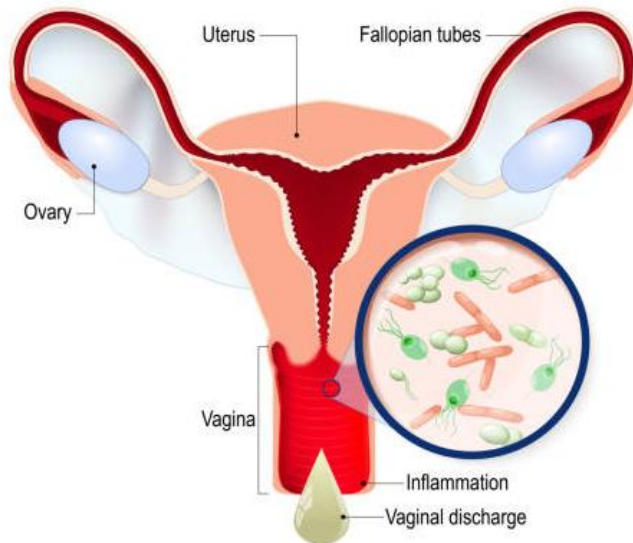


INFECCIONES CERVICOVAGINALES

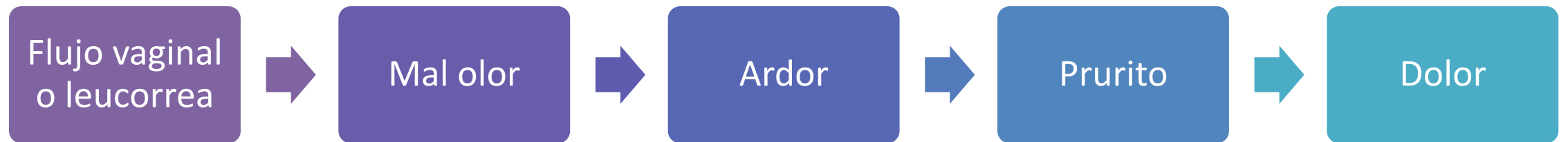


Rita Avendaño G

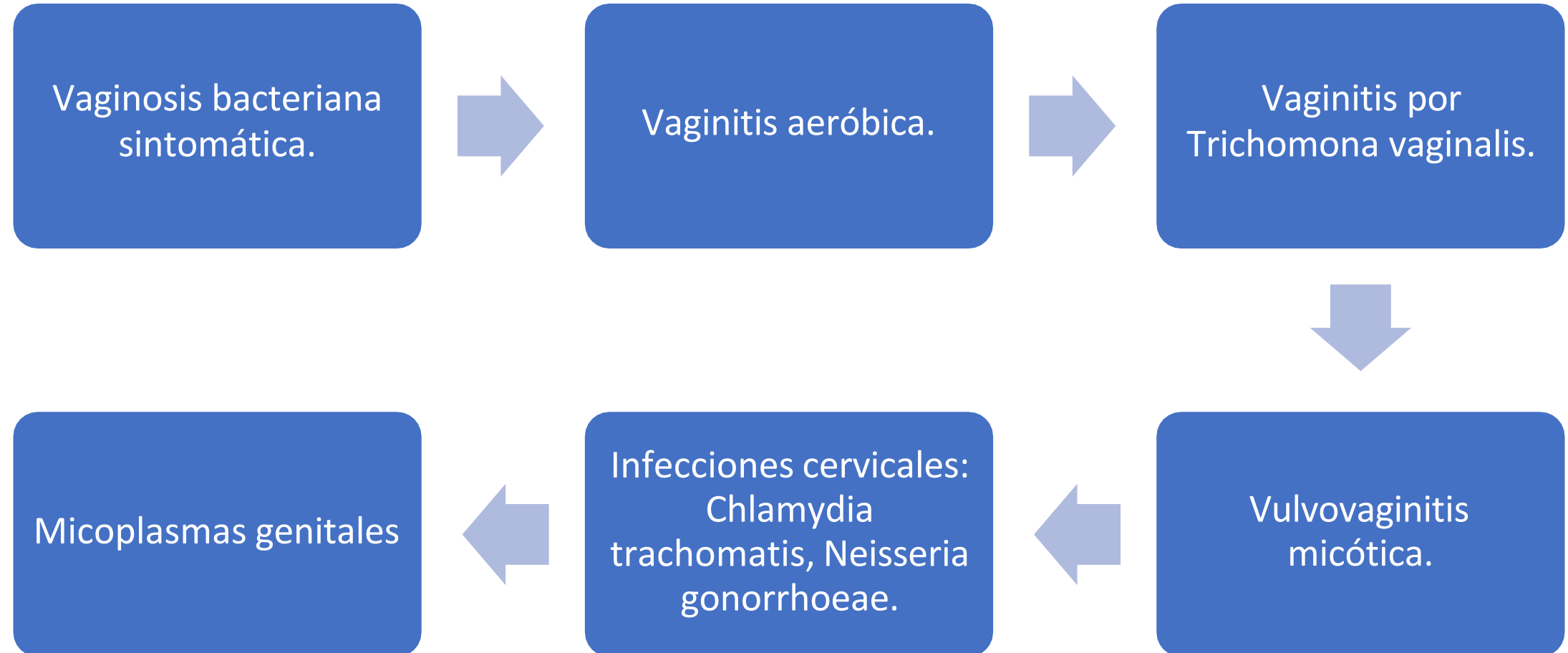
Académica –Matrona

Mg. en Educación en Ciencias de la Salud

Síntomas y signos



CLASIFICACIÓN



VAGINOSIS BACTERIANA



- Es una alteración cualitativa y cuantitativa de la microbiota vaginal.
- Se caracteriza por ausencia o escasa cantidad de Lactobacillus y su reemplazo por una microbiota compleja y abundante dominada por Gardnerella vaginalis, Bacteroides spp., Prevotella spp., Peptostreptococcus spp., Mobiluncus spp. Y Mycoplasma hominis



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- Flujo vaginal grisáceo, adherente, flocular, de mal olor, con escaso componente inflamatorio.
- Olor a pescado descompuesto al mezclar 1 gota de secreción con 1 gota de KOH al 10% (prueba de KOH o de aminas)
- pH vaginal > 5
- Presencia de bacterias tapizando la superficie de células epiteliales de la vagina (células guía o clue cells) al observar microscópicamente una muestra de secreción al fresco.

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

- Parto prematuro previo.
- Historia de abortos de segundo trimestre.
- Historia de infecciones del tracto urinario o bacteriuria asintomática.
- Episodios repetidos de infección cervicovaginal (3 o más).
- Diabetes pre o gestacional.



TRATAMIENTO

