

MÉXICO  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA  
SECRETARÍA DE  
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR  
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización  
2014

PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y  
TRATAMIENTO DE  
VAGINITIS INFECCIOSA  
EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA  
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

**EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES**

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-081-08

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD  
GENERAL



DIF  
Nacional



Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,  
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.  
[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social, "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Debe ser citado como: **Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la Vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primerr nivel de Atención.** México: Secretaría de Salud; **11 de Diciembre de 2014**

Actualización **parcial**.

Esta guía puede ser descargada de internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

**CIE-10: N76 VAGINITIS AGUDA  
B 37.3 CANDIDIASIS DE LA VULVA Y VAGINA  
A 59.0 TRICOMONIASIS UROGENITAL**

**GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VAGINITIS  
INFECCIOSA EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN EL  
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

**COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2009**

**COORDINADORES**

Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Médico Familiar MC en Epidemiología Clínica	Dr. Javier Mancilla Ramírez	Coordinadora de Programas Médicos División Excelencia Clínica. CUMAE
--	---	--------------------------------	---

**AUTORES**

Dr. Raúl Tomás Arrieta Pérez	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMF 94 D.F. Encargado de Educación Médica Delegación Norte D.F.
Dra. Laura Elena Cabrera Martínez	Médico Familiar		Servicio de Consulta Externa UMF 20 Delegación Aguascalientes
Dr. José Antonio Machorro Morales	Médico Familiar		Servicio de Consulta Externa UMF 1 Orizaba Delegación Veracruz
Dra. Brenda Ríos Castillo	Ginecología y Obstetricia		HGO 3, La Raza D.F. Adscrito el Servicio de Ginecología y Obstetricia Delegación Norte D.F.
Dr. Francisco Javier Valádez Toscano	Médico General		Coordinación de Educación Médica. Delegación Jalisco
Dr. Óscar Trejo Solórzano	Ginecología y Obstetricia	Instituto de Seguridad Social en Salud al servicio del Estado	Adscrito el Servicio de Ginecología y obstetricia Hospital Regional "Adolfo López Mateos"
			Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia.

**VALIDADORES**

**Validación interna**

Dr. Roberto Arias Raya	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrito al Servicio de Medicina Familiar HGZ/UMF 2 Irapuato Gto.
Dra. Natividad Hernández Laynes	Médico Familiar		Educación Médica de la Unidad MSS. HG-O/UMF 13. D.F.
Dra. Leticia Sánchez Flores	Médico Familiar		Jefe de Departamento Clínico UMF 33 D.F.

**Validación externa**

Dr. Rafael Gerardo Buitron García Figueroa		Academia Mexicana de Cirugía
Dr. Javier Mancilla Ramírez		Academia Mexicana de Medicina

**COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2014****COORDINADORES**

Dra. Ma. Antonia Basavilvazo Rodríguez	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinadora de Programas Médicos. Coordinación Técnica de Excelencia Clínica México, D.F.	Miembro Federado de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.
--	---------------------------	--------------------------------------	--	--

**AUTORES**

Dr. Rogelio Castellanos Mendoza	Médico Familiar en Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de servicio Unidad de Medicina Familiar #17 Legaria Delegación Norte, D.F.	Consejo Mexicano de Medicina Familiar
Dr. Tomás Hernández Quijano	Ginecología y Obstetricia		Médico adscrito UMAE Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI Servicio de Ginecología Delegación Sur, D.F.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Dr. Valentín Tovar Galván	Ginecología y Obstetricia		Médico adscrito UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia Num. 3 Centro Médico Nacional La raza Delegación Norte, D.F.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Dra. Teresa Salazar Cordero	Médico Familiar		Médico adscrito UMF 21 Delegación Sur, D.F.	Consejo Mexicano de Medicina familiar

**VALIDADORES**

Dra. Miriam Concepción Negrin Pérez	Ginecología y Obstetricia	Iniciativa Privada Grupo Ángeles	Médico Ginecobstetra Hospital Ángeles del Pedregal.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia ExSecretaría de la Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio A.C.
Dr. Fernando Sánchez Aguirre		Iniciativa Privada Grupo Ángeles	Médico Ginecobstetra Hospital México Ángeles del Pedregal.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia Presidente de la Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio A.C.

## ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>Clasificación</b> .....	<b>6</b>
<b>2.</b>	<b>Preguntas a Responder</b> .....	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>Aspectos Generales</b> .....	<b>8</b>
3.1	Justificación .....	8
3.2	Actualización del Año 2008 al 2014.....	9
3.3	Objetivo .....	10
3.4	Definición.....	11
<b>4.</b>	<b>Evidencias y Recomendaciones</b> .....	<b>12</b>
4.1	Prevención.....	13
4.1.1	<i>Factores de Riesgo</i> .....	13
4.2	Diagnóstico .....	17
4.2.1	<i>Diagnóstico Clínico de vaginitis infecciosa (Cuadro 1)</i> .....	17
4.3	Pruebas Diagnósticas.....	21
4.3.1	<i>Laboratorio y Gabinete(Algoritmo 1)</i> .....	21
4.4	Tratamiento (Algoritmos 2, 3 y 4) .....	25
4.5	Utilidad de prebióticos en vaginosis bacteriana (VB).....	36
4.6	Criterios de referencia del primer al segundo nivel de atención .....	37
4.7	Seguimiento y vigilancia.....	37
4.8	Tiempo esperado de recuperación e incapacidad en caso que proceda.....	38
<b>5.</b>	<b>Anexos</b> .....	<b>39</b>
5.1	Protocolo de Búsqueda.....	39
5.1.1	<i>Estrategia de búsqueda</i> .....	39
5.1.1.1	Primera Etapa (Si aplica) .....	39
5.2	Escalas de Gradación .....	40
5.3	Escalas de Clasificación Clínica .....	43
5.4	Diagramas de Flujo .....	45
5.5	Listado de Recursos .....	49
5.5.1	<i>Tabla de Medicamentos</i> .....	49
<b>6.</b>	<b>Glosario</b> .....	<b>52</b>
<b>7.</b>	<b>Bibliografía</b> .....	<b>54</b>
<b>8.</b>	<b>Agradecimientos</b> .....	<b>56</b>
<b>9.</b>	<b>Comité Académico</b> .....	<b>57</b>
<b>10.</b>	<b>Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador</b> .....	<b>58</b>
<b>11.</b>	<b>Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica</b> .....	<b>59</b>

# 1. CLASIFICACIÓN

## CATÁLOGO MAESTRO: IMSS-081-08

<b>Profesionales de la salud</b>	Médico Familiar, Médico Ginecobstetra <a href="http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/ANEXOS_METODOLOGIA_GPC.pdf">http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/ANEXOS_METODOLOGIA_GPC.pdf</a> .
<b>Clasificación de la enfermedad</b>	CIE-10: N76 (vaginitis aguda), B 37.3 (candidiasis de la vulva y vagina) y A 59.0 (tricomoniasis urogenital)
<b>Categoría de GPC</b>	Primer Nivel: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento <b>En esta Guía se abordarán las principales causas de Vaginitis: Bacteriana, candidiásis, tricomoniasis y <i>Chlamydia trachomatis</i> (CHT)</b>
<b>Usuarios potenciales</b>	Médicos Generales y Familiares, Personal de salud en formación (internado y servicio social) y Médicos Ginecólogos-Obstetras, Enfermeras.
<b>Tipo de organización desarrolladora</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social: División de Excelencia Clínica CUMAE, UMF 94 D.F., UMF 8 Aguascalientes, UMF 1 Orizaba Ver., HGO 3, La Raza D.F. Coordinación de Educación Médica. Jalisco, UMF 17, UMAE Hospital de oncología Siglo XXI, UMF 21.
<b>Población blanco</b>	Mujeres en edad reproductiva con vida sexual activa
<b>Fuente de financiamiento / Patrocinador</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social; Dirección de Prestaciones Médicas Coordinación de Técnica de Excelencia Clínica.
<b>Intervenciones y actividades consideradas</b>	Historia clínica dirigida y examen vaginal Evaluación de riesgo de infección de transmisión sexual Criterios de Hay/Ison para el diagnóstico de vaginosis bacteriana Auxiliares de laboratorio Tratamiento farmacológico
<b>Impacto esperado en salud</b>	Orientar el abordaje de las mujeres con vaginitis infecciosas en el primer nivel de atención. Identificar las recomendaciones basadas en la evidencia científica para el diagnóstico y tratamiento de las vaginitis infecciosas no complicadas en las mujeres en edad reproductiva. Formular recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las vaginitis infecciosas no complicadas utilizando la evidencia, el consenso de expertos y las características propias de nuestro contexto. Establecer los criterios de referencia al segundo nivel de atención en las pacientes con vaginitis infecciosa.
<b>Metodología</b>	Adopción o elaboración de la Guía de Práctica Clínica: de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados, o estudios observacionales publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionarán las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
<b>Método de integración</b>	<b>Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia</b> Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: <b>20</b> Guías seleccionadas: <b>7</b> Revisiones sistemáticas: <b>4</b> Estudios económicos: <b>2</b> Estudios observacionales: <b>6</b> Consensos: <b>1</b>
<b>Método de validación</b>	<b>Validación por pares clínicos</b> Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Mexicano del Seguro Social: Validación de la guía: <Nombre e Institución >. Academia de Cirugía y Medicina
<b>Conflicto de interés</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
<b>Registro</b>	IMSS-081-08
<b>Actualización</b>	Fecha de publicación de la actualización: <b>11 de diciembre de 2014</b> . Esta guía será actualizada nuevamente cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación de la actualización.

