tarea al médico familiar, se construyó una guía clínica sustentada en evidencia, con el objetivo de formular recomendaciones a este personal de la salud para la prevención, identificación y tratamiento de cervicovaginitis. La evidencia fue seleccionada de las publicaciones registradas en Cochrane Library y en Medline en el periodo 1980 a 2002. La estructura de la guía presenta una secuencia de decisiones semejante a la que enfrenta el médico en su práctica cotidiana. En esta guía se destaca la importancia de combinar algunos elementos químicos y bacteriológicos accesibles en el primer nivel de atención con el cuadro clínico de cervicovaginitis, para el diagnóstico y tratamiento apropiados.

## SUMMARY

Cervicovaginitis is caused by *Candida albicans* or *Trichomonas vaginalis* in 90 % of cases. Once diagnosed, it is important to know its etiology to obtain therapeutic efficacy, given that this illness is associated with increase of morbidity in women of reproductive age. To streamline the process of care, evidence-based practice guidelines were developed. The structure of the guidelines is based on the sequence of daily clinical decision-making. It includes recommendations to prevent, diagnose, and treat cervicovaginitis in primary-care facilities. In these guidelines, the importance of combining simple chemical and bacteriologic techniques that can be available in primary-care clinics is highlighted. The guidelines are based on published evidence registered in the Cochrane Library and Medline databases. The search for publications included the period between 1980 and 2002.

## Introducción

La inflamación de la vagina y la presencia de flujo vaginal representan el diagnóstico ginecológico más frecuente en mujeres en edad reproductiva que asisten a clínicas de primer contacto y a los servicios de ginecoobstetricia de Estados Unidos de América del Norte.<sup>1,2</sup> En el Instituto Mexicano del Seguro Social esta entidad clínica se ubica dentro de las primeras doce causas de demanda de atención en las unidades de medi-

cina familiar.<sup>3</sup> Su prevalencia real se desconoce debido a que aproximadamente 33 a 50 % de las mujeres con esta condición son asintomáticas, y a que las cifras informadas varían de acuerdo con la población estudiada: la vaginosis o vaginitis bacteriana se ha encontrado en 15 a 19 % de las pacientes ambulatorias, en 10 a 30 % de las mujeres embarazadas y hasta en 40 % de aquellas mujeres que acuden a clínicas que atienden enfermedades de transmisión sexual.<sup>2</sup>

## Palabras clave

- ✓ vaginitis
- ✓ vaginosis
- ✓ candidiasis
- ✓ vulvovaginal
- ✓ trichomoniasis

## Key words

- ✓ vaginitis
- ✓ vaginosis
- ✓ vulvovaginal
- ✓ candidiasis
- ✓ trichomoniasis

En cuanto a su etiología, más de 90 % es causado por bacterias, *Candida* o *Trichomonas*. La importancia de determinar el agente infeccioso causal radica en los siguientes aspectos: en vaginosis, su presencia se asocia a mayor frecuencia de enfermedad pélvica inflamatoria, endometritis e infección de las vías urinarias; en la mujer embarazada representa un riesgo para ruptura prematura de membranas y parto prematuro. La recurrencia de vaginitis por *Candida* es un comportamiento sugestivo de inmunidad celular deficiente, sobre todo relacionada a diabetes mellitus. Cuando se trata de *Trichomonas* debe tenerse en cuenta la posibilidad de infección venérea concurrente.<sup>2-7</sup>

### Objetivo

Proporcionar al médico familiar los elementos técnicos que faciliten el diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, *Trichomonas* y *Candida*.

### Población blanco

Mujeres de 15 a 49 años de edad, independientemente de la comorbilidad o el embarazo en curso.

### Definiciones operativas

- **Vaginosis:** trastorno del complejo vaginal bacteriano caracterizado por desaparición de lactobacilos y sobrecrecimiento de *Gardnerella vaginalis* y bacterias anaerobias.<sup>1</sup>
- **Vaginitis:** inflamación del cérvix y la vagina, originada por *Candida albicans* y *Trichomonas vaginalis*.<sup>2</sup>
- **Vaginitis recurrente:** cuatro o más episodios en un año.<sup>2</sup>
- **Células dave:** células epiteliales con bordes mal definidos y cubiertas de abundantes coccobacilos asociadas a vaginosis; son visibles al examen microscópico del frotis en fresco de la descarga vaginal.<sup>1</sup>
- **Curación:** no se requiere continuar el seguimiento si las manifestaciones clínicas remiten al término del tratamiento y si a la

revisión al mes postratamiento la exploración vaginal es normal.<sup>8</sup>

- **Rutina genital de control:** conjunto de acciones cotidianas que mejoran la higiene anogenital de la mujer y tienen como objetivos los siguientes aspectos:

- a) Apoyar el tratamiento antimicrobiano.
- b) Disminuir la concentración de la flora microbiana anogenital.
- c) Disminuir la humedad regional.
- d) Mejorar la higiene sexual.