- Mujeres **sin factores de riesgo**
 - – Tratamiento **local** con metronidazol (óvulos vaginales de 500 mg al día, por 1 semana) ó clindamicina (crema vaginal, 1 aplicación por 1 semana u oral).
 - – ***No se requiere tratamiento de la pareja.***
- Mujeres **con factores de riesgo**
 - – Tratamiento sistémico **oral** con metronidazol (250-500 mg c/8-12 horas x 7 días) o Clindamicina (300 mg cada 8 horas x 7 días).
 - – ***No se requiere tratamiento de la pareja.***

Vaginitis Aeróbica

- Cultivo (+) para bacterias cocáceas gram positivas, bacilos gram negativos, bacilos gram positivos gruesos, aeróbicos, asociadas con aumento de leucocitos polimorfonucleares > 10 por campo, 400x al examen microscópico al fresco y ausencia o escasa cantidad de Lactobacillus.
- Bacterias relacionadas :
- **Streptococcus agalactiae*******, **Escherichia coli**, **Enterococcus faecalis**, **Staphylococcus aureus**.

Tabla 2: Administración de antibióticos para la profilaxis intraparto de la enfermedad neonatal por estreptococo del grupo B

Esquemas sugeridos

- Penicilina sódica 5 mill endovenoso, luego 2 mill cada 4 horas, hasta la resolución del parto.
- Ampicilina 2 gr endovenoso, luego 1 gr cada 4 horas, hasta la resolución del parto.

Esquemas alternativos

- Clindamicina 900 mg endovenoso cada 8 horas, hasta la resolución del parto.
- Eritromicina 500 mg endovenoso cada 6 horas, hasta la resolución del parto.

