



# INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL

**Ana Álvarez Blanco L.E. Ginecología y Obstetricia  
Complejo Asistencial de Zamora**

# INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL

01

**Enfermedad Pélvica  
Inflamatoria**

02

**Vaginosis bacteriana**

03

**Vulvovaginitis  
candidiásica**

04

**Vaginitis por Trichomonas  
Vaginalis**

01

ENFERMEDAD  
INFLAMATORIA  
PÉLVICA



# ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EIP)

**Infección subclínica o aguda del tracto genital superior, pudiendo afectar también a órganos vecinos.**

- Se desconoce la Prevalencia y la incidencia reales, pero la evidencia sugiere una tendencia creciente.
- Mujeres edad reproductiva, activas sexualmente, **2<sup>a</sup>-3<sup>a</sup> décadas de la vida.**
- **Polimicrobiana mixta**, independientemente del patógeno inicial
- **Importante problema salud pública**, consecuencias inmediatas y a largo plazo.

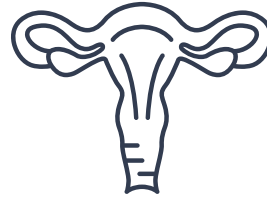


# Etiología y patogenia EIP

## VÍA ASCENDENTE

### 85% Transmisión sexual

Chlamydia trachomatis  
Neisseria gonorrhoeae  
Mycoplasma genitalium



### Patógenos respiratorios

( Haemophilus influenzae,  
Streptococcus pneumoniae)

### Patógenos entéricos

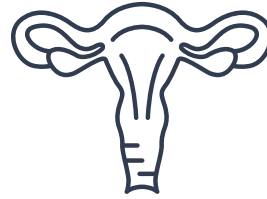
(E. Coli, Estreptococo grupo B,  
Campylobacter spp.)

# Etiología y patogenia EIP

## VÍA ASCENDENTE

**85% Transmisión  
sexual**

*Chlamydia trachomatis*  
*Neisseria gonorrhoeae*  
*Mycoplasma genitalium*



**Patógenos  
entéricos**

(*E. Coli*, *Estreptococo grupo B*,  
*Campylobacter spp.*)

**Patógenos  
respiratorios**

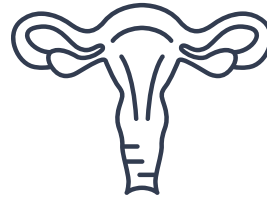
(*Haemophilus influenzae*,  
*Streptococcus pneumoniae*)

# Etiología y patogenia EIP

## VÍA ASCENDENTE

### 85% Transmisión sexual

Chlamydia trachomatis  
Neisseria gonorrhoeae  
Mycoplasma genitalium



### Patógenos respiratorios

( Haemophilus influenzae,  
Streptococcus pneumoniae)

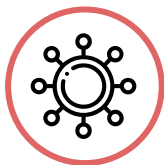
### Patógenos entéricos

E. Coli, Estreptococo grupo B,  
Campylobacter spp.)



Cuadros con clínica similar o idéntica pero con vía etiológica y patogénica diferente como la peritonitis tras apendicitis perforada o infección postquirúrgica

# Agentes patógenos



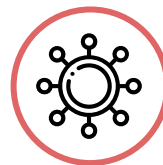
## **C. trachomatis**

Agente de transmisión sexual más prevalente.



## **N. gonorrhoeae**

2º agente de ETS más frecuente.  
Mayor riesgo de ingreso hospitalario por mayor reacción inflamatoria



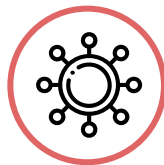
## **M. genitalium**

Mayor riesgo de infección subclínica y secuelas a largo plazo



## **Agentes asociados a la vaginosis bacteriana**

Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae, Megaspheera, etc



## **Ureplasma urealyticum**

Relación menos clara a pesar de ser causa de uretritis y cervicitis

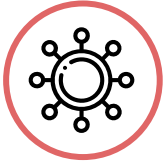


## **Actinomyces sp.**

Relación con DIU.  
Su hallazgo en pacientes asintomáticas no requiere extracción ni tratamiento



# Agentes patógenos



**C. trachomatis**

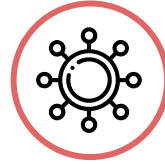


**Agentes asociados a la  
vaginosis bacteriana**



**INFECCIÓN  
POLIMICROBIANA  
MIXTA  
INDEPENDIENTEMENTE  
DEL AGENTE CAUSAL**

**Ureaplasma urealyticum**



**M. genitalium**



**Actinomyces sp.**

# FACTORES DE RIESGO

- Edad: 15 a 25 años.
- Múltiples parejas sexuales.
- Inicio temprano de las relaciones sexuales (<15 años).
- ETS o EIP previa
- Pareja sexual con antecedente ETS
- No usar o usar incorrectamente métodos de barrera
- Manipulación uterina (DIU)
- Vaginosis bacteriana



# MANIFESTACIONES CLÍNICAS



01

AGUDA

Cuadros dolor abdominal leve o moderado hasta cuadros más severos o abscesos tuboováricos e, incluso sepsis.

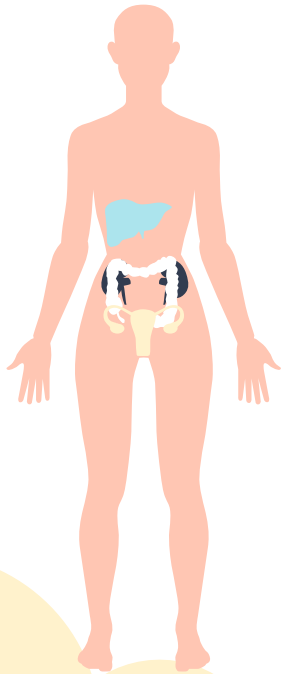
02

SUBCLÍNICA

Asintomática o oligosintomática  
Síntomas inespecíficos de intensidad variable durante semanas o meses.