### Selección de la evidencia

La selección de los artículos para la construcción de esta guía se realizó de la siguiente forma:

- Las palabras clave para la búsqueda fueron *vaginitis*, *vaginosis*, *vulvovaginal candidiasis*, *trichomoniasis*; y el periodo revisado, de 1980 a 2002.
- Se consultó la base de datos de Cochrane Library, en donde se buscaron las revisiones sistemáticas; en el registro de investigaciones controladas, los ensayos clínicos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de vaginitis y vaginosis.
- En la base de datos de Medline fueron consultados los ensayos clínicos controlados publicados posterior a la fecha de las revisiones sistemáticas localizadas en Cochrane Library. Posteriormente se extrajeron todos los artículos independientemente de la metodología seguida en el estudio.
- Se realizó una búsqueda de las guías para la práctica clínica, publicadas en las diferentes páginas electrónicas.
- Se identificaron tres revisiones sistemáticas en la Cochrane Library, 21 ensayos clínicos en el registro de investigaciones controladas, 42 artículos en la base de datos Medline (las palabras clave estaban en el título del artículo) y una guía clínica relacionada.
- El material localizado fue reproducido y entregado para su lectura individual a cada uno de los elementos del equipo constructor de la guía. La selección de los artículos para la decisión de su inclusión final fue realizada por discusión entre los elementos del grupo, con base en los criterios de las guías para

los usuarios de la literatura médica, publicadas en *Journal of the American Medical Association* entre 1993 y 2000.

## Anotaciones en algoritmos y texto

La numeración arábiga consecutiva que aparece en el algoritmo de la guía clínica identifica la secuencia de los conceptos que sustentan las recomendaciones que aparecen a continuación. Los números romanos entre paréntesis en el texto refieren al lector a la sección de la nota editorial, donde se explica el tipo de evidencia publicada que apoya las recomendaciones emitidas en cada guía clínica.

1. *Examen en fresco* una preparación en fresco se logra diluyendo una muestra de la descarga vaginal con dos gotas de solución salina normal, se coloca en un portaobjetos y encima un cubreobjetos; posteriormente se realiza la observación microscópica de 10 campos (III).<sup>2</sup> El criterio diagnóstico validado por Amsel desde 1983 ha probado su utilidad en la práctica clínica para la identificación de vaginosis; combina el aspecto del flujo vaginal, el pH > 4.5 y la demostración de células clave; la presencia de estos tres criterios diagnostica correctamente 90 % de las mujeres con vaginosis (III).<sup>9</sup> En vaginitis por *Candida* y *Trichomonas*, la presencia de *Trichomonas* móviles, hifas, micelios o esporas permite el diagnóstico de 50 a 70 % de los casos; su ausencia elimina estas etiologías en más de 90 % de las mujeres (III).<sup>2,10</sup> Las alternativas de estudio propuestas se sustentan en la disponibilidad del examen en fresco, lo cual está en función de la disponibilidad de laboratorio.
2. *El pH de la secreción vaginal y el aspecto*: la vagina normal mantiene un pH entre 3.8 y 4.2. Un pH mayor a 4.5 identifica entre 80 y 90 % de las mujeres con vaginosis y tricomoniasis. La determinación del pH no tiene utilidad en vaginitis por *Candida*, ya que se conserva en límites normales (III).<sup>11</sup>

La apariencia de la descarga vaginal también orienta el diagnóstico etiológico; el aspecto blanco grumoso se asocia con *Candida* y el color verde-amarillo con vaginosis o infección por *Trichomonas* (III).<sup>2,9</sup>

3. *Tratamiento específico*: en vaginosis la evidencia apoya en primer lugar el uso de metronidazol por vía oral, en dosis de 500 mg cada 12 horas durante siete días, con una tasa de curación de 80 a 90 %. Para el tratamiento local no se ha demostrado una diferencia significativa en la efectividad para curar la vaginosis, al comparar clindamicina en crema a 2 % y metronidazol vaginal, ni entre éstos y el tratamiento con metronidazol por vía bucal (Ia y III).<sup>4,8</sup> En vaginosis tampoco se ha demostrado la utilidad de tratar a la pareja sexual (Ia).<sup>12</sup>

Para vulvovaginitis por *Candida* la mejor opción son los azoles, entre ellos el itracónazol que logra tasas de curación superiores a 90 %, con tratamiento de 200 mg una vez cada 24 horas por tres días. El tratamiento por vía bucal es superior al local con cotrimazol o fluconazol, los cuales se asocian a 70 % de curación, semejante al de nistatina siempre y cuando ésta se administre durante 14 días. La tasa de curación mejora tratando a la pareja sexual (III y Ia).<sup>8,13</sup>