Esquemas de profilaxis antibiótica para SGB intraparto

Recomendado	Penicilina Sódica 5 millones UI EV por una vez, y luego, 2.5 millones cada 4 horas EV hasta el parto
Alternativa	Ampicilina 2 g EV por una vez, y luego, 1 g EV cada 4 horas hasta el parto
Alergia a penicilina con riesgo de anafilaxia	Vancomicina 1 g cada 12 horas EV hasta el parto, si es que no se ha efectuado el estudio de sensibilidad del SGB a Clindamicina y Eritromicina. En alergia a PNC, debe solicitarse el antibiograma del SGB y estudiar su sensibilidad a estos antibióticos
Alergia a penicilina con riesgo de anafilaxia	Clindamicina 900 mg cada 8 horas EV hasta el parto, o Eritromicina 500 mg cada 6 horas EV hasta el parto, o
Alergia a penicilina sin riesgo de anafilaxia	Cefazolina 2 g EV, y luego 1 g cada 8 horas EV hasta el parto

Desde el punto de vista del manejo del RN solo se considera profilaxis adecuada la realizada con penicilina, ampicilina o cefazolina con la pauta indicada, es decir, aplicación durante 4 o más horas.

TRATAMIENTO

a. Mujeres **sin factores de riesgo**:

- – Tratamiento sistémico **oral con ampicilina** (500 mg cada 6 horas x 7 días) ó local con clindamicina (crema vaginal, 1 aplicación por 1 semana).
- – **No se requiere tratamiento de la pareja.**

b. Mujeres **con factores de riesgo**:

- – Tratamiento sistémico **oral con ampicilina** (500 mg cada 6 horas x 7 días) ó **clindamicina** (300 mg cada 8 horas x 7 días), asociado con **tratamiento local** con clindamicina (crema vaginal, 1 aplicación por 1 semana).
- – **No se requiere tratamiento de la pareja.**
- – Solicitar cultivo y Gram de control.



Vaginitis por Trichomona Vaginalis

- Es producida por el protozoo *Trichomona vaginalis*, que puede infectar el aparato genitourinario de hombres y mujeres.
- Es una **enfermedad de transmisión sexual**.
- En la mujer causa un cuadro vaginal inflamatorio caracterizado por flujo vaginal verdoso, ardor, prurito y disuria.