Secuelas frecuentes: esterilidad origen tubárico. Hidrosalpinx residual, dolor pélvico crónico, gestación ectópica, etc.

# CLÍNICA EN LA EIP AGUDA



**Dolor pélvico y/o abdominal Hipersensibilidad a la palpación abdominal y dolor movilización cervical.**

Bilateral, intensidad variable +/- dispareunia



**Sangrado y secreción vaginal anormal**

Postcoital o intermenstrual; Flujo abundante o maloliente



**Fiebre y alteraciones analíticas**

2/3 afebriles; Leucocitosis, elevación PCR y VSG



**Perihepatitis o Sde Fitz- Hugh Curtis**

Afectación cápsula hepática con dolor en hipocondrio derecho (amilasas normales o leve elevacion); LPS: adherencias en cuerdas de violín.



**Absceso tubo-ovárico**

Masa inflamatoria en trompa de Falopio, ovario +/- otras estruct. adyacentes.  
15-35% EIP; Más frecuente fiebre, alteraciones analíticas y del estado general.

# DIAGNÓSTICO EIP

- Fundamentalmente **CLÍNICO** y, en ocasiones de exclusión.
- No se debe retrasar inicio tratamiento si alta sospecha.
- Considerar en toda mujer sexualmente activa, especialmente si joven, con dolor abdominal o pélvico (+ si dolor a la movilización cervical).
- Basado en HªClínica, FR, síntomas y signos en exploración y diagnóstico diferencial con otras posibles causas.
- Pruebas complementarias recomendadas (pero resultado negativo no excluye un diagnóstico clínico, sobretodo si alto grado sospecha)



# DIAGNÓSTICO: PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



## Pruebas de laboratorio

Test gestación.  
Recuento leucocitario, PCR, Pruebas  
función hepática y orina.



## Cultivos vaginales

C. Trachomatis, N. gonorrhoeae, M. genitalium.  
Exudado y cultivo vaginal.  
Si ingreso: Hemocultivos y urocultivo



## Serología

VIH, VHB, VHC y sífilis



## Ecografía ginecologica

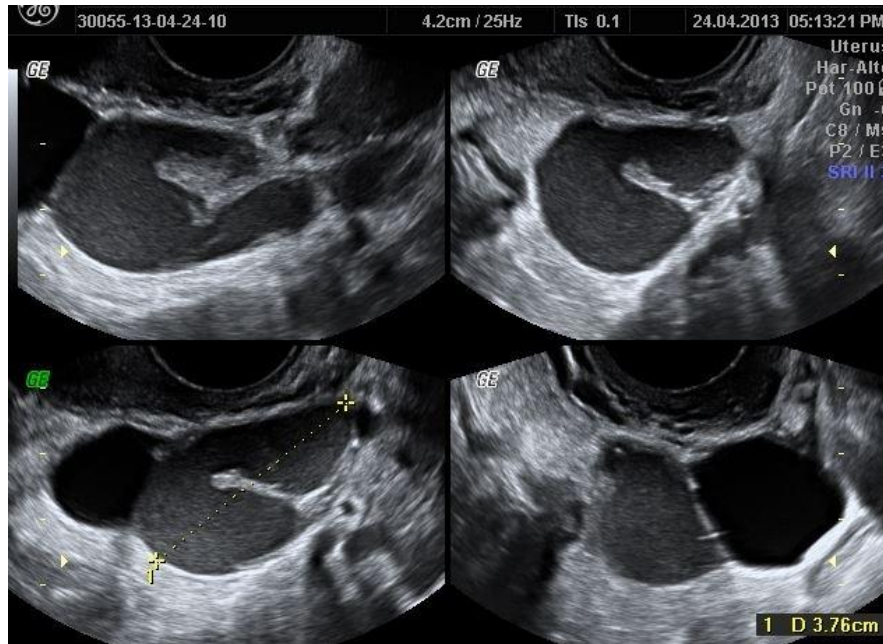
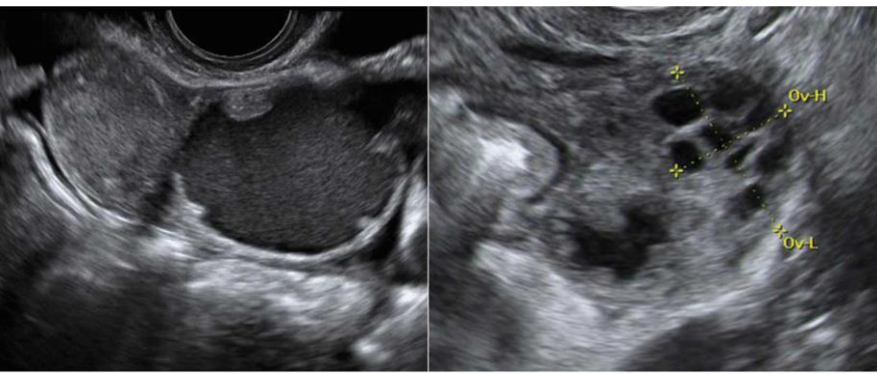
Dco Absceso tuboovárico  
DD torsión ovárica o GEU



## TC o RM



## Laparoscopia



## ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA

- Dilatación tubárica uni o bilateral.
- Hidrosalpinx y piosalpinx
- Edema tubárico
- Signo de la rueda dentada
- Aumento de la vascularización tubárica
- Líquido libre en Douglas
- Absceso tubo-ovárico