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía se puede contactar al CENETEC-Salud a través de su portal <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la presencia de vaginitis infecciosa?
2. ¿Cuáles son los datos clínicos que ayudan al diagnóstico diferencial de las vaginitis infecciosas más frecuentes?
3. ¿En qué casos de vaginitis infecciosa se recomienda realizar cultivo de secreción vaginal?
4. ¿Cuáles son los esquemas de tratamientos recomendados en las vaginitis infecciosas no complicadas en embarazadas y no embarazadas?
5. ¿En qué casos de vaginitis se requiere dar tratamiento a la pareja?
6. ¿Es necesario recomendar abstinencia sexual durante el tratamiento de vaginitis infecciosa?
7. ¿Cuáles son los criterios clínicos para referir a la paciente con vaginitis infecciosa al segundo nivel de atención?

## **3. ASPECTOS GENERALES**

### **3.1 Justificación**

Las infecciones genitales representan una de las primeras causas de consulta en unidades de atención médica, la sociedad española de Ginecología y Obstetricia reporta que en la consulta de atención primaria, especializada y de urgencias representan el 20% del total de las consultas (Sociedad Española 2013); en la población americana negra es del 45 a 55%, en la mujer asiática se reporta entre un 20 a 30%, (Donders, 2010).

La infección genital aumenta el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, resultados adversos del embarazo, riesgo de infección por inmunodeficiencia humana y problemas de infertilidad (Marrazzo, 2011).

La sospecha de infección genital femenina es ante sintomatología que puede ser común, como disuria, polaquiuria, prurito vulvar, dispareunia y leucorrea. Pudiendo ser difícil distinguir dichas infecciones entre sí solo sobre la base de la sintomatología, siendo absolutamente necesario fundamentarse en la exploración y estudio microbiológico para establecer diagnóstico más preciso (Clotilde Vallejo, 2010, Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013, Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR). Los casos asintomáticos se encuentran hasta en un 60%(Marrazzo, 2011).

El clínico y la paciente debe de diferenciar entre descarga vaginal o secreción vaginal normal debida a los cambios hormonales pre y post-ovulatorios y la descarga anormal (secreción lechosa o blanquecina, amarillenta, fétida semejando olor a pescado, pruriginosa, o ardor en genitales), siendo necesario contar con una herramienta clínica actualizada para ofrecer prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de vaginitis infecciosas, ya que estas afectan la calidad de vida de las mujeres, que durante el embarazo muestra mayor incidencia de ruptura prematura de membranas (GPC Parto prematuro, IMSS).

Analizar la literatura reciente ofrece a los profesionales los conocimientos vigentes y científicos para que ante la paciente con esta entidad ofrezca una mejora en la atención de salud.



## 3.2 Actualización del Año 2008 al 2014

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser discontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

**1. El título** fue modificado ya que se incluye en esta versión la **Prevención**.

- La actualización en Evidencias y Recomendaciones se realizó en: fundamentos sobre literatura vigente y de mayor nivel de evidencias dentro de los últimos 5 años, inclusión de medidas preventivas, y énfasis sobre tratamiento de pareja en enfermedades de transmisión sexual.
- **Prevención**
- **Diagnóstico**
- **Tratamiento**

Se actualizaron las evidencias y recomendaciones en bibliografía de mayor nivel y reciente.

En tratamiento se incluyó el tratamiento de pareja en enfermedades de transmisión sexual.

### 3.3 Objetivo

La Guía de Práctica Clínica “**Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el Primer Nivel de Atención**” forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer nivel** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Orientar el abordaje de las mujeres con vaginitis infecciosas en el primer nivel de atención.
- Identificar las recomendaciones basadas en la evidencia científica para el diagnóstico y tratamiento de las vaginitis infecciosas no complicadas en las mujeres en edad reproductiva.
- Formular recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las vaginitis infecciosas no complicadas utilizando la evidencia, el consenso de expertos y las características propias de nuestro contexto.
- Establecer los criterios de referencia al segundo nivel de atención en las pacientes con vaginitis infecciosa.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, lo que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

## 3.4 Definición

**Cervicovaginitis infecciosa:** inflamación de la mucosa vaginal, cuya causa generalmente se debe a infecciones por hongos (cándida), bacterias (Vaginosis) y protozooario por tricomonas vaginalis (Sociedad Española 2013).

Se caracteriza por uno o más de los siguientes signos y síntomas: aumento en la cantidad de la secreción vaginal (flujo), prurito, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez o mal olor vaginal; secundario a la presencia de microorganismos patógenos, siendo los más frecuentes *Gardnerella vaginalis* y *Streptococo del grupo B*, así como *Candida albicans*, se incluye en este concepto la vaginosis bacteriana la cual se caracteriza por crecimiento excesivo de organismos anaeróbicos y pérdida de lactobacilos, perdiendo su acidez vaginal incrementándose el ph >4.5.( BASHH 2012, NICE, 2013, Donders,2010, Sociedad Española 2013).

Una variedad clínica de la VB es la vaginosis bacteriana, causada por organismos anaerobios predominantemente (Donders, 2010).

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES


Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y/o Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la(s) escala(s): **Shekelle**



Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:



En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:


EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de “BRADEN” tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	<b>la Shekelle</b> <i>Matheson S, 2007</i>






**4.1 Prevencción****4.1.1 Factores de Riesgo**

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Existen factores predisponentes o de riesgo para algunas variedades de vaginitis, en esta guía trataremos las más frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vaginitis candidatica</li> <li>✓ Vaginosis bacteriana</li> <li>✓ Tricomoniasis.</li> <li>✓ <i>Chlamydia trachomatis</i> (CHT)</li> </ul>	<p><b>IV</b> <b>(Shekelle)</b> BASHH, 2012</p> <p><b>III</b> <b>(Shekelle)</b> Mashbur J, , 2012</p> <p><b>III</b> <b>(Shekelle)</b> Clinical Practice Guidelines for the management of candidiasis,(IDSA), 2009</p> <p><b>III</b> <b>(Shekelle)</b> BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</p>
<b>Vaginosis bacterina (VB)</b>		
	<p>La VB no está considerada como una infección de transmisión sexual.</p> <p>Los factores de riesgo incluyen el lavado vaginal (duchas vaginales), cunnilingus receptivo, raza negra, reciente cambio de pareja sexual, el tabaquismo, uso de anticonceptivos hormonales, presencia de una infección de transmisión sexual (ITS), por ejemplo, clamidia o el herpes; sin embargo, ha sido descrito en mujeres vírgenes.</p>	<p><b>III</b> <b>(Shekelle)</b> ACOG, 2011</p> <p><b>IV</b> <b>(Shekelle)</b> BASHH, 2012</p> <p><b>III</b> <b>(Shekelle)</b> Mashburn, 2012</p> <p><b>III</b> <b>(Shekelle)</b> Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013 (RCGP/BASHH) by Lazaro N. available at <a href="http://www.rcgp.org">www.rcgp.org</a> and <a href="http://www.bashh.org/guidelines">www.bashh.org/guidelines</a></p>

	<p>Interrogar el hábito de lavado vaginal (duchas vaginales), cunnilingus receptivo, reciente cambio de pareja sexual, el tabaquismo, uso de anticonceptivos hormonales, presencia de una infección de transmisión sexual (ITS), por ejemplo, clamidia o el herpes; sin embargo, ha sido descrito en mujeres vírgenes, recomendando que sean evitadas.</p>	<p><b>B</b> ACOG, 2011 <b>C</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care (RCGP/BASHH) by Lazaro, 2013</i></p>
	<p>La VB se relaciona durante el embarazo con abortos, partos, ruptura prematura de membranas, endometritis.</p>	<p><b>Ib</b> <b>(Shekelle)</b> <i>BASHH, 2012)</i></p>
	<p>No hay certeza que la pareja sexual pueda ser portador en VB.</p>	<p><b>III</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013 (RCGP/BASHH) by Lazaro N. available at <a href="http://www.rcgp.org">www.rcgp.org</a> and <a href="http://www.bashh.org/guidelines">www.bashh.org/guidelines</a></i></p>
	<p>No es necesario realizar estudios diagnósticos en la pareja ni tratamiento de pareja.</p>	<p><b>C</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care (RCGP/BASHH) by Lazaro , 2013</i></p>

**Vaginitis por Cándida sp**

	<p>Actúan como factores predisponentes diabetes descontrolada, uso de contraceptivos orales, la obesidad, el empleo reciente de antimicrobianos, uso de corticosteroides, quimioterapia o pacientes inmunocomprometidos.</p>	<p><b>III</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Clinical Practice Guidelines for the management of candidiasis,(IDSA), 2009</i> <b>III</b> <b>(Shekelle)</b> <i>BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</i></p>
---	--	--






	<p>Investigar factores de riesgo relacionados a candidiasis, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-diabetes descontrolada, uso de contraceptivos orales, obesidad, empleo reciente de antimicrobianos, uso de corticoesteroides, quimioterapia o pacientes inmunocomprometidos.</li> </ul>	<p><b>C</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Clinical Practice Guidelines for the management of candidiasis,(IDSA), 2009</i></p> <p><b>C</b> <b>(Shekelle)</b> <i>BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</i></p> <p><b>C</b> <b>(Shekelle)</b> <i>BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</i></p>
	<p>No se ha observado relación de candidiasis, con el uso de tampones, toallas sanitarias o protectores de ropa si se usan adecuadamente.</p>	<p><b>III</b> <b>(Shekelle)</b> <i>BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</i></p>
<p><b>Vaginitis por tricomonas V(TV)</b></p>		
	<p>La vaginitis por <i>Tricomona T.</i> es una infección de transmisión sexual por lo que hay que realizar estudio sobre salud sexual, identificando número de parejas sexuales.</p>	<p><b>III</b> <b>(Shekelle)</b> <i>BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</i></p>
	<p>En toda mujer que acude a consulta con datos de vaginitis infecciosa, investigar antecedentes sexuales para identificar factores de riesgo para infección de transmisión sexual.</p>	<p><b>C</b> <i>BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</i></p>
	<p>En pacientes con infección de TV se deben evitar las relaciones sexuales incluyendo sexo oral hasta que ella y su(s) pareja(s) hayan completado el tratamiento y seguimiento.</p>	<p><b>IV</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Expedited Partner Therapy in the Management of Sexually Transmitted Diseases. Review and Guidance. 2006</i></p>