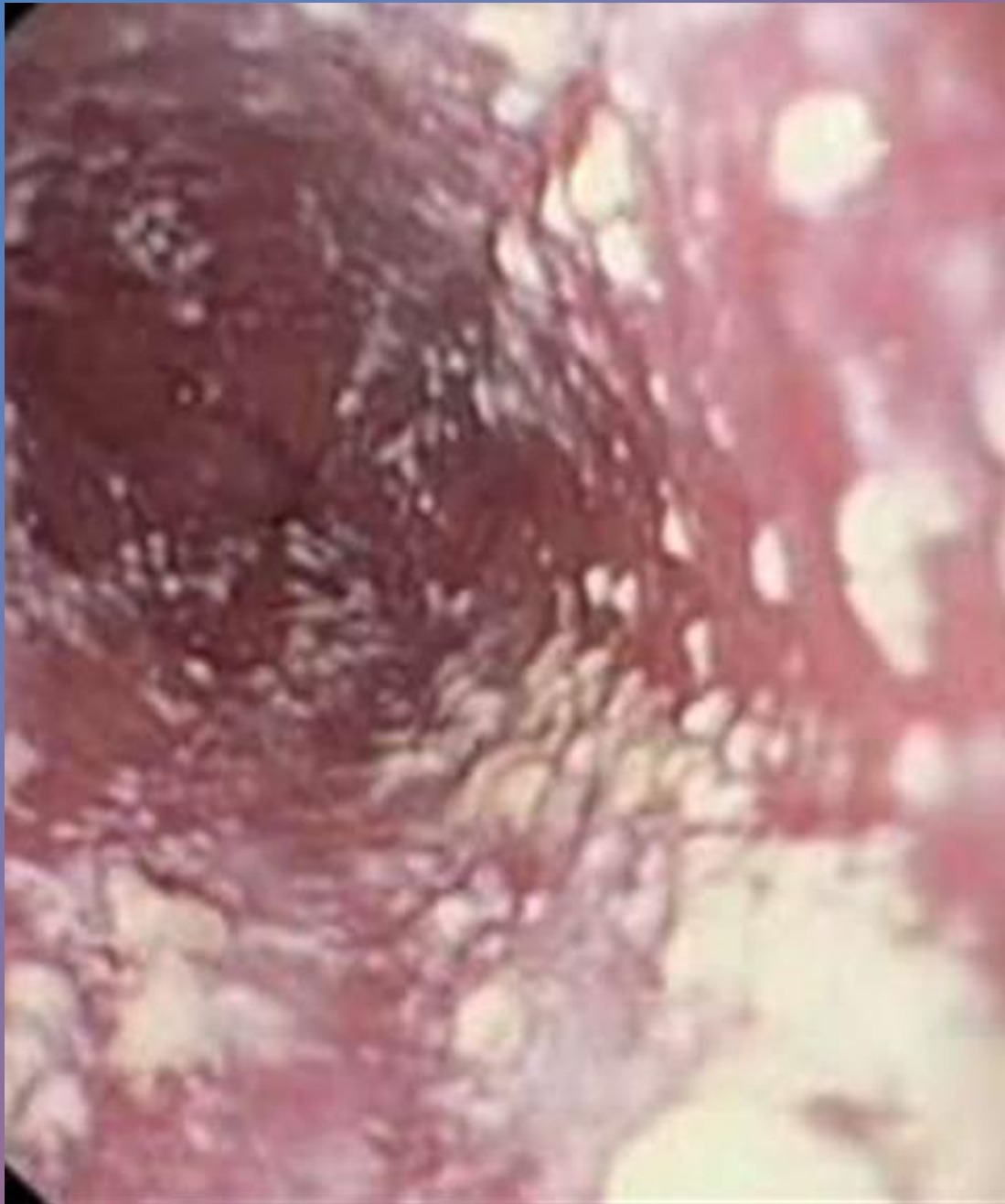
DIAGNÓSTICO

- Descarga vaginal purulenta, verdosa o cremosa
- Ardor, dolor vaginal, prurito y disuria.
- Eritema vaginal, cérvix inflamatorio.
- Observación de TV en el examen al fresco o Pap.



TRATAMIENTO

- El tratamiento de elección es **metronidazol y tinidazol**. Recomendación A.
- – Se **aconseja tratamiento a la pareja y abstinencia sexual durante el tratamiento**
- – Tratamiento farmacológico:
 - Metronidazol 2 gr oral x 1 dosis.
 - Tinidazol 2 gr x 1 dosis.
 - Metronidazol 250 mg oral cada 12 horas x 7 días.
- El uso de metronidazol durante el primer trimestre del embarazo no se ha asociado con anomalías fetales.
- Alternativa, **clotrimazol óvulos** de 100 mg por 6 días



Vulvovaginitis micótica

- La infección por hongos afecta frecuentemente a la embarazada, produciendo un cuadro caracterizado por flujo vaginal blanco y prurito intenso.
- El agente causal más frecuente es la **Candida albicans**, el cual coloniza el 30% de las embarazadas, mientras que la infección sintomática (vulvovaginitis micótica), tiene una frecuencia promedio de un 10-15%.



DIAGNÓSTICO

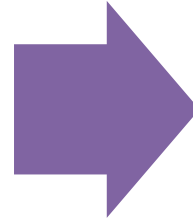
- Flujo vaginal blanco o cremoso, con grumos.
- Prurito muy intenso.
- Eritema vaginal y vulvar.
- Puede haber lesiones producidas por grataje y sobreinfecciones.
- Puede aparecer disuria y dispareunia.
- Observación microscópica de hongos en una preparación fresca de secreciones vaginales tratada con hidróxido de potasio al 10%.

CONSIDERACIONES

- Infrecuentemente estos microorganismos pueden aislarse desde el líquido amniótico, especialmente en mujeres portadoras de DIU.
- En **raras ocasiones** el recién nacido desarrolla una infección micótica, de preferencia en la piel y cavidad oral.
- **Descartarse** condiciones subyacentes tales como: **diabetes, inmunodepresión y administración concurrente de antibióticos.**

TRATAMIENTO

Mujeres embarazadas La vulvovaginitis micótica constituye un factor de riesgo de parto prematuro. Se recomienda tratamiento por **7 días con óvulos de clotrimazol**.