**La ausencia de hallazgos no  
excluye la posibilidad de EIP**

# DIAGNÓSTICO: PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



## Pruebas de laboratorio

Test gestación.  
Recuento leucocitario, PCR, Pruebas  
función hepática y orina)



## Cultivos vaginales

C. Trachomatis, N. gonorrhoeae, M. genitalium.  
Exudado y cultivo vaginal.  
Si ingreso: Hemocultivos y urocultivo



## Serología

VIH, VHB y VHC



## Ecografía ginecologica

Dco Absceso tuboovárico  
DD torsión ovárica o GEU



## TC o RM

- Engrosamiento tubárico +/- líquido intraluminal
- Hiperrefrigencia de la grasa pélvica
- Engrosamiento ligamentos uterosacros
- Linfadenopatías pélvicas
- Masas anexiales complejas
- Inflamación cápsula hepática



# DIAGNÓSTICO: PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



## Pruebas de laboratorio

Test gestación.  
Recuento leucocitario, PCR, Pruebas  
función hepática y orina)



## Cultivos vaginales

C. Trachomatis, N. gonorrhoeae, M. genitalium.  
Exudado y cultivo vaginal.  
Si ingreso: Hemocultivos y urocultivo



## Serología

VIH, VHB y VHC



## Ecografía ginecologica

Dco Absceso tuboovárico  
DD torsión ovárica o GEU



## TC o RM



## Laparoscopia

Raro solo diagnóstica, si con  
intención terapéutica

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**Enf. Urinarias**  
(ITU, pielonefritis,  
cálculos renales, etc)



**Enf. Digestivas**  
(apendicitis,  
diverticulitis, EII, etc)



**Otras enf. Ginecológicas**  
(torsión ovárica, endometritis,  
adenomiosis, GEU, rotura  
quiste anexial, etc)

**Otros procesos**  
(psicosomático, musculo  
esquelético, etc)



# TRATAMIENTO

Tratar **lo antes posible** de forma **EMPÍRICA**, tras la toma de muestras microbiológicas, a toda mujer sexualmente activa con clínica sospechosa.

**El retraso en el inicio aumenta el riesgo de secuelas.**

## INGRESO HOSPITALARIO

1. **Afectación severa** estado general (fiebre elevada, sepsis, etc.)
2. **Embarazo.**
3. Existencia de **absceso tubo-ovárico**
4. **No respuesta** al tratamiento ambulatorio o sospecha de **no cumplimiento.**
5. **Intolerancia** al antibiótico oral.
6. Posible necesidad de cirugía/LPS.
7. **Dudas diagnósticas** o sospecha de otros procesos concurrentes.

# TRATAMIENTO



Antibióticos de amplio espectro que cubran Chlamydia, gonococo y bacterias aerobias

**METRONIDAZOL** si riesgo de infección por anaerobios:

- Abscesos pélvicos.
- Sospecha o infección comprobada por tricomonas o vaginosis bacteriana.
- Antec. de manipulación uterina 2-3ss previas (pej. Inserción DIU)



**NO retirar DIU** salvo que no se observe mejoría clínica en las primeras 48-72h.

**EVITAR ACTIVIDAD SEXUAL** hasta completar tratamiento y hasta evaluación y/o tratamiento si precisan de las parejas sexuales.

**INFORMAR SOBRE PRÁCTICAS SEXUALES SEGURAS** y repetir test diagnósticos a los 3 meses si infección gonocócica o por Chlamydia

# Tratamiento ambulatorio

- **De elección:**
  - **Ceftriaxona 500 mg im** dosis única + **doxiciclina** 100mg/12h vo 14 días +- **metronidazol** 500mg/12h vo 14 días.
  - Si peso igual o superior a 150kg administrar 1 gr de ceftriaxona
- **Alternativa:**
  - **Cefoxitina 2g im**, dosis única + doxiciclina 100mg/12h vo 14 días +- metronidazol 500mg/12h vo 14 días.
- **Si se detecta M. genitalium:**
  - Tras regimen inicial sustituir doxiciclina **moxifloxacino 400 mg/24h vo 14 días.**
- **Si alergia a cefalosporinas:**
  - **Ofloxacino** 400mg/12h vo 14 días + metronidazol 500mg/12h vo 14 días
  - **Levofloxacino** 500mg/24h vo 14 días + metronidazol 500mg/12h vo 14 días
  - **Moxifloxacino** 400mg/24h vo 14 días + metronidazol 500mg/12h vo 14 días
  - **Azitromicina** 500mg/24h **iv 1-2** dosis + azitromicina **250mg/24h vo 14 días** + metronidazol 500mg/12h vo 14 días

# Tratamiento ambulatorio

- De elección:

- **Ceftriaxona 500 mg im** dosis única + **doxiciclina** 100mg/12h vo 14 días +- **metronidazol** 500mg/12h vo 14 días.
- Si peso igual o superior a 150kg administrar 1 gr de ceftriaxona

- Alternativa:

- **Cefoxitina 2g im**, dosis única + doxiciclina 100mg/12h vo 14 días +- metronidazol 500mg/12h vo 14 días.