	<p>Recomendar el uso de preservativo en las relaciones sexuales para promover sexo protegido.</p>	<p><b>A</b> <i>BASH and VIH 2007</i></p>
<p><b>Chlamydia trachomatis (CHT)</b></p>		
	<p>Es considerada como Infección de transmisión sexual.</p>	<p><b>III</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013</i></p> <p><b>IV</b> <b>(Shekelle)</b> <i>VallejoC, 2010</i></p> <p><b>IV</b> <b>(Shekelle)</b> <i>BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</i></p>
	<p>Recomendar el uso de preservativo en las relaciones sexuales para promover sexo protegido.</p>	<p><b>C</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013</i></p> <p><b>D</b> <b>(Shekelle)</b> <i>VallejoC, 2010</i></p> <p><b>D</b> <b>(Shekelle)</b> <i>BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</i></p>











## 4.2 Diagnóstico




### 4.2.1 Diagnóstico Clínico de vaginitis infecciosa (Cuadro 1)

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Las causas más frecuentes de vaginitis infecciosa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaginosis bacteriana</li> <li>- Candidiasis</li> <li>- Tricomoniasis</li> <li>- Chlamydia trachomatis(CHT)</li> </ul>	<p>✓ BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</p>
	<p>Ante la detección de descarga vaginal o leucorrea anormal el profesional de la salud deben considerar como causa frecuente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaginosis bacteriana</li> <li>- Candidiasis</li> <li>- Tricomoniasis</li> <li>- Chlamydia trachomatis(CHT)</li> </ul>	<p>✓ BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</p>
	<p>Para detección oportuna de vaginitis, infecciosa se debe de realizar historia clínica detallada en historia sexual (documentando número de parejas y uso de condón).</p>	<p><b>C</b> BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</p>
	<p>Toda mujer con historia de descarga vaginal anormal persistente debe ser examinada clínicamente (exploración ginecológica).</p>	<p><b>C</b> ACOG, 2011 BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</p>
	<p>Ante la referencia de flujo o descarga vaginal anormal, se debe de descartar que sea secundaria a uso o presencia de cuerpos extraños (tampones, condones retenidos).</p>	<p><b>C</b> ACOG, 2011 BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</p>

<b>Vaginosis Bacterina (VB)</b>		
	<p>Síndrome clínico polimicrobianos (siendo los más frecuentes gardenella, prevotella y atopobium species, resultado de remplazo de peróxido de hidrógeno normal que produce el lactobacilo, generando crecimiento excesivo de organismos predominantemente, perdiendo acidez vaginal con un Ph mayor de 4.5, no considerada como infección de transmisión sexual, ya que algunas mujeres sin vida sexual la presenta.</p>	<p><b>IV (Shekelle)</b> NICE, 2013</p> <p><b>III (Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013 (RCGP/BASHH) by Lazaro N. available at <a href="http://www.rcgp.org">www.rcgp.org</a> and <a href="http://www.bashh.org/guidelines">www.bashh.org/guidelines</a></i></p>
	<p>La prevalencia varía según el área geográfica, en Latinoamérica es del 41 al 49%, en Europa fue mayor de 20%.</p>	<p><b>III (Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013 (RCGP/BASHH) by Lazaro N. available at <a href="http://www.rcgp.org">www.rcgp.org</a> and <a href="http://www.bashh.org/guidelines">www.bashh.org/guidelines</a></i></p>
	<p>La VB puede ser en un 50% asintomática, y cuando hay manifestaciones se caracteriza por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Flujo o leucorrea vaginal fluida blanca o grisáceo.</li> <li>-Fetidez y olor a pescado,</li> <li>-Sin dolor, comezón, picazón o irritación.</li> </ul>	<p><b>IV (Shekelle)</b> <i>Bacterial Vaginosis NICE, 2013</i></p> <p><b>IV (Shekelle)</b> <i>BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</i></p> <p><b>IV (Shekelle)</b> <i>Perea E, 2010</i></p>
	<p>El diagnóstico clínico se establece ante la presencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Flujo o leucorrea vaginal fluida blanca o grisáceo.</li> <li>-Fetidez y olor a pescado,</li> <li>-Ausencia de dolor, comezón, picazón o irritación.</li> </ul>	<p><b>D (Shekelle)</b> <i>Bacterial Vaginosis NICE, 2013</i></p> <p><b>D (Shekelle)</b> <i>BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</i></p> <p><b>C (Shekelle)</b> <i>Perea E, 2010</i></p>


	<p>Está recomendada con fines diagnóstico, utiliza los criterios clínicos de Amsel o la tinción de gram.</p>	<p><b>III (Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013 (RCGP/BASHH) by Lazaro N. available at <a href="http://www.rcgp.org">www.rcgp.org</a> and <a href="http://www.bashh.org/guidelines">www.bashh.org/guidelines</a></i></p>
<p><b>Candidiasis vaginal</b></p>		
	<p>Las manifestaciones clínicas más frecuentes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inflamación vulvovaginal</li> <li>- Fisuras,</li> <li>- Secreción adherente a la mucosa, blanquecino, con grumos (queso cottage)</li> <li>- No fetidez</li> <li>- Eritema o enrojecimiento importante</li> <li>- Pruriginosa</li> <li>- Molestia al orinar</li> </ul>	<p><b>IV (Shekelle)</b> <i>Bacterial Vaginosis NICE, 2013</i></p> <p><b>IV (Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013 (RCGP/BASHH)</i></p>
	<p>El diagnóstico de candidiasis se fundamentara ante la presencia de: inflamación vulvar y vaginal, fisuras,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Secreción adherente a la mucosa, blanquecino, con grumos (queso cottage)</li> <li>- No fetidez</li> <li>- Eritema o enrojecimiento importante</li> <li>- Pruriginosa</li> <li>- Molestia al orinar</li> </ul>	<p><b>D (Shekelle)</b> <i>Bacterial Vaginosis NICE, 2013</i></p> <p><b>D (Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013 (RCGP/BASHH)</i></p>
	<p>La candidiasis puede clasificarse en complicada y no complicada (Anexo 5.3 Cuadro 1).</p>	<p><b>IV (Shekelle)</b> <i>Bacterial Vaginosis NICE, 2013</i></p> <p><b>IV (Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013 (RCGP/BASHH)</i></p> <p><b>III (Shekelle)</b> <i>Perea E, 2010</i></p>

<b>Tricomoniasis vaginal</b>		
	<p>La vaginitis tricomoniatca es producida por un protozooario flagelado, sus manifestaciones clínicas más frecuentes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Flujo anormal o leucorrea amarillenta abundante, espumosa, gaseosa</li> <li>- Fetidez</li> <li>- Disuria (cuando hay infección uretral)</li> <li>- Dolor pélvico bajo</li> <li>- Vulvitis, vaginitis (edema, eritema, cervicitis)</li> <li>- Cuello uterino en fresa o con puntilleo rosado</li> </ul>	<p><b>IV (Shekelle)</b>  <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013 (RCGP/BASHH</i>  <b>IV</b>  <i>(BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012)</i>  <b>IV (Shekelle)</b>  <i>Bacterial Vaginosis NICE, 2013</i></p>
	<p>La vaginitis tricomoniatca es considerada como Infección de transmisión sexual.</p>	<p><b>IV (Shekelle)</b>  <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013 (RCGP/BASHH</i>  <i>BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012)</i>  <b>IV (Shekelle)</b>  <i>Bacterial Vaginosis NICE, 2013</i></p>
	<p>Documentar vaginitis tricomoniatca ante la presencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Flujo anormal o leucorrea amarillenta abundante, espumosa, gaseosa</li> <li>- Fetidez</li> <li>- Disuria (cuando hay infección uretral)</li> <li>- Dolor pélvico bajo</li> <li>- Vulvitis, vaginitis (edema, eritema, cervicitis)</li> <li>- Cuello uterino en fresa o con puntilleo rosado</li> </ul>	<p><b>D (Shekelle)</b>  <i>BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012)</i>  <i>Bacterial Vaginosis NICE, 2013</i></p>
	<p>Investigar historia sexual o factores de riesgo de infección por virus de la inmunodeficiencia en casos recurrentes por su alta incidencia de tricomoniasis.</p>	<p><b>AI</b>  <i>New York State Department of Health. Trichomoniasis. National Guideline Clearinghouse. 2012)</i></p>