******Debe evitarse el uso de fluconazol oral en el primer trimestre, aunque no hay reportes de efectos adversos fetales.**

Tratamiento de la candidiasis vaginal

- Fluconazol (150 mg) v.o. en una sola dosis. Es el esquema más utilizado, por su buena respuesta y facilidad de uso. Se ha demostrado que este tratamiento oral reduce las recurrencias.
- Clotrimazol óvulos (100 mg) cada noche por 6 días
- Clotrimazol óvulos (500 mg) dosis única

Se recomienda el tratamiento de la pareja; pese a que no hay certeza de que sea una infección de transmisión sexual, el tratar a la pareja reduce las recurrencias. En este caso se indica 150 mg de fluconazol oral a la pareja

TRATAMIENTO

El **tratamiento puede ser tópico u oral. Recomendación**

A. Tratamiento antifúngico. Tópico (intravaginal profundo y sobre la piel vulvar) u oral

a. Clotrimazol, 1 óvulo vaginal (100 mg) en la noche por 6 días; crema 2 veces al día por 6 días.

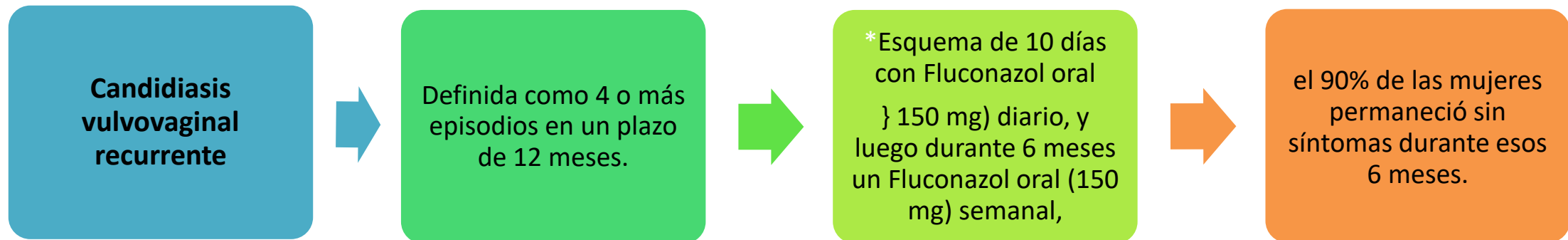
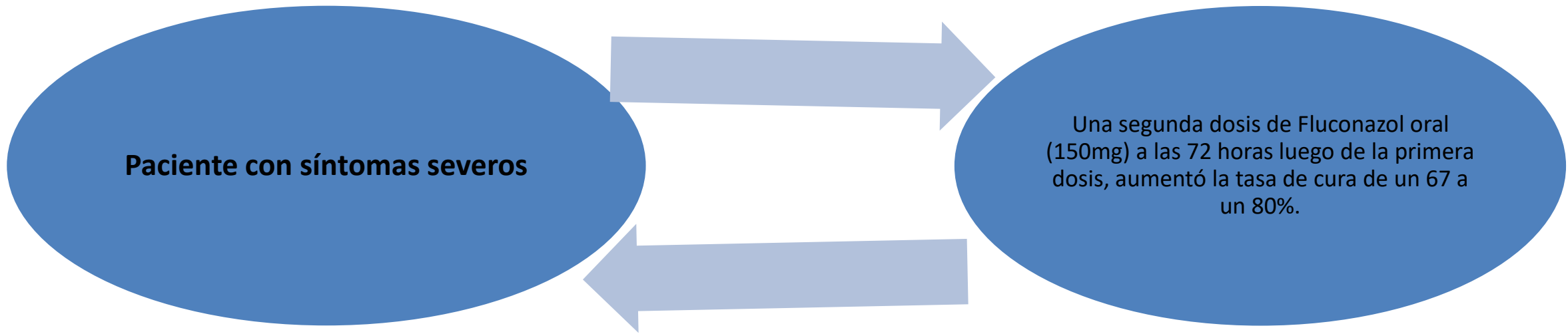
b. Nistatina, 1 óvulo vaginal (100.000 UI) cada 12 horas por 6 días; ungüento 2 veces al día por 6 días.

c. Fluconazol, 1 cápsula (150 mg) por una vez.

d. Clotrimazol 1 óvulo vaginal de 500 mg en la noche por 1 vez.

e. Otras alternativas: miconazol, butoconazol, y otras.

f. Durante el primer trimestre, preferir clotrimazol, nistatina y miconazol .