- Si se detecta *M. genitalium*:

- Tras regimen inicial sustituir doxiciclina **moxifloxacino 400 mg/24h vo 14 días**

- Si alergia a cefalosporinas:

- **Ofloxacino** 400mg/12h vo 14 días + metronidazol 500mg/12h vo 14 días
- **Levofloxacino** 500mg/24h vo 14 días + metronidazol 500mg/12h vo 14 días
- **Moxifloxacino** 400mg/24h vo 14 días + metronidazol 500mg/12h vo 14 días
- **Azitromicina** 500mg/24h **iv 1-2** dosis + azitromicina **250mg/24h vo 14 días** + metronidazol 500mg/12h vo 14 días

Fundamental  
evaluación 48-72h  
para comprobar  
buena evolución y  
cumplimiento del  
tratamiento

# Tratamiento en pacientes ingresadas

- De elección:
  - **Ceftriaxona** 1gr iv/24h + **doxiciclina** 100mg/12h vo o iv + **metronidazol** 500mg/12h iv o vo. Tras mejoría clínica, suspender ceftriaxona y continuar con el resto vo hasta completar 14 días en total.
- Alternativas:
  - **Cefoxitina 2g iv/6h** + doxiciclina 100mg/12h vo o iv. Tras mejoría clínica suspender cefalosporina y continuar con doxiciclina 100mg/12h vo + metronidazol 500mg/12h vo, hasta completar 14 días en total.
  - **Cefotetán 2gr iv/12h** + doxiciclina 100mg/12h vo o iv. Tras la mejoría clínica suspender la cefalosporina y continuar con doxiciclina 100mg/12h vo + metronidazol 500mg/12h vo, hasta completar 14 días en total.
- Si alergia a cefalosporinas:
  - **Clindamicina 900mg/8h iv + gentamicina** 2mg/kg como dosis inicial iv o im seguido de 1,5mg/kg/8h iv como mantenimiento, o bien 3-5mg/kg/24h en dosis única iv o im. Tras mejoría clínica suspender gentamicina y continuar con clindamicina 450mg/6h vo o doxiciclina 100mg/12h vo durante 14 días.
  - **Ampicilina-sulbactam 3g/6h iv + doxiciclina** 100mg/12h vo o iv. Tras la mejoría, suspender ampicilina y continuar con doxiciclina 100mg/12h vo + metronidazol 500mg/12h vo durante 14 días
  - **Azitromicina** 500mg/24h iv 1-2 dosis + azitromicina **250mg/24h vo 14 días** + metronidazol 500mg/12h vo 14 días

# Tratamiento en pacientes ingresadas

- De elección:

- **Ceftriaxona** 1gr iv/24h + **doxiciclina** 100mg/12h vo o iv + **metronidazol** 500mg/12h iv o vo. Tras mejoría clínica, suspender ceftriaxona y continuar con el resto vo hasta completar 14 días en total.

- Alternativas:

- **Cefoxitina 2g iv/6h** + doxiciclina 100m/12h vo o iv. Tras mejoría clínica suspender cefoxitina y continuar con doxiciclina 100mg/12h vo + metronidazol 500mg/12h vo, hasta completar 14 días en total.
- **Cefotetán 2gr iv/12h** + doxiciclina 100mg/12h vo o iv. Tras la mejoría clínica suspender cefotetán y continuar con doxiciclina 100mg/12h vo + metronidazol 500mg/12h vo hasta completar 14 días en total.

- Si alergia a cefalosporinas:

- **Clindamicina 900mg/8h iv + gentamicina** 2mg/kg como dosis inicial iv o im. Tras la mejoría clínica suspender gentamicina y continuar con clindamicina 450mg/6h vo o doxiciclina 100mg/12h vo durante 14 días.
- **Ampicilina-sulbactam 3g/6h iv + doxiciclina** 100mg/12h vo o iv. Tras la mejoría, suspender ampicilina y continuar con doxiciclina 100mg/12h vo + metronidazol 500mg/12h vo durante 14 días.
- **Azitromicina** 500mg/24h iv 1-2 dosis + azitromicina **250mg/24h vo 14 días** + metronidazol 500mg/12h vo 14 días.

Vigilar evolución, a las 24-48h de la disminución fiebre y el dolor y la mejoría analítica, cambiar a vía oral y valorar alta.



# Tratamiento en situaciones especiales

- **Tratamiento del ABSCESO TUBO-OVÁRICO:**

- **Ingreso** y pautas antibióticas mencionadas, hasta 80% responden.
- Si a las **48-72h** sospecha o confirmación **fracaso de tratamiento médico**: drenaje de las masas anexiales mediante punción transcutánea guiada por ecografía o TAC o intervención quirúrgica (generalmente LPS). Rara necesidad de realización histerectomía +/- doble anexectomía o apendicectomía, etc.
- Factores de riesgo: >35 años, IMC elevado, **masa igual o superior a 7cm o bilateralidad**.
- Cirugía inmediata sólo si sepsis, shock séptico, abscesos de más de 8cm o rotura espontánea del mismo.

- **EMBARAZO:**

- Poco frecuente, más aún tras el primer trimestre, con aumento de complicaciones obstétricas.
- **Ingreso e IC a especialista en enfermedades infecciosas para optimizar tratamiento.**

- **MENOPAUSIA:**

- Importante diagnóstico diferencial con neoplasias ginecológicas, y si cirugía enviar muestra para **descartar cáncer con infección superpuesta**.