<b>Chlamydia trachomatis (CHT)</b>		
	<p>La CHT es una infección genital originada por una bacteria con afinidad por mucosa (uretra, endocérvix, recto, faringe, y conjuntiva) con alta prevalencia de complicaciones como embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria e infertilidad, en un gran número de casos es asintomática en la pareja.</p> <p>Es considerada como Infección de transmisión sexual.</p>	<p><b>III (Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013</i></p> <p><b>IV (Shekelle)</b> <i>VallejoC, 2010</i></p> <p><b>IV (Shekelle)</b> <i>BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</i></p>
	<p>En un 50% son asintomáticas detectándose a través de tamizajes o revisiones ginecológicas, como un hallazgo. Cuando hay sintomatología, se manifiesta ardor al orinar, dolor en hipogastrio; con prurito y escozor vaginal durante el coito, leucorrea amarillenta, molestia rectal y fetidez, con Ph mayor de 4.5. Puede originar ruptura prematura de membranas.</p> <p>En el hombre puede mostrar epidídimo, orquitis.</p>	<p><b>III (Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013</i></p>
	<p>Ante una paciente asintomática o con ardor al orinar, dolor en hipogastrio, con prurito y escozor vaginal durante el coito y leucorrea amarillenta, fetidez, con Ph mayor de 4.5 se debe sospechar <i>Chlamydia</i>.</p>	<p><b>C (Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013</i></p>

## 4.3 Pruebas Diagnósticas

### 4.3.1 Laboratorio y Gabinete (Algoritmo 1)

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>El estudio microscópico del frotis (gram o estudio citológico cervicovaginal o papanicolau) son estudios fáciles y accesibles que pueden detectar vaginitis infecciosa como estudios complementarios, la medición del Ph vaginal puede ser útil en casos leves.</p>	<p><b>B</b> ACOG, 2011</p>

	Está recomendado de forma inicial en pacientes con manifestaciones clínicas moderadas a severas la realización de estudios microscópico de secreciones cérvico-vaginales del tipo de papanicolau o gram, o determinación del PH.	<b>B</b> ACOG, 2011
	La solicitud de estudios de laboratorio indicados en las pacientes requieren estar acompañados de hallazgos clínicos con fines de tener un enlace con el personal que lo interpretará.	<b>D</b> <b>(Shekelle)</b> BASH 2012
	La solicitud de estudios de laboratorio generalmente se reserva para pacientes con alto riesgo de enfermedades de transmisión sexual, o en casos de duda diagnóstica, recurrencia o sospecha de enfermedades de transmisión sexual (chlamidia, gonorrea, sífilis o SIDA) en caso de embarazo o secundaria a instrumental ginecológica.	<b>D</b> <b>(Shekelle)</b> BASH 2012
<b>Vaginosis bacterina (VB)</b>		
	El estudio microscópico del frotis (gram o estudio citológico cervicovaginal o papanicolau) son estudios fáciles, aunado a la prueba de la medición del pH vaginal y la producción de olor a pescado mayor al aplicar el KOH al 10%.	<b>B</b> ACOG, 2011 <b>IV</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care (RCGP/BASHH), 2013</i>
	En el frotis de exudado vaginal con tinción de Gram), utilice los criterios de Hay/Ison para el diagnóstico de VB: <u>Grado 1</u> (Normal): predominan los <i>lactobacilos</i> <u>Grado 2</u> (Intermedio): hay flora mixta con algunos <i>lactobacilos</i> presentes, pero también se observan morfotipos de <i>Gardnerella</i> o <i>Mobiluncus</i> . <u>Grado 3</u> (VB): predominan <i>Gardnerella</i> o <i>Mobiluncus</i> , se observan pocos <i>lactobacilos</i> o ausencia de los mismos.	<b>C</b> <b>(Shekelle)</b> BASH 2012 <b>D</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care (RCGP/BASHH), 2013</i> <b>C</b> <b>(Shekelle)</b> BASH 2012 <b>D</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care (RCGP/BASHH), 2013</i>

	<p>En caso de contar con el recurso (frotis de exudado vaginal con tinción de Gram), utilice los criterios de Hay/Ison para el diagnóstico de VB:</p> <p><u>Grado 1</u> (Normal): predominan los <i>lactobacilos</i></p> <p><u>Grado 2</u> (Intermedio): hay flora mixta con algunos <i>lactobacilos</i> presentes, pero también se observan morfotipos de <i>Gardnerella</i> o <i>Mobiluncus</i>.</p> <p><u>Grado 3</u> (VB) predominan <i>Gardnerella</i> o <i>Mobiluncus</i>, se observan pocos <i>lactobacilos</i>, o ausencia de los mismos.</p>	<p><b>D</b> <b>(Shekelle)</b> BASH 2012</p> <p><b>D</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care RCGP/BASHH</i>, 2013</p>
<b>Vaginitis por cándida sp</b>		
	<p>Los estudios útiles para diagnóstico de candidiasis son frotis en fresco con suero fisiológico al 0.9%, tinción de gram y un estudio citológico cérvico-vaginal; sin embargo, el estudio confirmatorio es el cultivo.</p>	<p><b>IV</b> <b>(Shekelle)</b> (CDC)Centers for Disease Control and Prevention National Center for HIV, STD, and TB Prevention. <i>Expedited Partner Therapy in the Management of Sexually Transmitted Diseases. Review and Guidance. 2006.</i></p>
	<p>Es recomendable solicitar estudio microscópico ya sea frotis en fresco, gram o citología ante la sospecha de candidiasis.</p>	<p><b>B</b> ACOG, 2011</p>
	<p>Sólo en casos de recurrencia o vaginitis complicada el cultivo está indicado.</p>	<p><b>B</b> ACOG, 2011</p>
<b>Vaginitis por triconmonas V.</b>		
	<p>Los estudios específicos para diagnóstico de tricomoniasis son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Detección con el frotis convencional de Papanicolaou (Pap)</li> <li>- Microscopia(60%) sensibilidad</li> <li>- Cultivo para Trichomonas</li> <li>- Pruebas de ácido nucleico (NAT)</li> <li>- Punto de atención pruebas, como la prueba rápida de antígenos o sonda de ADN</li> </ul>	<p><b>AI</b> <i>New York State Department of Health. Trichomoniasis. National Guideline Clearinghouse. 2012)</i></p> <p><b>III</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care (RCGP/BASHH), 2013</i></p>

<b>E</b>	El reporte de tricomonas en la citología cervical (DOC) solo tiene 58% de sensibilidad y 8% de falsos positivos.	<b>III</b> <b>(Shekelle)</b> <i>BASH and VIH 2007</i>
<b>R</b>	Está indicado realizar los siguientes estudios para el diagnóstico de tricomona: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Detección con el frotis convencional de Papanicolaou (Pap)</li> <li>- Microscopia(60%) sensibilidad</li> <li>- Cultivo para Trichomonas</li> <li>- Pruebas de ácido nucleico (NAT)</li> <li>- Punto de atención pruebas, como la prueba rápida de antígenos o sonda de ADN</li> </ul>	<b>AI</b> <i>(New York State Department of Health. Trichomoniasis. National Guideline Clearinghouse. 2012)</i> <b>D</b> <i>Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR.</i>
<b>R</b>	Las mujeres con sospecha de infección de transmisión sexual que soliciten pruebas de detección específicas se debe indicar la realización de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudio de chlamydia, gonorrea o sífilis.</li> </ul>	<b>D</b> <b>(Shekelle)</b> <i>BASH and VIH 2007</i> <b>AI</b> <i>(New York State Department of Health. Trichomoniasis. National Guideline Clearinghouse. 2012)</i>
<b>Chlamydia T.</b>		
<b>E</b>	Estudios de cribado en población con muestras de orina para diagnóstico de <i>chlamydia</i> han mostrado ser útiles, ya sea por medio de un kit domiciliario o por toma en laboratorios directamente.	<b>IA</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Huang W, 2014</i> <b>IV</b> <b>(Shekelle)</b> <i>BASH and VIH 2007</i>
<b>R</b>	En estudios de tamizaje es posible diagnosticar en muestras de orina <i>chlamydia</i> .	<b>A</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Huang W, 2014</i> <b>C</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013 (RCGP/BASHH) by <a href="http://www.bashh.org/guidelines">www.bashh.org/guidelines</a></i> <b>C</b> <b>(Shekelle)</b> <i>BASH 2012</i>










<b>R</b>	En casos persistentes pueden considerarse para el diagnóstico de chlamydia las pruebas de ampliación de ácidos nucleicos son específicas para diagnóstico de chlamydia (NAATs), y pruebas de radioinmunoanálisis y realización de cultivo en caso de disponer con el mismo.	<p><b>C</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013 (RCGP/BASHH) by Lazaro N. available at <a href="http://www.rcgp.org">www.rcgp.org</a> and <a href="http://www.bashh.org/guidelines">www.bashh.org/guidelines</a></i></p> <p><b>C</b> <b>(Shekelle)</b> <i>BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</i></p>
----------	---	---

#### 4.4 Tratamiento (Algoritmos 2, 3 y 4)





EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO	
<b>E</b>	Un estudio clínico que analizó los resultados de tratar a las embarazadas en las que se detectó infección vaginal de diversas causas durante el embarazo y lo comparó con un grupo de embarazadas sin estudio de detección de infecciones vaginales registró que el grupo con detección y tratamiento de infecciones vaginales mostraron menos incidencia de partos prematuros en comparación al grupo control.	<p><b>Ib</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Kiss H, 2014</i></p>
<b>E</b>	Una revisión sistemática para valorar el efecto sobre parto pretérmino o RPM durante el embarazo con tratamiento de vaginitis bacteriana mostró el beneficio sólo cuando se trató la infección desde antes de la semana 22.	<p><b>Ia</b> <b>(Shekelle)</b> <i>McDonald, 2007</i></p>
<b>R</b>	La paciente con referencia de descarga vaginal anormal o sospecha de vaginitis con o sin embarazo deben ser tratadas.	<p><b>A</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Kiss H, 2014</i></p> <p><b>C</b> <b>(Shekelle)</b> <i>BASHH,2012</i></p>