Infección por Chlamydia Trachomatis



- Chlamydia trachomatis es una causa frecuente de enfermedad en hombres y mujeres.
- Cuando infecta el tracto genital, puede **transmitirse sexualmente** y producir infecciones del tracto genital bajo, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad conyugal, conjuntivitis neonatal y neumonía del recién nacido.

DATOS ESTADISTICOS

- Rotura prematura de membranas de pretérmino 3.8%
- Parto prematuro con membranas intactas 4.8 %
- Embarazadas de Alto Riesgo 5.9%



Diagnóstico

- Sospechar cuando se constata **cervicitis mucopurulenta** y en mujeres con **riesgo de ITS**. Estudiar **gonococo en forma simultánea**
- Muestra endocervical (1 a 3)
 1. Inmunofluorescencia directa (IFD).
 2. Ensayos inmunoenzimáticos (Elisa).
 3. Cultivo celular (células McCoy).
 4. Reacción de polimerasa en cadena.

Complicaciones Obstétricas

- Aborto retenido y parto prematuro.
- Además importante es el efecto potencial en el RN
- Los neonatos pueden desarrollar conjuntivitis de inclusión y neumonía.



TRATAMIENTO

- Azitromicina 1 gramo oral x 1 vez.
- Amoxicilina 500 mg oral cada 8 horas x 7 días.
- Eritromicina (base) 500 Cada 6 HRS X 7 DÍAS.
- Se aconseja tratamiento a la pareja y abstinencia sexual durante el Tratamiento.



Infección por Neisseria Gonorrhoeae (NG)

- Es una enfermedad que se transmite sexualmente con una elevada tasa de contagio.
- La gonorrea afecta primariamente el tracto genitourinario de hombres y mujeres.
- En la mujer se localiza de preferencia en el canal cervical en forma asintomática.
-



Datos estadísticos

- Un 20% de los casos puede producir signos y síntomas que son el resultado de cervicitis mucopurulenta y uretritis.
- Un 0.5 a 7% de las embarazadas son portadoras de *Neisseria Gonorrhoeae*, dependiendo de los factores de riesgo y de los sitios utilizados para aislar el germen (canal endocervical, recto y faringe).



DIAGNÓSTICO

- Sospechar en mujeres de alto riesgo de ITS (contacto de un caso, presencia de otras infecciones de riesgo, múltiples parejas sexuales y otras) e infección vaginal recurrente.
- Flujo vaginal purulento verdoso, resistente a tratamiento habitual.
- Cervicitis mucopurulenta.
- Descarga uretral purulenta.
- Disuria.

Complicaciones obstétricas

- La presencia del gonococo en el tracto genital inferior, aumenta 2 veces el riesgo de trabajo de parto prematuro y rotura de membranas de pretérmino.
- Las mujeres portadoras pueden transmitir el microorganismo al recién nacido, favoreciendo la instalación de una **oftalmopatía** que puede conducir a la ceguera.