# CONCLUSIONES

**1.** EIP infección subclínica o aguda del tracto genital superior de la mujer, principalmente de transmisión sexual

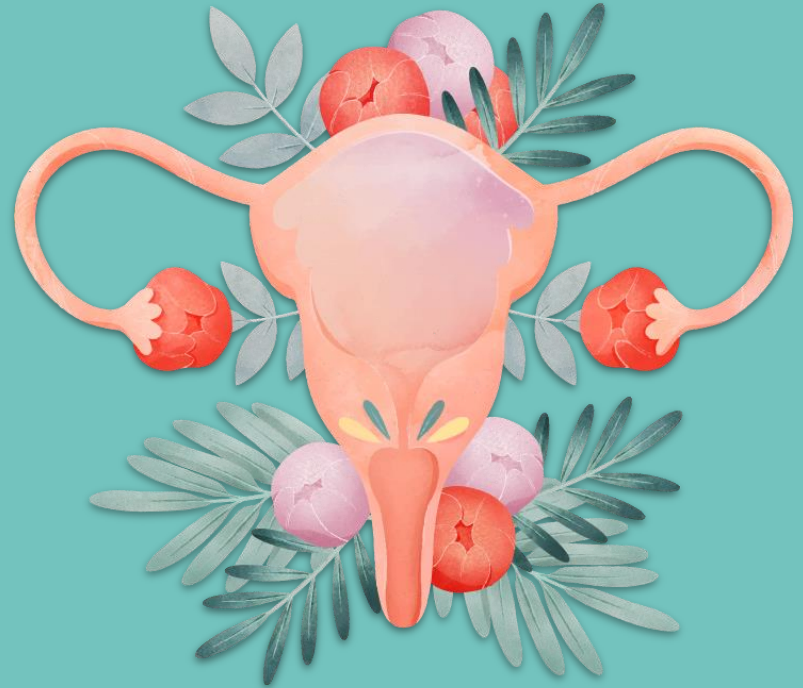
**2.** Polimicrobiana mixta, a pesar de que patógenos causales más frecuentes sean *C. Trachomatis* y *N. gonorrhoeae*.

**3.** El diagnóstico es CLÍNICO y de exclusión, y debe sospecharse siempre ante un cuadro compatible en una mujer joven sexualmente activa.

**4.** Tratamiento inicial siempre de forma EMPÍRICA y sin demora, generalmente de forma ambulatoria.

02

# VAGINOSIS BACTERIANA



# VAGINOSIS BACTERIANA

## SITUACIÓN DE DISBIOSIS:

- >50% asintomáticas
- Generalmente no inflamación mucosa
- Descenso Lactobacillus y desarrollo de bacterias minoritarias y elevación pH vaginal, con posible colonización por bacterias entéricas.

Diversas bacterias presentes principalmente anaerobias Gram negativas:

- **Gardnerella vaginalis**
- **Mobiluncus spp.**
- **Atopobium o Fannyhessea vaginae**
- **Bacteroides spp. Prevotella spp.**

## CRITERIOS AMSEL

Leucorrea cuyo color (blanco-amarillento) y cantidad pueden variar

Hedor de aminas (pescado) al añadir gotas de solución de hidróxido potásico al 10% al frotis (whiff test)

≥20% Clue cells al microscopio

pH vaginal >4,5

# VAGINOSIS BACTERIANA

Paciente **SINTOMÁTICA** (flujo aumentado maloliente) o **asintomática previo a procedimientos gineco-obstetricos**

## No embarazada

### Tratamiento antibiótico (elección)

- **Clindamicina crema vaginal al 2%, 1c24h 7días.**
- **Metronidazol 500mg vo 1c12h 7días.**
- Alternativas:
  - Tinidazol 2g/24h vo 2 días o 1g/24h vo 5 días.
  - Clindamicina vo 300mg/12h 7 días
  - Clindamicina vaginal óvulos 100mg/24h 3 días

### Tratamiento no antibiótico

- **Cloruro decualinio com. vaginal 1/24h 6 días**

Clindamicina vaginal riesgo de rotura del preservativo hasta 7 días postratamiento.  
No alcohol 24h tras última dosis de metronidazol oral y 72h si Tinidazol.

## Embarazada

### Tratamiento antibiótico (evitar primer trimestre)

- Clindamicina vía oral, óvulos o crema.
- Metronidazol 500mg vo 1c12h 7días.

### Tratamiento no antibiótico (elección)

- **Cloruro decualinio com. vaginal 1/24h 6 días**

No se recomienda el cribado universal de vaginosis bacteriana para prevenir el parto pretérmino excepto en mujeres con síntomas.

# VAGINOSIS BACTERIANA

Paciente **sintomática** (flujo aumentado maloliente) o **asintomática** previo a procedimientos gineco-obstetricos  
**¿ Y EN LA LACTANTE?**

Última actualización: 28 de Agosto de 2021

## Clindamicina

### Riesgo muy bajo

Seguro. Compatible. Mínimo riesgo para la lactancia y el lactante.

Antibacteriano lincosamida activo contra muchas bacterias grampositivas (estafilococos, estreptococos, clostridium) y algunos anaerobios (*Bacteroides fragilis*) y parásitos (plasmodio, toxoplasma). Administración oral, intramuscular o intravenosa en 3 a 4 dosis diarias. Administración tópica cutánea y vaginal.

Se excreta en leche materna en pequeña cantidad no significativa clínicamente (van Wattum 2019, Zhang 1997, Matsuda 1984, Stéen 1982, Smith 1975) y no se han observado problemas en lactantes de madres que lo tomaban, salvo gastroenterocolitis ocasional por alteración de la flora intestinal que cede a los pocos días de acabar el tratamiento.

La clindamicina se utiliza por vía intravenosa en el tratamiento de mastitis aguda grave, sin efectos secundarios en el lactante (Maier 2021).

Última actualización: 28 de Junio de 2021

## Metronidazol

### Riesgo muy bajo

Seguro. Compatible. Mínimo riesgo para la lactancia y el lactante.

Antiinfeccioso de la familia de los imidazoles indicado en el tratamiento de giardiasis, amebiasis, tricomoniasis e infecciones por anaerobios (*bacteroides* y *clostridium*). Administración oral una a tres veces al día. Uso intravenoso en casos graves.