<b>Vaginosis bacteriana</b>		
	El tratamiento empírico es una opción ante casos leves y manifestaciones clínicas característicos, principalmente cuando la accesibilidad de estudios auxiliares diagnósticos es poco factible.	<b>IV (Shekelle)</b> <i>Bacterial Vaginosis. NICE(National Institute for Health and Care Excellence. Summary. Last revised in April 2013.</i>
	La paciente con referencia de descarga vaginal anormal con bajo riesgo de transmisión sexual y manifestaciones clínicas leves, está indicado iniciar tratamiento empírico, de acuerdo a las características clínicas etiológicas.	<b>D (Shekelle)</b> <i>(BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</i>
	En mujeres no embarazadas con síntomas característicos de la VB, exámenes y otras pruebas se pueden omitir y el tratamiento empírico se puede iniciar.	<b>D (Shekelle)</b> <i>Bacterial Vaginosis. NICE(National Institute for Health and Care Excellence. Summary. Last revised in April 2013.</i>
	Dar tratamiento a mujeres con VB cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sean Sintomáticas</li> <li>- Asintomáticas que serán programadas para procedimientos quirúrgicos</li> <li>- Asintomáticas que deseen tratarse</li> </ul>	<b>A/C</b> <i>BASHH, 2012</i>
	El tratamiento de elección para VB es: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Metronidazol de 400 o 500 mg, vía oral dos veces al día por 5-7 días;</li> <li>2) Metronidazol* 2g vía oral en un sola dosis</li> <li>3) Metronidazol local vaginal por 5 días</li> </ol> <p>Como tratamiento alternativo están: Tinidazol o clindamicina simple.</p>	<b>Ia</b> <i>BASHH, 2012</i> <b>IV (Shekelle)</b> <i>Bacterial Vaginosis, NICE 2013.</i> <b>AI</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013</i>






	<p>Indicar para el tratamiento de VB lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Metronidazol de 400 o 500 mg, vía oral dos veces al día por 5-7 días;</li> <li>2) Metronidazol* 2g vía oral en un sola dosis</li> <li>3) Metronidazol local vaginal por 5 días</li> </ol> <p>Como tratamiento alternativo están: Tinidazol o clindamicina simple.</p>	<p><b>A</b> BASHH, 2012 <b>IV</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Bacterial Vaginosis, NICE 2013.</i></p> <p><b>AI</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013</i></p>
	<p>El tratamiento alternativo esta el uso de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tinidazol 2 gr orales por dos días o 1 grm oral por 5 días.</li> <li>2) Clindamicina 300 mg oral por 7 días</li> <li>3) Clindamicina local vaginal 100 mg por 3 días</li> </ol>	<p><b>C</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013</i></p>
	<p>En la paciente con embarazo y presencia de VB se debe tratar medicamento e informar a la paciente y a su acompañante que el no tratarla aumenta el riesgo durante el embarazo de a abortos, partos prematuros y ruptura prematura, endometritis, por lo que debe de ser tratada y vigilada con fines de evitar estas complicaciones.</p>	<p><b>Ib</b> BASHH, 2012 <b>C</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Marrazzo J, 2011</i></p>
	<p>La clindamicina y el tinidazol (2 gr en dosis única) han demostrado ser efectivos para tratar la VB.</p>	<p><b>III</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013</i></p>
	<p>Como tratamiento alternativo (en caso de alergia o intolerancia al metronidazol) se puede usar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Clindamicina crema vaginal al 2%, una vez al día por 7 días;</li> <li>2) Clindamicina 300 mg, oral dos veces al día por 7 días.</li> </ol>	<p><b>C</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013</i></p>
	<p>La VB se ha asociado con abortos, parto pretérmino y ruptura prematura de membranas.</p>	<p><b>III</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Perea. 2010</i></p> <p><b>III</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Bacterial Vaginosis NICE, 2013</i></p>
	<p>No hay evidencia de efectos teratogénicos con el uso de metronidazol oral en mujeres en el primer trimestre de embarazo.</p>	<p><b>IV</b> <b>(Shekelle)</b> ACOG, 2011</p>

<b>R</b>	En embarazadas sintomáticas con antecedente de parto pretérmino y/o ruptura prematura de membranas (RPM), está indicado el tratamiento con metronidazol oral.	<b>A</b> FFPRHC and BASHH 2006
<b>E</b>	La antibioticoterapia es efectiva para erradicar la VB y prevenir la ruptura prematura de membranas.	<b>Ia</b> <b>(Shekelle)</b> McDonald H, <b>2007</b> .
<b>R</b>	Es recomendable iniciar antibioticoterapia ante la presencia de VB para prevenir durante el embarazo ruptura prematura de membranas.	<b>A</b> <b>(Shekelle)</b> BASH and HIV (2006)
<b>R</b>	No es recomendable usar clindamicina durante la lactancia.	<b>C</b> BASH and HIV (2006)
<b>E</b>	El uso de dosis altas (2 gr) de metronidazol en el tratamiento de la VB en mujeres que se encuentran amamantando, puede afectar el sabor de la leche materna.	<b>III</b> BASH and HIV 2006
<b>R</b>	No utilizar esquemas de tratamiento con dosis altas de metronidazol, en mujeres que estén amamantando.	<b>C</b> BASH and HIV (2006)
<b>E</b>	No se observa una disminución en la frecuencia de recaídas o re-infección de VB cuando se da tratamiento a la pareja masculina.	<b>IV</b> <b>(Shekelle)</b> BASHH, 2012

	<p>No está indicada en todos los casos la detección ni el tratamiento en la(s) pareja(s); sin embargo, puede considerarse en base al criterio clínico del profesional de la salud.</p>	<p><b>D</b> <b>(Shekelle)</b> BASHH, 2012</p> <p><b>C</b> <b>hekelle)</b> Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013 (RCGP/BASHH) by Lazaro N. available at <a href="http://www.rcgp.org">www.rcgp.org</a> and <a href="http://www.bashh.org/guidelines">www.bashh.org/guidelines</a></p>
	<p>Si la paciente con VB es portadora de Dispositivo Intrauterino(DIU) debe de sugerirse el cambio por otro método.</p>	<p><b>D</b> <b>(Shekelle)</b> (BASHH, 2012)</p>
<p><b>Candidiasis vaginal(Algoritmo 3)</b></p>		
	<p><i>C glabrata</i>, <i>C tropicalis</i> y <i>C Krusei</i>, se asocian a candidiasis vaginal complicada (4 o más episodios por año, síntomas y signos severos, cuadros en mujeres con otra patología como diabetes, inmunosupresión, otras condiciones vaginales) y resistencia al tratamiento habitual.</p>	<p><b>C</b> ACOG PRACTICE BULLETIN, 2006</p>
	<p>Todos los azoles tópicos y orales así como la nistatina local, tienen una efectividad alrededor del 80% en el tratamiento de candidiasis vulvovaginal no complicada.</p>	<p><b>I</b> <b>(Shekelle)</b> Pitsouni, 2014</p> <p><b>A-III</b> Clinical Practice Guidelines for the management of candidiasis,(IDSA), 2009</p> <p><b>III</b> <b>(Shekelle)</b> BASHH,2012</p>
	<p>En una revisión sistemática de ECAs se encontró que el uso de fluconazol comparado a itraconazol son igual de eficaces en el tratamiento de candidiasis en mujeres no embarazadas. Y que muestran la misma eficacia si es oral o local.</p>	<p><b>Ia</b> <b>(Shekelle)</b> Nurbhai M, 2009</p>





	<p>El uso de azoles por cualquier vía de administración (oral o vaginal) está justificado.</p>	<p><b>D</b> <b>(Shekelle)</b> Nurbhai M, 2009 <b>A</b> <b>(Shekelle)</b> BASHH, 2012</p>
	<p>El uso de azoles está recomendado en candidiasis sintomática (itraconazol, ketoconazol, fluconazol).</p>	<p><b>C</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013 (RCGP/BASHH)</i> <b>A-III</b> <i>(Clinical Practice Guidelines for the management of candidiasis,(IDSA), 2009)</i> <b>A</b> <b>(Shekelle)</b> BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</p>
	<p>El uso de azoles * para tratamiento de la candidiasis vulvovaginal no complicada, debe ser a través del uso de: <u>Tratamiento tópico</u> 1) Miconazol** crema 2%, una aplicación (5 gramos) en vulva y vagina al día, durante 7 días  2) Nistatina óvulos o tabletas vaginales de 100, 000 U, una aplicación vaginal al día, durante 14 días  <u>Tratamiento oral</u> Fluconazol cápsulas 150 mg en una dosis única o Itraconazol cápsulas 200 mg cada 12 horas por 1 día. * Contraindicados en el embarazo y lactancia. ** Los azoles tópicos pueden causar irritación vulvovaginal, misma que debe considerarse si persisten los síntomas. ** Daña los condones y diafragmas de látex.</p>	<p><b>D</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013 (RCGP/BASHH)</i> <b>A-III</b> <i>(Clinical Practice Guidelines for the management of candidiasis,(IDSA), 2009)</i></p>
	<p>El tratamiento de la pareja masculina asintomática, de pacientes con VC, no ha mostrado eficacia en la frecuencia de recurrencia de la VC.</p>	<p><b>III</b> <b>(Shekelle)</b> BASHH, 2012</p>
	<p>No es necesario tratar a la pareja sexual por vaginitis candidática (VC).</p>	<p><b>C</b> <b>(Shekelle)</b> BASHH, 2012</p>