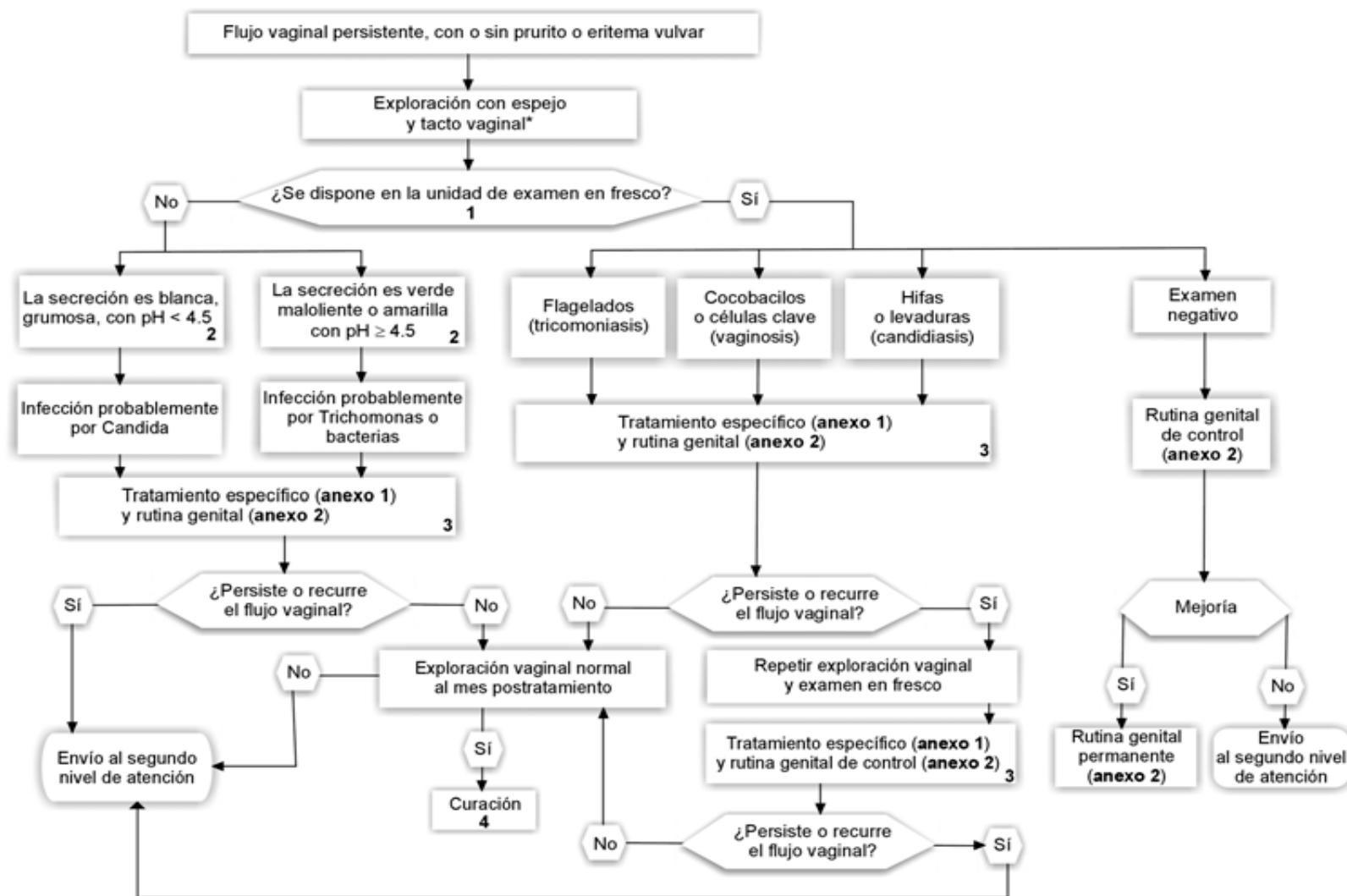
Para el tratamiento de tricomoniasis en mujeres, el metronidazol ha demostrado ser el fármaco de elección; su efectividad es de 90 %, incluso con esquemas de tratamiento de 2 g en una sola dosis. El aumento de la intolerancia gástrica hace preferir el tratamiento con 500 mg dos veces al día por siete días. El tratamiento por vía bucal para esta entidad infecciosa también es superior al vaginal. Se recomienda tratar simultáneamente a la pareja sexual (Ia).<sup>14</sup>