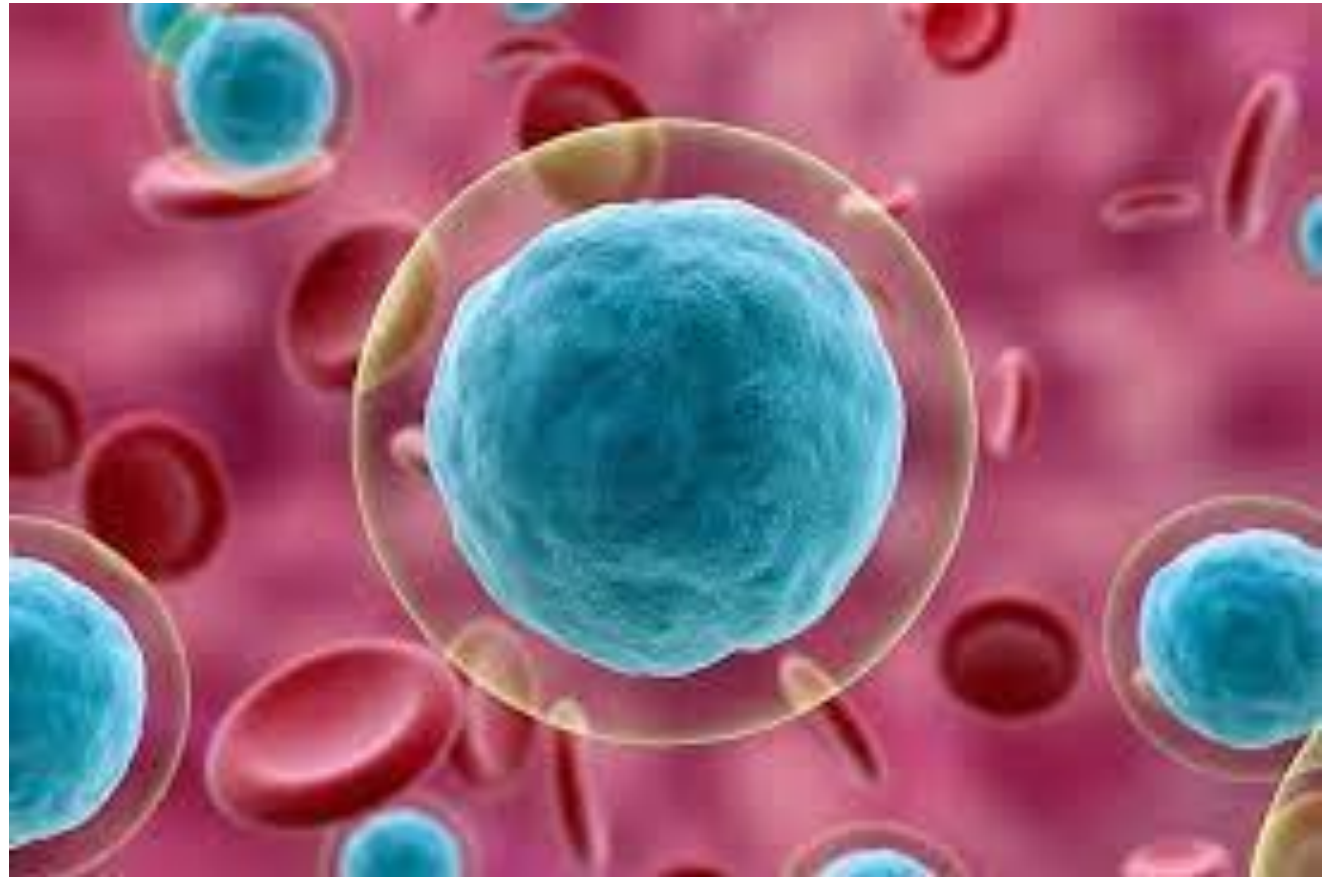
TRATAMIENTO

- Ceftriaxona, 250 mg IM por una vez.
- Cefotaxima, 500 mg, IM por una vez.
- Ceftizoxima, 500 mg, IM por una vez.
- Se aconseja **tratamiento a la pareja y abstinencia sexual durante el tratamiento**