	Las mujeres embarazadas asintomáticas con VC no requieren tratamiento.	<b>D (Shekelle)</b> <i>BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</i>
	Las mujeres con candidiasis vulvovaginal complicada deben recibir un tratamiento más agresivo que las mujeres con un episodio no complicado, requiriéndose por vía sistémica y local.	<b>A</b> ACOG, 2011 ✓ <i>BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</i>
	Las mujeres embarazadas asintomáticas con VC no requieren tratamiento.	<b>B</b> <i>BASHH, Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings, 2012</i>
	Aunque las dosis bajas de fluconazol a corto plazo no se asocia con defectos de nacimiento conocidos, mayores dosis de 400 a 800 miligramos por día se han relacionado con defectos de nacimiento. Los datos de seguridad sobre el tinidazol en mujeres embarazadas son demasiado limitados como para ser de utilidad.	<b>C (Shekelle)</b> ACOG, 2011
<b>Vaginitis candidiásica recurrente</b>		
	El tratamiento de elección para VC recurrente: <u>Inducción:</u> Ketoconazol* tabletas de 200mg, media tableta al día por 14 días.  Miconazol crema 2%, 1 aplicación intravaginal diaria por 14 días. <u>Mantenimiento:</u> Ketoconazol* tabletas de 200mg, media tableta al día por 6 meses.  Itraconazol* oral 50 a 100 mg diario por 6 meses  Fluconazol* capsulas de 100 mg, una vez a la semana por 6 meses. *No se use en embarazo o lactancia	<b>D (Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013 (RCGP/BASHH)</i>

	<p>El tratamiento de pareja en los casos de VC no es considerado útil.</p>	<p><b>D</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Centers for Disease Control and Prevention. Expedited partner therapy in the management of sexually transmitted diseases. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, 2006.</i></p> <p><b>D</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Perea EJ, 2010 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR.</i></p>
	<p>En Candidiasis la abstinencia no está documentada como necesaria.</p>	<p><b>D</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR.</i></p>
<p><b>Trichomona vaginal(TV) ver algoritmo 4</b></p>		
	<p>En 90% de los casos de VT hay infección por <i>Trichomona</i> v. de la uretra y glándulas para-uretrales en la mujer.</p>	<p><b>Ib</b> <i>BASH and VIH 2007</i></p>
	<p>La mayoría de las cepas de <i>Trichomona</i> son muy sensibles al metronidazol y fármacos relacionados (tasa de cura de 95%)</p>	<p><b>I</b> <i>New York State Department of Health. Trichomoniasis. National Guideline Clearinghouse. 2012</i></p>
	<p>El tratamiento de la VT debe ser sistémico (oral) a través de uso de metronidazol o Tinidazol como segunda opción para obtener la curación.</p>	<p><b>A</b> <i>(New York State Department of Health. Trichomoniasis. National Guideline Clearinghouse. 2012)</i></p>
	<p>Si a través de frotis o papanicolau se reporta Trichomonas y no se cuenta con prueba confirmatoria a través de cultivo, dar tratamiento indicado.</p>	<p><b>AI</b> <i>(New York State Department of Health. Trichomoniasis. National Guideline Clearinghouse. 2012)</i></p>




<b>R</b>	<p><u>El tratamiento de elección de las VT es:</u> 1) Metronidazol oral 500 mg, dos veces al día por 7 días.</p> <p>2) Metronidazol oral 2 gr, en dosis única</p> <p><u>El tratamiento alternativo de las VT es:</u> Tinidazole 2 gr en una dosis única</p>	<p><b>AI</b> New York State Department of Health. Trichomoniasis. National Guideline Clearinghouse. 2012</p>
<b>R</b>	<p>Cuando haya falla al tratamiento valorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cumplimiento del tratamiento y excluir vomito del metronidazol</li> <li>-Posibilidad de reinfección</li> <li>-Que la pareja haya recibido tratamiento</li> </ul>	<p><b>AI</b> New York State Department of Health. Trichomoniasis. National Guideline Clearinghouse. 2012</p>
<b>E</b>	<p>No hay evidencia de efectos teratogénicos con el uso de metronidazol en el primer trimestre de embarazo, la seguridad del tinidazol durante el embarazo no ha sido evaluada.</p>	<p><b>IV (Shekelle)</b> Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR.</p>
<b>R</b>	<p>Durante el embarazo puede administrarse metronidazol dos gramos en una dosis.</p>	<p><b>D (Shekelle)</b> Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR.</p>
<b>R</b>	<p>Debe suspenderse la lactancia en caso de requerir uso de metronidazol por lo menos 12 a 24 hrs. Y ésta se podrá iniciar después de haber concluido el medicamento.</p>	<p><b>D (Shekelle)</b> Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR.</p>
<b>R</b>	<p>El uso de metronidazol local está justificado principalmente en el tratamiento de tricomoniasis.</p>	<p><b>AI</b> New York State Department of Health. Trichomoniasis. National Guideline Clearinghouse. 2012</p>
<b>E</b>	<p>La transmisión de <i>Trichomona v</i> (VT). en adultos es casi exclusivamente por vía sexual y la infección sólo se da por inoculación intravaginal o intrauretral del parásito.</p>	<p><b>IV (Shekelle)</b> Centers for Disease Control and Prevention. Expedited partner therapy in the management of sexually transmitted diseases. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, 2006.</p> <p><b>IV (Shekelle)</b> Perea E, 2010</p>

	<p>En el caso de VT se debe dar tratamiento simultáneo a la(s) pareja(s).</p>	<p><b>D</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Centers for Disease Control and Prevention. Expedited partner therapy in the management of sexually transmitted diseases. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, 2006.</i></p>
	<p>Para prevenir la reinfección, las mujeres con tricomoniasis deben evitar las relaciones sexuales hasta que ellas y sus parejas hayan recibido tratamiento ni contacto sexual genital ni oral.</p>	<p><b>AI</b> <i>New York State Department of Health. Trichomoniasis. National Guideline Clearinghouse. 2012</i></p> <p><b>C</b> <i>ACOG, 2011</i></p> <p><b>D</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR.</i></p> <p><b>D</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Centers for Disease Control and Prevention. Expedited partner therapy in the management of sexually transmitted diseases. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, 2010</i></p>
	<p>Deben revalorarse en un periodo no mayor de 3 meses a las pacientes con VT ya que la reinfección se encuentra en un 17%.</p>	<p><b>D</b> <b>(Shekelle)</b> <i>Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR.</i></p>
	<p>Debe evitarse la ingesta de bebidas alcohólicas (efecto antabuse.)</p>	<p><b>D</b> <b>(Shekelle)</b> <i>New York State Department of Health. Trichomoniasis. National Guideline Clearinghouse. 2012</i></p>

<b>Chlamydia T. (algoritmo 4)</b>		
	<p>Los medicamentos aceptados para el tratamiento de CHT son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Azitromicina 1 g oral en una sola dosis.</li> <li>• Doxiciclina 100mg VO 2 veces al día x 7 días.</li> </ul>	<p><b>IV (Shekelle)</b> Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR</p> <p><b>III (Shekelle)</b> Perea E, 2010</p>
	<p>El régimen alternativo es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eritromicina base 500 mg cada 6 hrs por 7 días.</li> <li>• Levofloxacin 500 mg VO una vez al día x 7 días.</li> <li>• Ofloxacin 300mg cada 12 hrs x 7 días.</li> </ul>	<p><b>IV (Shekelle)</b> Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR</p> <p><b>III (Shekelle)</b> Perea E, 2010</p>
	<p>En el tratamiento de primer línea se debe de indicar los siguientes regímenes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Azitromicina 1g oral en una sola dosis.</li> <li>• Doxiciclina 100mg VO 2 veces al día x 7 días.</li> </ul>	<p><b>D (Shekelle)</b> Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR</p> <p><b>C (Shekelle)</b> Perea E, 2010</p>
	<p>Como régimen alternativo están:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eritromicina base 500mg cada 6 hrs por 7 días.</li> <li>• Levofloxacin 500mg VO una vez al día x 7 días.</li> <li>• Ofloxacin 300mg cada 12 hrs x 7 días.</li> </ul>	<p><b>D (Shekelle)</b> Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR</p> <p><b>C (Shekelle)</b> Perea E, 2010</p>
	<p>Tanto la doxiciclina como el levofloxacin están contraindicados en la infección en mujeres embarazadas, mientras que la azitromicina es eficaz y segura.</p>	<p><b>IV (Shekelle)</b> Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR</p> <p><b>III (Shekelle)</b> PereaBE, 2010</p>


	<p>No indicar doxiciclina o levofloxacinó durante el embarazo.</p>	<p><b>D</b> <b>(Shekelle)</b> Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR</p> <p><b>C</b> <b>(Shekelle)</b> Perea E, 2010</p>
	<p>El tratamiento de pareja está indicado en los casos de <i>Chlamydia trachomatis</i>(CHT).</p>	<p><b>C</b> <b>(Shekelle)</b> Vallejo C, 2010</p>
	<p>En una revisión sistemática se observó que el uso de Amoxicilina o clindamicina en CHT son igualmente eficaces.</p>	<p><b>Ia</b> <b>(Shekelle)</b> Brocklehurs P, 2013</p>
	<p>En caso de no poder administrar Azitromicina o eritromicina en CHT el uso de amoxicilina o clindamicina deben considerarse.</p>	<p><b>A</b> <b>(Shekelle)</b> Brocklehurs P, 2013</p>

## 4.5 Utilidad de prebióticos en vaginosis bacteriana (VB)



EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Un metanálisis reportó que el uso de probióticos mostró restitución de microbiota o flora vaginal en un 61% en comparación con el 26.9% del grupo placebo en pacientes con VB el cual mostró diferencia estadística significativa, respecto a la presencia de gardenella se observó un mayor porcentaje en el grupo placebo en comparación con el grupo de probióticos por vía oral.</p>	<p><b>Ib</b> <b>(Shekelle)</b> Goran V, 2013</p>