Se excreta en leche materna en cantidad moderada pero clínicamente poco significativa (van Wattum 2019, Geballa 2018, Zhang 1997, Passmore 1988, Heisterberg 1983, Erickson 1981, Gray 1961). La dosis relativa pediátrica puede llegar al 10,6% (van Wattum 2019).

No se han observado problemas en lactantes cuyas madres lo tomaban (Passmore 1988, Gray 1961), salvo un posible caso de diarrea (Clements 1980).

# VAGINOSIS BACTERIANA Y PROBIÓTICOS

15-30% otro episodio a los 30-90 días tras tratamiento y el 50% recurren en el plazo de 12 meses

## Tratamiento inicial en primoinfección

Administrar **2-3 días tras el tratamiento** farmacológico específico, cuando se usan como adyudantes. Los EC disponibles aconsejan un tratamiento diario de entre **5-10 días** utilizando la **vía vaginal**. En el caso de la **vía oral** la duración del tratamiento debería ser **más prolongada** (hasta 15 días-ciclo completo)

## Prevención de las recidivas

**Dosis 1-2 veces a la semana o incluso diariamente** durante varias semanas (4-10) en las situaciones más recidivantes. Alternativamente, en estos últimos casos, **repetición mensual de la pauta inicial empezando al final de la menstruación, durante 3 a 6 meses.**

# MEDIDAS GENERALES

## EVITAR

- Jabones pH alcalino, champú o gel de baño.
- Duchas vaginales.
- Ropa ajustada, tejidos sintéticos.
- Salvaslip.
- Cosméticos, papel higiénico, compresas perfumadas.
- Higiene defectuosa (por defecto o exceso) y limpieza de atrás a adelante.
- Humedad mantenida (sauna, piscina)
- Dieta rica en azúcares simples: favorece desarrollo de levaduras.



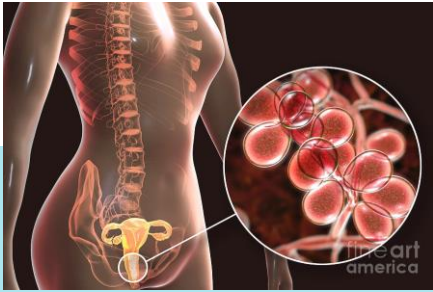


03



# VULVOVAGINITIS CANDIDIÁSICA

# VULVOVAGINITIS CANDIDIÁSICA (CVV)



2º causa más frecuente de VV

Incidencia 29-49%  
Alto riesgo recurrencia

Problema salud muy relevante

10-50% Mujeres sanas en edad reproductiva portadoras



## Candida spp

**Candida albicans 90%**

C. glabrata, C. tropicalis, C. Krusei, C. pseudotropicalis

## Factores predisponentes

- 1 Embarazo
- 2 Debut Actividad sexual
- 3 Anticonceptivos orales de alta dosis y/o espermicidas
- 4 Antibióticos de amplio espectro
- 5 Déficit metabólico como DM
- 6 Inmunosupresión (VIH, Inmunosupresores)
- 7 Predisposición familiar

# CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO DE CVV

## SÍNTOMAS

- Prurito vulvar (90%).
- Disuria, sensación quemazón tras micción, dispareunia
- Leucorrea blanquecina con grumos blancos (en yogur o requesón)
- Mucosa eritematosa con leucorrea blanquecina fácil de despegar.
- Excoriaciones, fisuras y lesiones secundarias al rascado



## DIAGNÓSTICO

Combinación clínica sugestiva y confirmación presencia de hifas o esporas

1. pH Vaginal: inalterado (4-4.5)
2. Observación en frotis en fresco con suero fisiológico al 0,9% o KOH
3. Cultivo vaginal "gold estándar": solo si dudas, discrimina entre diferentes tipos, tarda 3-4 días.

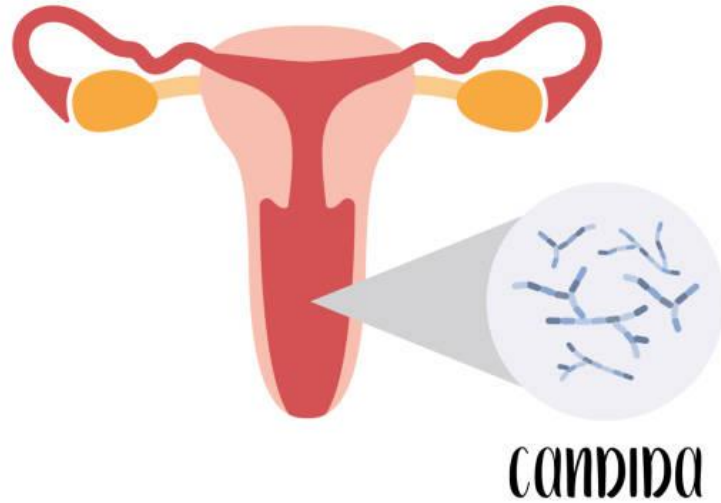


# TRATAMIENTO

## CANDIDIASIS

### CVV NO COMPLICADA

1. Esporádica (<3 episodios/año)
2. Leve-moderada
3. No embarazo
4. No factores de riesgo e inmunocompetente
5. C.albicans