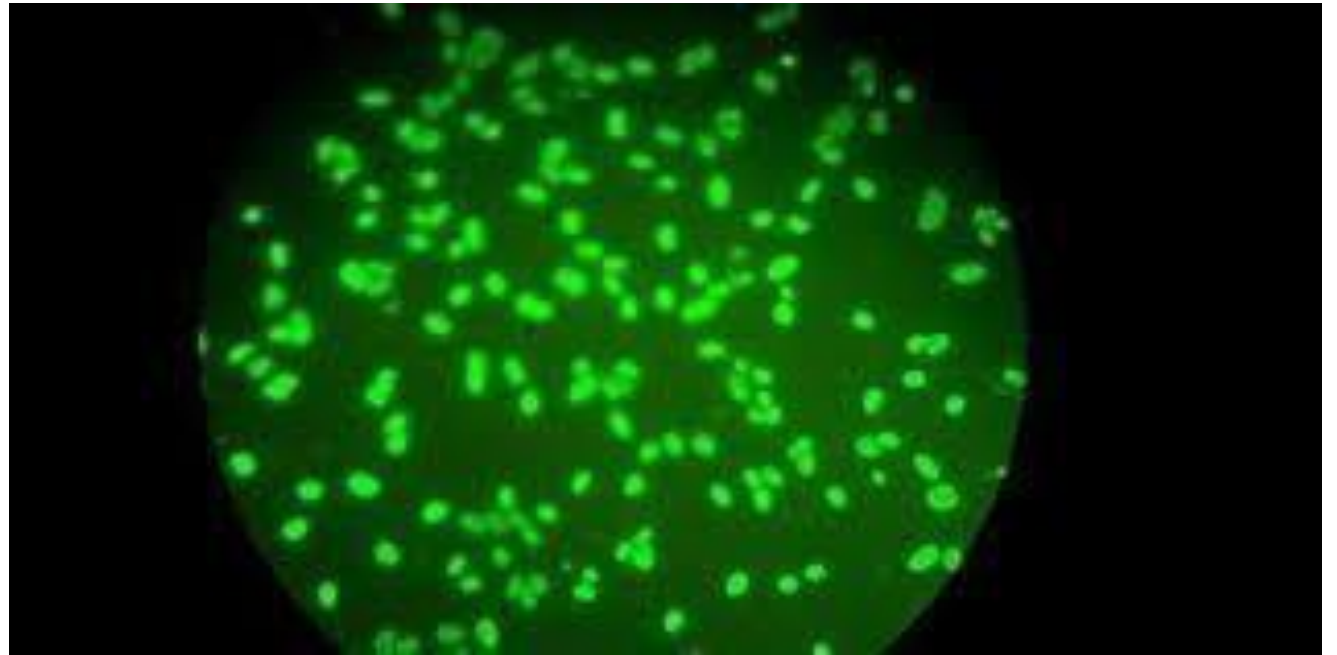
Micoplasmas genitales

- Son las bacterias más pequeñas descritas.
- No tienen pared celular, se rompen con la tinción de Gram y son resistentes a antibióticos b-lactámicos.
- Especies: Mycoplasma:
M.hominis, M. genitalium
Ureaplasma spp: U.urealyticum, U. parvum
- Se adquieren al **inicio de la actividad sexual. Luego pasan a integrar la microbiota comensal. Son patógenos oportunistas.**



Diagnóstico

- Es habitualmente por **cultivo**. Las muestras de secreción vaginal tienen un mejor rendimiento que las del endocervix y se transportan en medio buffer sacarosa fosfato (2SP).
- La PCR con alta sensibilidad y especificidad se usa en muestras respiratorias de prematuros
- **M. genitalium** crece lentamente en cultivos y se **prefiere la PCR como método diagnóstico**.



Complicaciones obstétricas

- **Ureaplasma spp no produce** signos/síntomas de infección vaginal ó cervical.
- Su aislamiento a nivel vaginal se relaciona con **parto prematuro**.
- La **infección intraamniótica** por esta bacteria se asocia con **enfermedad crónica pulmonar** en niños prematuros menores de 1500 g de peso al nacer.
- Pero su aislamiento en líquido amniótico produce menor resultado adverso perinatal que otras bacterias.
- .



M. hominis es componente de la microbiota de VB y produce **signos inflamatorios**.

- Se asocia con **parto prematuro**.



M. genitalium se ha asociado con **cervicitis mucopurulenta**.

No se ha demostrado que su detección en la vagina de la mujer embarazada se relacione con parto prematuro



TRATAMIENTO

- 1.-Eritromicina para ureaplasma
- 2.-Clindamicina para Mycoplasma Hominis.
- 3.-Ureaplasma:
 - Sensible: Macrólidos
 - Resistente: Clindamicina
 - Eritromicina (base): 500 mg oral cada 6 horas x 7 días.

Mycoplasma hominis

- Sensible: Clindamicina.
- Resistente: Macrólidos.
- Clindamicina: 300 mg oral cada 6 horas x 7 días



MUCHAS
GRACIAS!