	Pueden considerarse si se cuenta con el recurso el uso de probióticos al documentar que existe ausencia o disminución de flora vaginal normal (lactobacilos).	<b>B</b> <b>(Shekelle)</b> Goran V, 2013
--	---	--



## 4.6 Criterios de referencia del primer al segundo nivel de atención

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
 <p>Se recomienda el envío al segundo nivel de mujeres con vaginitis infecciosas en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Portadoras de VIH</li> <li>• Sin respuesta al tratamiento</li> <li>• Mujeres con candidiasis vulvovaginal, con especies diferentes de <i>C. albicans</i> que no responden al tratamiento.</li> </ul>	<b>Punto de buena práctica</b>

## 4.7 Seguimiento y vigilancia

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
 <p>En caso de vaginitis infecciosa los tratamientos tienen una efectividad alta, si los síntomas remiten y no hay factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual, no se requiere de una nueva consulta.</p>	<b>IV</b> <b>(Shekelle)</b> <i>BASH and HIV (2006),</i>
 <p>Orientar al paciente para que acuda a consulta en caso de persistencia o recurrencia de síntomas.</p>	<b>C</b> <b>(Shekelle)</b> <i>BASH and HIV (2006),</i>

## 4.8 Tiempo esperado de recuperación e incapacidad en caso que proceda

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La vulvovaginitis por <i>Candida spp</i> severa puede ser incapacitante para las actividades de la vida diaria y laboral.	<b>Punto de buena práctica</b>
	Expedir certificado de incapacidad temporal para el trabajo de 1 a 3 días en caso necesario.	<b>Punto de buena práctica</b>

## 5. ANEXOS

### 5.1 Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos acerca de la temática **Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Vaginitis en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de atención**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

#### Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **inglés y español de búsqueda**.
- Documentos publicados los últimos **5 años** (rango recomendado) o, en caso de encontrarse escasa o nula información, documentos publicados los últimos **10 años** (rango extendido).
- Documentos enfocados **orientación de la guía, generalmente descrita en el título**.

#### Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

#### 5.1.1 Estrategia de búsqueda

##### 5.1.1.1 Primera Etapa (Si aplica)

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema **Prevención, diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de atención** en PubMed. La búsqueda se limitó a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés y español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el(los) término(s) **Vaginitis**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio **1557** resultados, de los cuales se utilizaron **20** documentos para la elaboración de la guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
Búsqueda de PubMed correspondiente a 2009-2014.	1557

### Algoritmo de búsqueda:

- #1 Search ("Vaginitis"[Mesh])
- Search ("Vaginitis"[Mesh] AND ("Vaginitis/diagnosis"[Mesh] OR "Vaginitis/etiology"[Mesh] OR "Vaginitis/therapy"[Mesh] )<Algoritmo>
- Search ("Vaginitis"[Mesh] AND ("Vaginitis/diagnosis"[Mesh] OR "Vaginitis/etiology"[Mesh] OR "Vaginitis/therapy"[Mesh] ) Filters: **Free full text**
- Search ("Vaginitis"[Mesh] AND ("Vaginitis/diagnosis"[Mesh] OR "Vaginitis/etiology"[Mesh] OR "Vaginitis/therapy"[Mesh] ) Filters: **Free full text; published in the last 5 years** Search ("Vaginitis"[Mesh] AND ( "Vaginitis/diagnosis"[Mesh] OR "Vaginitis/etiology"[Mesh] OR "Vaginitis/therapy"[Mesh] ) Filters: **Free full text; published in the last 5 years; Humans**
- Search ("Vaginitis"[Mesh] AND ("Vaginitis/diagnosis"[Mesh] OR "Vaginitis/etiology"[Mesh] OR "Vaginitis/therapy"[Mesh] ) Filters: **Free full text; published in the last 5 years; Humans; English**
- Search (**vaginitis**) AND #8 Filters: **Free full text; published in the last 5 years; Humans; English; Adult: 19+ years**
- Search (**vaginitis**) AND #7

Se argumenta extender la búsqueda a 10 años en caso de no encontrarse información o de ser ésta muy escasa y se indica cuántos resultados se obtuvieron y, de éstos, cuántos se utilizaron.

## 5.2 Escalas de Gradación

### Escala utilizada para clasificar la evidencia y recomendaciones de la GPC de atención prenatal del IMSS 2013

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
<b>Ia.</b> Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios.	<b>A.</b> Requieren al menos un estudio aleatorizado controlado como parte de la literatura, de buena calidad y consistencia para apoyar recomendaciones específicas (evidencia niveles Ia, Ib).
<b>Ib.</b> Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios.	
<b>Ila.</b> Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad.	<b>B.</b> Requiere estudios controlados aunque no sean aleatorizados (Evidencia niveles Ila, Ilb, III).
<b>Ilb.</b> Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte.	
<b>III.</b> Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas.	<b>C.</b> Requiere evidencia obtenida por comité de expertos u opinión de expertos clínicos, autoridades reconocidas. Indican una ausencia de estudios clínicos de buena calidad que puedan ser aplicados (evidencia nivel IV).
<b>IV.</b> Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas.	√ Recomendación de buena practica clínica emitida por los elaboradores de la GPC.

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59



### NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE TERAPIA POR NICE\*\*

NIVEL DE EVIDENCIA	INTERPRETACIÓN
<b>1++</b>	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos.
<b>1+</b>	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos.
<b>1-</b>	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*.
<b>2++</b>	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
<b>2+</b>	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
<b>2-</b>	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*.
<b>3</b>	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos.
<b>4</b>	Opinión de expertos

\*Los estudios con un nivel de evidencia con signos “-“ no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación. Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

\*\*National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-Chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London: NICE update March 2005. The guidelines manual 2009.

### GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS DE TERAPIA (NICE)

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>A</b>	Al menos un meta-análisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
<b>B</b>	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+.
<b>C</b>	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++-
<b>D</b>	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal.
<b>D(BPP)</b>	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía.

### Niveles de Evidencia, para estudios de Diagnóstico Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM) 2009\*

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	DIAGNÓSTICO
<b>A</b>	1a	Revisiones Sistemáticas de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad**, es decir, que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y en diferentes centros clínicos.
	1b	Estudios de cohorte que validen la calidad de una prueba específica, con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico o probado en un centro clínico.
	1c	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico.
<b>B</b>	2a	Revisiones sistemáticas de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad.
	2b	Estudios exploratorios que, a través de una regresión logística, determinan factores significativos, y validados con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de categorización del diagnóstico.
	3a	Revisiones sistemáticas con homogeneidad de estudios 3b y de mejor calidad.
	3b	Comparación enmascarada y objetiva de un espectro de una cohorte de pacientes que podría normalmente ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio. Estudios no consecutivos o sin la aplicación de un estándar de referencia.
<b>C</b>	4	Estudio de casos y controles, con escasos o sin estándares de referencia independiente, los estándares de referencia no son objetivos, cegados o independientes, o las pruebas positivas y negativas son verificadas usando estándares de referencia diferentes.
<b>D</b>	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en “principios fundamentales”.

\*Adaptado de Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM) Centre for Evidence Based Medicine-Levels of Evidence (March 1009). Available from: [http:// www.cebm.net/index.aspx?oO1025](http://www.cebm.net/index.aspx?oO1025). Visitado 28 agosto 2014

\*\*Estudios con homogeneidad : se refiere a que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección

## 5.3 Escalas de Clasificación Clínica

**Cuadro 1 Características clínicas de las vaginitis infecciosas**

	Vaginitis Bacteriana	Vaginitis Candidiasis	Tricomonirosis	Chlamydia trachomatis
<b>Características</b>	Causa más frecuente de vaginitis infecciosa. Secreción vaginal. No se transmite sexualmente.	No se transmite sexualmente.	Es una ITS el diagnóstico debe hacerse en forma confiable porque habrá implicaciones para el paciente.	Es una ITS el diagnóstico debe hacerse en forma confiable porque habrá implicaciones para el paciente.
<b>Secreción vaginal</b>	Homogéneo, acuoso	Espesa, blanquecina	Puede ser espumosa	Flujo amarillento
<b>El olor</b>	Mal olor	Sin mal olor	Mal olor	Mal olor
<b>Síntomas asociados</b>	Por lo general, ninguno.	Disuria, dispareunia	Síntomas como disuria y dolor abdominal bajo.	En ocasiones se presenta asintomática o con ardor al orinar y dolor en hipogastrio; con prurito y escozor vaginal durante el coito.
<b>Signos típicos</b>	Descarga vaginal y edema vulvar.	Puede parecer normal o edema vulvar y vaginal, puede haber fisuras o lesiones.	Puede parecer normal o con descarga espumosa, se puede presentar vulvitis, vaginitis, cervicitis, cuello en útero es frambuesa.	Problema importante para controlar esta infección es la ausencia de síntomas, la cual alcanza a 75% de mujeres y 50% de hombres
<b>pH vaginal normal 3.5 a 4.5</b>	> 4.5	> 4.5	> 4.5	> 4.5

Fuente: Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections 2006. Management and Treatment of Specific Syndromes. Vaginal Discharge (Bacterial Vaginosis, Vulvovaginal Candidiasis, Trichomoniasis) pag 108.