4. *Criterio de curación postratamiento*. En la mayoría de los casos y con base en la elevada tasa de curación en las tres etiologías de que se ocupa esta guía clínica, si las manifestaciones clínicas remiten al término del tratamiento y si al mes postratamiento la exploración vaginal es normal, no se requiere continuar el seguimiento (III).<sup>8</sup>

Juan Antonio  
Trejo y Pérez et al.  
Guía clínica  
en cervicovaginitis

## Referencias

1. Sobel JD. Bacterial vaginosis. *Ann Rev Med* 2000; 51:349-356.
2. Egan ME. Problem-oriented diagnosis. *Am Fam Physician* 2000;62:1095-1104.
3. Velasco MV, Pozos CJL, Cardona PJA. Enfermedades infecciosas del cérvix uterino, vagina y vulva: Prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Med IMSS* 1999;37(3):185-191.
4. Joesoef MR, Schmid GP, Hillier SL. Bacterial vaginosis: review of treatment options and potential clinical indications for therapy. *CID* 1999;28 (Suppl): S57-S65.
5. Lappa S, Coleman MT, Mosciki AN. Managing sexually transmitted diseases in adolescents. *Primary Care; Clinics in office practice* 1998;25:71-110.
6. Harmanli OH, Cheng GY, Nyirjesy P, Chatwani A, Caughan JP. Urinary tract infections in women with bacterial vaginosis. *Obstet Gynecol* 2000;95: 710-712.
7. Blocklehurst P, Hannah M, McDonald H. Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;1.
8. Centers for Disease Control. 1998 guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR* 1998;47(RR-1):1-116.
9. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med* 1983;74:14-22.
10. Krieger JN, Tam MR, Stevens CE, Nielsen IO, Hale J, Kiviat NV, et al. Diagnosis of Trichomoniasis. Comparison of conventional wet-mount examination with cytologic studies, cultures, and monoclonal antibody staining of direct specimens. *JAMA* 1988;259: 1223-1227.
11. Carr PL, Felsenstein D, Friedman RH. Evaluation and management of vaginitis. *J Gen Intern Med* 1988;13:335-346.
12. Potter J. Should sexual partners of women with bacterial vaginosis receive treatment? *Br J Gen Practice* 1999;49:913-918.
13. Watson MC, Grimshaw W, Bond CM, Mollison J, Ludbrook A. Oral versus intravaginal imidazole and triazole antifungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;2.
14. Forna F, Gulmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. *The Cochrane Database of Systematic Review* 2002;1. **rm**



\* Siempre deberá realizarse el tacto vaginal posterior a la inspección con espejo, para detectar datos de enfermedad pélvica inflamatoria:  
 1. Crecimiento de anexos. 2. Dolor a la movilización del útero. 3. Abombamiento del fondo de saco

**Anexo 1**  
**Tratamiento de vaginosis y de vaginitis por Trichomonas o Candida**

Etiología	Antibióticos	
	Primera elección	Segunda elección
Bacterias	Metronidazol 500 mg cada 12 horas, vía bucal, durante siete días	Metronidazol 500 mg cada 24 horas, vía vaginal, durante siete días**
Candida*	Itraconazol 200 mg cada 24 horas, vía bucal, durante 3 días	Nistatina, 100 mil unidades cada 24 horas, vía vaginal, durante 14 días**
Trichomonas*	Metronidazol 500 mg cada 12 horas, vía bucal, durante siete días	Metronidazol 500 mg cada 24 horas, vía vaginal, durante siete días**

\* Tratar simultáneamente a la pareja sexual

\*\* Óvulos o tabletas intravaginales. Aplicar al acostarse

**Anexo 2**  
**Medidas generales para la prevención  
y control de la cervicovaginitis**

Prevención	Rutina genital de control
1. Baño diario	1. Baño diario
2. Cambio de ropa interior después del baño diario	2. Enjuague anogenital al mediodía
3. Uso de ropa interior con puente de algodón	3. Cambio de ropa interior después del aseo anogenital
4. Evitar el uso diario de pantiprotectores y tampones	4. Uso de toallas sanitarias sólo durante la menstruación y flujo vaginal abundante
5. No realizarse duchas vaginales	5. Evitar relaciones sexuales durante el tratamiento en caso de vaginitis por <i>Candida</i> o <i>Trichomonas</i>
6. Enjuague anogenital después de defecar	6. Baño o aseo genital después de tener relaciones sexuales
7. Uso de preservativos durante la actividad sexual riesgosa (pareja bisexual, existencia de lesiones genitales en la pareja, sexo anal)	
8. Evitar actividad sexual con múltiples parejas	
9. Aprovechar la toma de papanicolaou y la revisión del dispositivo intrauterino, para la detección temprana de enfermedad vaginal	