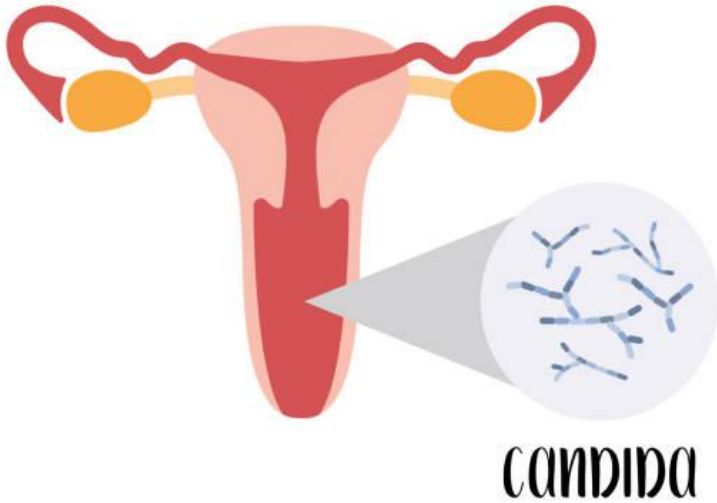
# TRATAMIENTO CVV NO COMPLICADA

ANTIMICÓTICOS TÓPICOS	
Fármacos	Dosis, vía, pauta
<b>Clotrimazol 2% crema vaginal</b>	<b>5g/24h, 3-7 días</b>
Clotrimazol comp. vaginal <b>500mg</b>	<b>Dosis única</b>
Clotrimazol comp. vaginal <b>100mg</b>	<b>1comp./12-24h 3-7 días</b>
<b>Miconazol 2% crema vaginal</b>	<b>5g/24h, 14 días</b>
<b>Fenticonazol 200mg</b> (Laurimic)	<b>1comp./24h, 3 días</b>
Fenticonazol <b>600mg</b> (Laurimic)	<b>Dosis única</b>
<b>Ketoconazol 400mg</b>	1 óvulo/24h, 3-5 días
Econazol 150mh	1 óvulo/24h 3 días
Sertaconazol 2% crema vaginal	5g/24h. 7 días
<b>Sertaconazol 500mg</b> (Ginedermofix)	Dosis única
Nistatina 100.000 U	1comp. Vaginal /24h 14 días (No en España)
<b>Ciclopirox 1%</b> (Ciclochem)	5g/24h 6 días
ANTIMICÓTICOS ORALES	
<b>Fluconazol 150 mg</b>	<b>Dosis única (si precisa repetir dosis a las 72h)</b>
<b>Itraconazol 100mg</b>	<b>200mg/12h 1 día o 200mg/24h 3 días</b>

Atención con interacciones farmacológicas con CYP3A4

# TRATAMIENTO

## CANDIDIASIS



### CVV COMPLICADA

1. Recurrente (<3 episodios/año)  
(5% mujeres)
2. Severa
3. Embarazo
4. Factores de riesgo e inmunodeficiencias
5. No C.albicans

# CVV COMPLICADA



## Embarazo

- Imidazoles tópicos 7-14 días  
**(Clotrimazol 100 mg vaginal /24h 7 días)**
- Recurrente: tratar cada episodio y plantear supresor al finalizar gestación.
- Probióticos también recomendados

## Severa



- Imidazoles tópicos 7-14 días
- **Fluconazol 150mg vo cada 72h, 2-3 dosis**

## Candida no albicans



### C. Glabrata

- Azoles **tópicos u orales distintos del fluconazol en tandas de mayor duración.**
- **Ácido Bórico** óvulos gelatina 600mg cada 24h 14días
- Si resistencia óvulos de flucitosina +- anfotericina B

(2 últimas opciones formuladas en farmacia)

### C. Krusei

- **Azoles tópicos en tandas de mayor duración**

## ¿Parejas?

Si pareja sintomatología o resistencias al tratamiento

## CCV RECURRENTE (>3 VVC/AÑO)

Valorar FR modificables y cultivo vaginal (determinar especie de Candida y resistencias).

TERAPIA UNICA				
Fluconazol 150mg vo		1comp/72h	3 dosis	
Itraconazol 100mg vo		200mg/12h	3 días	
Clotrimazol 500mg vv		1óvulo/semana	2 semanas	
TERAPIA DOBLE				
Vía vaginal	Clotrimazol	500mg/semana 100mg/día	2 semanas 12 días	
	Sertaconazol	500mg/semana	2 semanas	
	Fenticonazol	600mg/día	3 días	
Vía oral	Fluconazol	150mg/72h	3 dosis	
	Itraconazol	200mg/24h	10 días	
TERAPIA TRIPLE				
Oral	Itraconazol	200mg/día	10 días	
Vaginal	Clotrimazol	500mg/semana	2 semanas	
Vulvar	Clotrimazol	5g/24h	2 semanas	
TERAPIA MANTENIMIENTO		Clotrimazol	500mg/semana	6 meses
		Sertaconazol	500mg/semana	6 meses
		Fenticonazol	600mg/semana	6 meses
		Fluconazol	150mg/semana	6 meses
		Itraconazol	200mg/semana	6 meses
		Ketoconazol	100mg/día	6 meses



# PROBIÓTICOS

Coadyudantes en no complicada mejoran clínica y disminuyen recurrencias.

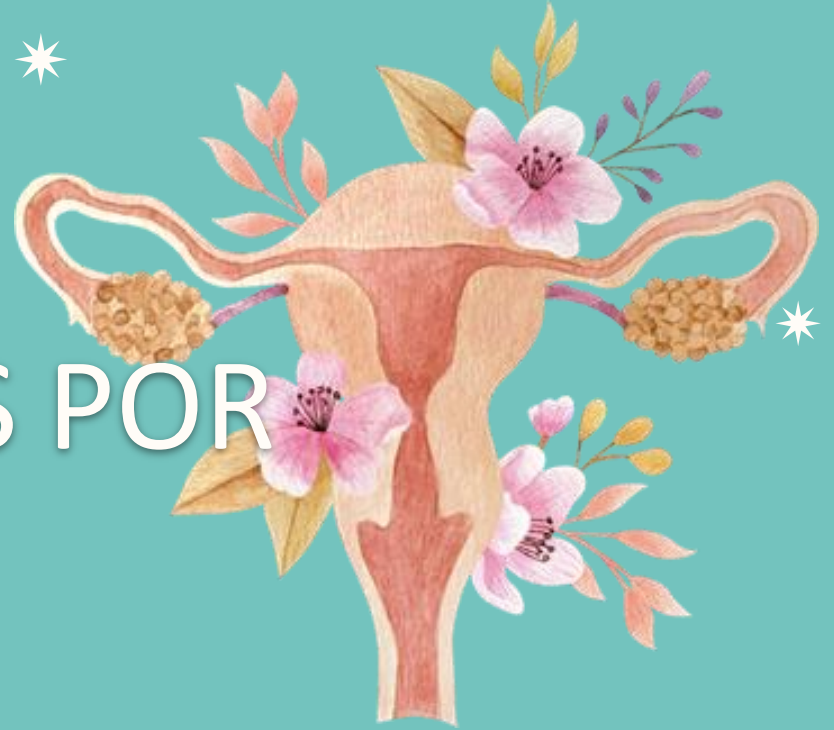
En gestantes pocos estudios pero también recomendados

Muy interesantes en CCVR, administración 5-10 días vaginal u oral más prolongado y repetir el tratamiento intra o posmenstrual



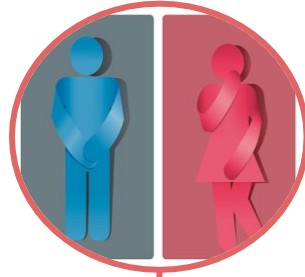
04

VULVOVAGINITIS POR  
TRICHOMONAS  
VAGINALIS



# TRICOMONIASIS

Protozoo flagelado.  
ETS no vírica más frecuente a nivel mundial.  
Pv/Incidencia en disminución en P. occidentales



**Varón:** disuria y orina turbia, asintomáticos >70%  
**Mujer** asintomática 50%, tendencia a cronificar, simultánea a vaginosis y vaginitis candidiásica o HPV.  
Prurito y Leucorrea maloliente, espumosa, uretritis, disuria disparenia, eritema vulvovaginal, cérvix en fresa (peor con menstruación)

- **Microscópico:** visualización parásito móvil en fresco, rápida, barata, pero sensibilidad baja
- **Cultivo** de toma vaginal en medio de Diamond modificado
- **Test amplificación de ácidos nucleico (NAAT)**

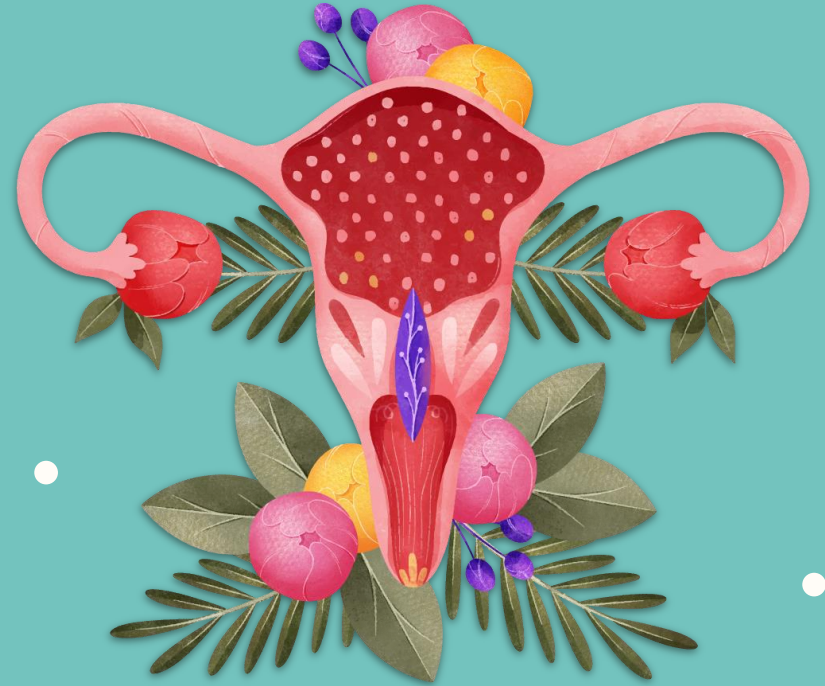




# ¡GRACIAS!



[aalvarezbl@saludcastillayleon.es](mailto:aalvarezbl@saludcastillayleon.es)



# BIBLIOGRAFÍA

- Muñoz Gállico, Eloy “Guía de Enfermedad Inflamatoria Pélvica”. 2023, ISBN 978-84-127058-9-8.
- Jonathan Ross, MD. “Pelvic inflammatory disease: Pathogenesis, microbiology, and risk factors”. Uptodate Dec 08, 2023.
- Jonathan Ross, MD. “Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis” Uptodate Dec 08, 2023.
- Harold C Wiesenfeld, MD, CM. “Pelvis inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents” Uptodate Feb 01, 2024.
- “Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales” Guía de Asistencia Práctica SEGO Enero, 2018.
- “Los probióticos y la infección ginecológica” Documento de consenso SEGO, 2023.
- Jack D Sobel, MD. “Bacterial vaginosis: Initial treatment” Uptodate Jan, 2024.
- “Parto Pretérmino” Guía de Asistencia Práctica SEGO octubre 2020.
- Jack D Sobel, MD. “Candida vulvovaginitis in adults: Treatment of acute infection” Uptodate Feb, 2024.
- Jack D Sobel, MD. “Candida vulvovaginitis in adults: Recurrent infection” Uptodate Feb, 2024.
- “Infecciones del tracto genital inferior” Guía AEPCC. 2016.