**Cuadro 2 Clasificación de Candidiasis Vulvovaginal**

<p>No complicada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evento esporádico o poco frecuente</li> <li>• Con molestias de leve o moderada</li> <li>• Probablemente producida por <i>Candida albicans</i></li> <li>• Mujer no inmunocompetente</li> </ul>
<p>Complicada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Candidiasis recurrente</li> <li>• Candidiasis severa</li> <li>• Candidiasis producida por <i>Candida</i> no <i>albicans</i></li> <li>• Mujer con diabetes, inmunosupresión o desnutrición.</li> </ul>

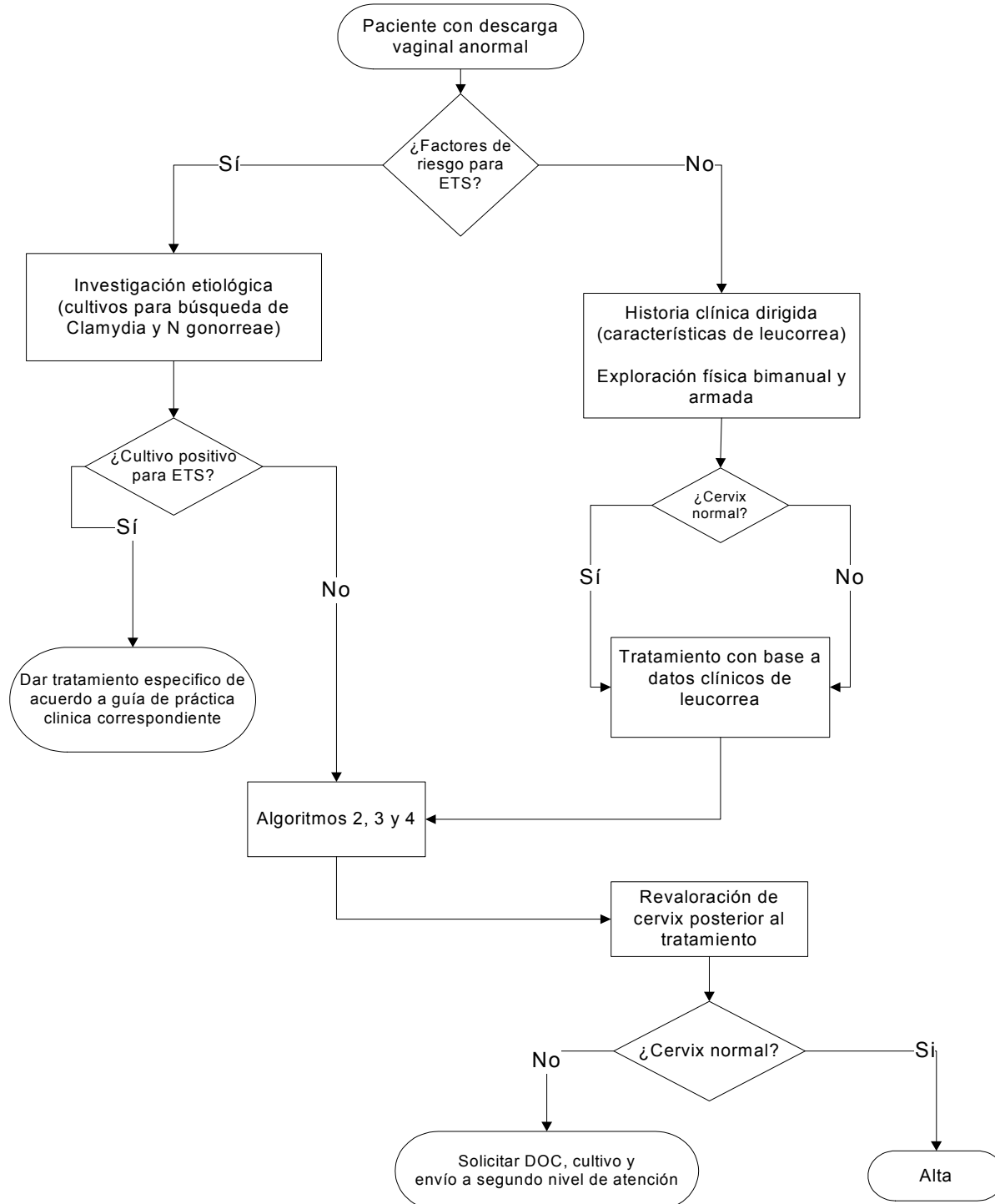
Fuente: .- Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR.

**Medicamentos indicados en el tratamiento de Vaginitis por *Candida spp* (VC),  
*Trichomona v*,(VT) y Vaginosis Bacteriana (VB).**

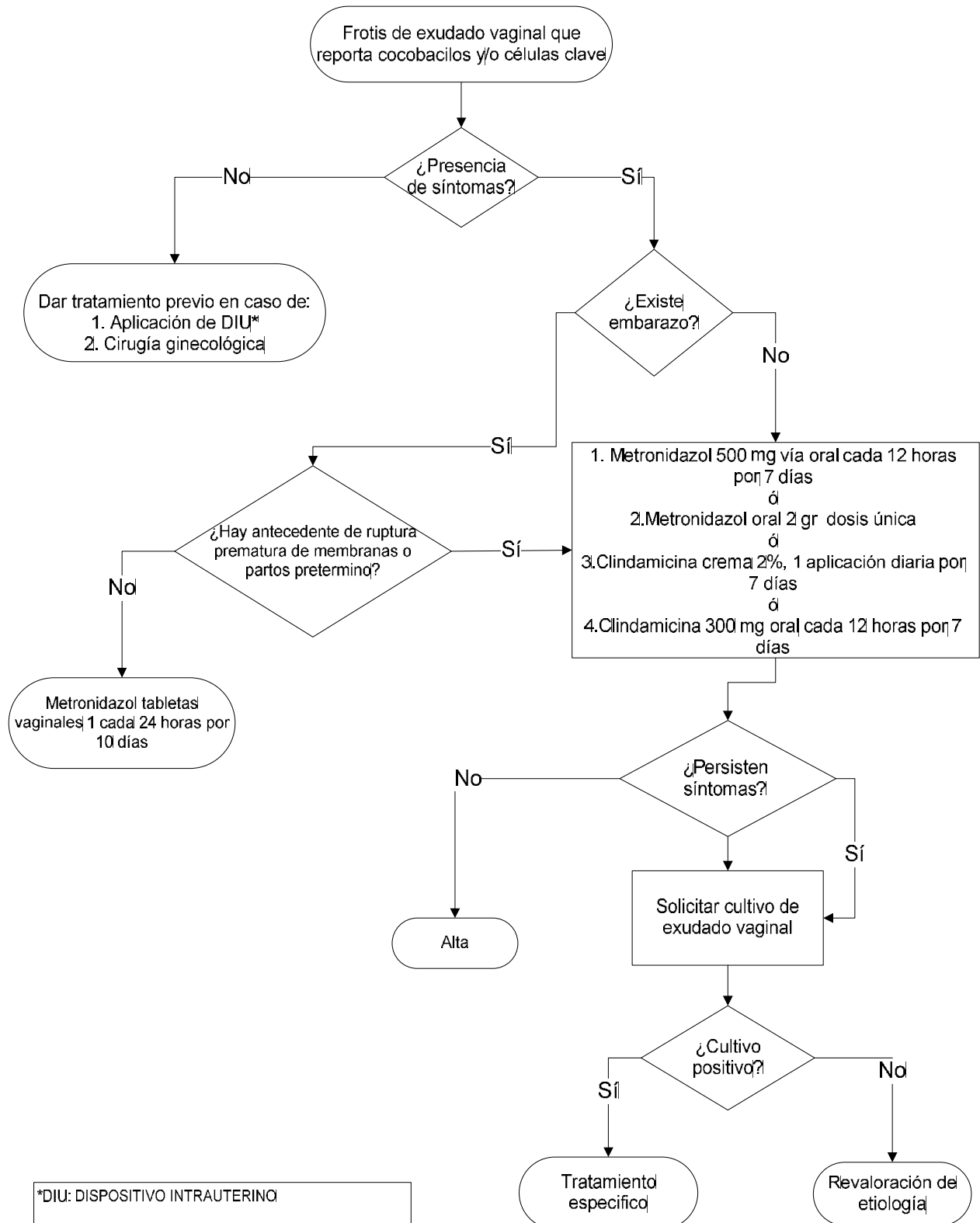
Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	tiempo (período de uso)
<b>Metronidazol</b>	<b>VB Y VT</b> <b>Tratamiento de elección:</b> Metronidazol 500 mg vía oral dos veces al día o Metronidazol oral 2g.	Caja 30 tabletas de 500mg	7 Días
	<b>VB. + embarazo:</b> Metronidazol tabletas vaginales 1 cada 24 horas	Caja con 10 óvulos o tabletas vaginales 500mg c/u	Dosis única  10 días
<b>Clindamicina</b>	<b>VB tratamiento alterno:</b> Clindamicina crema vaginal al 2 % una vez al día.	Tubo crema vaginal 2%	7 días
	Clindamicina 300 mg, oral dos veces al día.	Caja con 16 cápsulas 300mg	7 días
<b>Nistatina</b>	<b>VC No complicada</b> Nistatina óvulos o tabletas vaginales, una al día.	Tabletas vaginales de 100 000 U con 12 tabletas	14 días
<b>Miconazol</b>	<b>VC No complicada:</b> Miconazol crema 2%, 1 aplicación intravaginal diaria		7 días
	<b>VC Recurrente:</b> Miconazol crema 2% 1 aplicación intravaginal diaria	Tubo crema 20gr 2%	14 días
<b>Itraconazol</b>	<b>VC Recurrente:</b> <u>Inducción:</u> