

COOMEVA EPS

NORMA PARA EL MANEJO DE LAS VAGINOSIS BACTERIANAS DURANTE EL EMBARAZO

1. JUSTIFICACIÓN

Es la causa más frecuente de flujo vaginal durante la gestación. La prevalencia estimada es del 25 al 36%, cursando asintomática en el 10% de las gestantes. No es considerada una ITS.

La vaginosis bacteriana aumenta el riesgo para presentar parto pretermino y bajo peso al nacer.

2. METODOLOGÍA

Los contenidos de esta guía se soportaron en evidencias de acuerdo con las revisiones sistemáticas de la biblioteca Cochrane – Guía ITS MSP 2013.

La clasificación de los niveles de evidencia y los grados de recomendación se actualizaron de acuerdo con la clasificación de la medicina basada en la evidencia de Oxford.

Tabla 1. Clasificación de los niveles de evidencia

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
1	Revisión sistemática de estudios clínicos controlados y ensayos clínicos controlados con intervalos de confianza estrecho.
2	Revisión sistemática de estudios de cohortes o estudio individual de cohortes.
3	Revisión sistemática de casos y controles, estudio individual de casos y controles.
4	Series de casos, estudios de cohorte/casos y controles de baja calidad.
5	Opiniones de expertos basados en revisión no sistemática de resultados o esquemas fisiopatológicos.

Adaptado de Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (May 2001)

Para la interpretación del grado de recomendación se seguirá el siguiente esquema:

Tabla 2. Significado de los grados de recomendación

Grados de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable
B	Recomendación favorable
C	Recomendación favorable pero no concluyente
D	Ni se recomienda ni se desaprueba

En términos generales, el lineamiento seguido fue:

1. Búsqueda de ensayos clínicos controlados para cada recomendación, en Pubmed o revisiones sistemáticas de Cochrane.
2. Búsqueda de la cohorte más representativa de la muestra en tamaño y homogeneidad.
3. Si no se encontró ninguna evidencia anterior se utilizó el artículo más importante de casos y controles.

A lo largo del documento se citará la evidencia, enunciado primero el grado de recomendación y luego el nivel de evidencia, por ejemplo, Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1: (A1).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Garantizar condiciones de calidad (oportunidad, acceso, pertinencia, seguridad y continuidad) en la atención institucional de la vaginosis durante el embarazo para disminuir la morbilidad materna y perinatal en Coomeva Salud.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Definir el marco técnico-científico para la atención Institucional de la vaginosis durante el embarazo con base en la medicina evidencial.

Reducir y controlar las complicaciones maternas y perinatales derivadas de la vaginosis durante el embarazo.

4. POBLACIÓN BENEFICIARIA

Los contenidos de esta norma aplican para todas las gestantes con vaginosis usuarias de Coomeva Salud.

5. DEFINICIONES

Es un síndrome resultante de una alteración del ecosistema vaginal en la que el lactobacilo es reemplazado por Gardnerella Vaginalis, anaerobios y Micoplasma Hominis.

6. FACTORES DE RIESGO

- Adolescencia
- Bajo nivel socioeconómico y cultural
- Madre soltera
- Inadecuado control prenatal
- Anemia
- Desnutrición
- Tabaquismo
- Enfermedades crónicas

7. DIAGNOSTICO

Solicitar frotis vaginal a pacientes embarazadas con:

- Leucorrea sintomática (puede ser escaso o abundante, percibido como incomodo o de mal olor por la paciente) (A1)
- Riesgo de parto prematuro (C3)
- Riesgo de RPM (C3)
- Riesgo de aborto tardío
- En pacientes asintomáticas antes de la semana 20 de gestación para reducir parto pretérmino y el bajo peso al nacer

* **Recomendación:** En caso de no disponer del examen de frotis de flujo vaginal se podrá realizar manejo sindromático (Guía MPS 2013)

CRITERIO CLÍNICO

Flujo vaginal y/o mal olor.

Examen físico: solo el flujo, escaso o abundante, gas, sin inflamación.

CRITERIOS DE LABORATORIO

- **Criterios de Amsel** (2 de 4) (A1)

1. Flujo vaginal característico
2. PH > 4.5
3. percepción de olor a pescado cuando el flujo vaginal se mezcla con KOH 10%
4. Células clave

- **Otros criterios**

1. Ausencia de lactobacilo
2. Gram: cocobacilos gram negativos o mobiluncus (A1)
3. Leucocitos > 10 por campo, con visualización de cérvix erosionado y friable (A1).

8. MANEJO

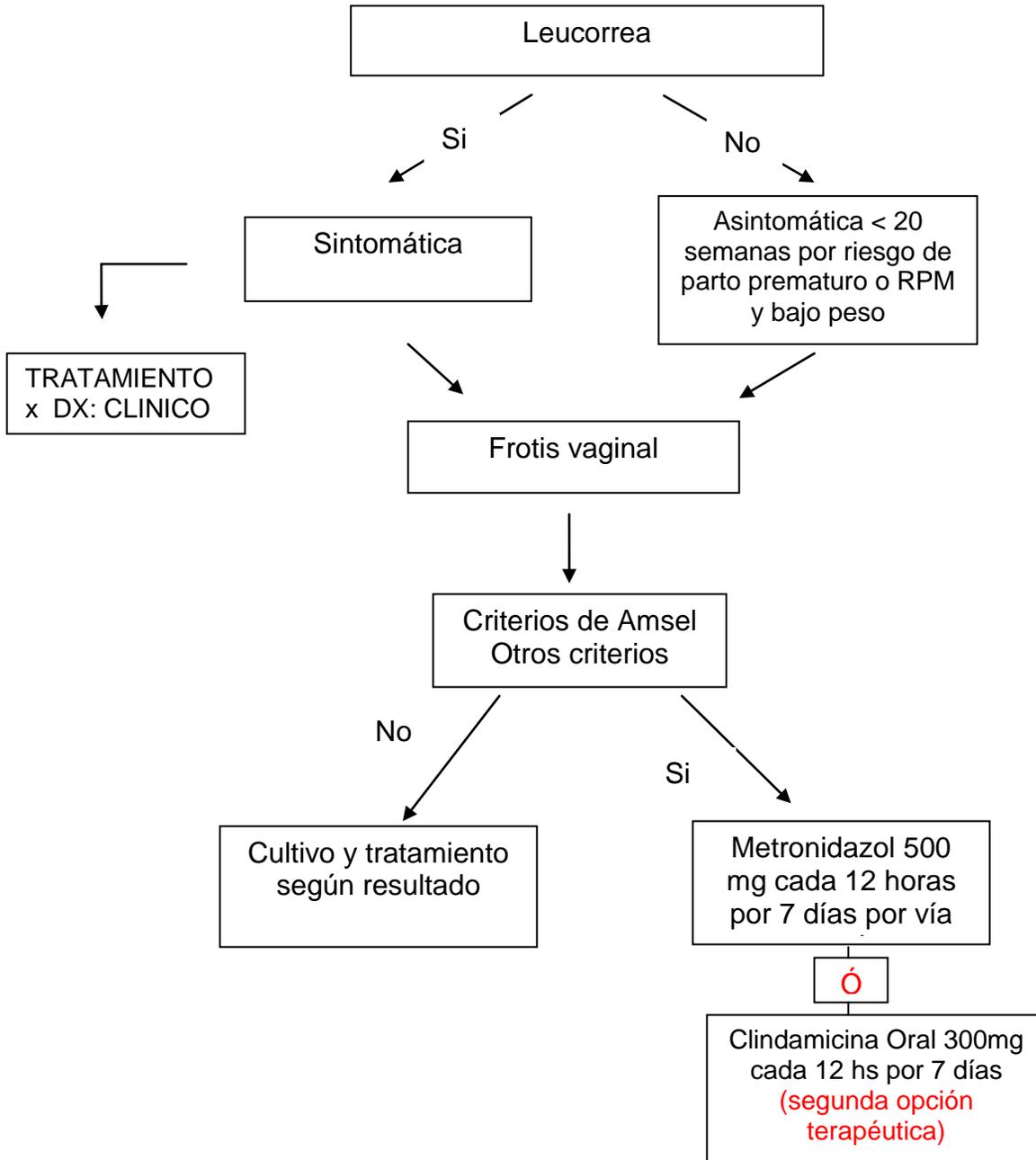
- Se recomienda realizar manejo sindromático acorde a la Guía del Ministerio de Salud 2013 en caso de no disponer de frotis de flujo vaginal .
- El tratamiento adecuado en pacientes sintomáticas y de riesgo para parto pretermino, disminuye la frecuencia de parto pretermino y bajo peso al nacer (A1)
- En pacientes asintomáticas el tratamiento antes de la semana 20 de gestación disminuye el riesgo de parto pretermino y el bajo peso al nacer
- El tratamiento tópico mejora la vaginosis pero no disminuye el riesgo aparentemente por qué no ataca los gérmenes que ya ascendieron. El antibiótico sistémico, oral por 7 días si lo logra (A1)

MEDICAMENTOS:

- Metronidazol 500 Mg. cada 12 hr. por 7 días o en pacientes por vía oral (A1).
- Clindamicina oral 300 Mg. cada 12 hr. por 7 días por vía oral como segunda opción terapéutica (B2).

* **Recomendación:** Cuando se evidencia presencia en el gram de mobiluncus, se debe considerar resistencia al Metronidazol y dar tratamiento con Clindamicina.

9. FLUJOGRAMA MANEJO DE LA VAGINOSIS BACTERIANA



10. BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo A. Vaginosis. Infecciones propias de la Mujer. Ed Feriva, Cali, 2002. pp 45 – 49.
- Denney JM, Culhane JF. Bacterial vaginosis: a problematic infection from both a perinatal and neonatal perspective. Semin Fetal Neonatal Med. 2009 Aug;14(4):200-3.
- Smaill F, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2.
- McDonald HM, Brocklehurst P, Gordon A. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1.
- Klebanoff MA, Hillier SL, Nugent RP, et al. Is bacterial vaginosis a stronger risk factor for preterm birth when it is diagnosed earlier in gestation? Am J Obstet Gynecol 2005 Feb 192(2):470-77.
- Yudin MH. Bacterial Vaginosis in Pregnancy: Diagnosis, Screening, and Management. 2005, 32(3) 617-627.
- Simhan HN, Caritis SN, Krohn MA, Hillier SL. The v Simhan HN, Caritis SN, Krohn MA, Hillier SL. aginal inflammatory miliu and the risk of early preterm rupture of the membranes. Am J Obstet Gynecol 2005 Jan 192(1):213-218.
- Verstraelen H, Delanghe J, Roelens K, et al. Subclinical iron deficiency is a strong predictor of bacterial vaginosis in early pregnancy. BMC Infect Dis 2005 Jul 6;5(1).
- Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care: part II. Third trimester care and prevention of infectious diseases. Am Fam Physician 2005Apr 15;71(8):1555-60
- Riggs MA, Klebanoff MA. Treatment of vaginal infections to prevent preterm birth: a metaanalysis. Clin Obstet Gynecol 2004 Dec; 47(4):796-807

BIBLIOGRAFÍA AJUSTADA A LA REVISIÓN

Swadpanich U, et al. Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery. Cochrane Database Syst Rev. 2008;16. (Comentario 1, 5, 8)

Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. Guía de práctica clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital. Guía No. 16. 2013. (Comentario 2, 3)

Brocklehurst P, et al. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Database Syst Rev. 2013;1. (Comentario 4)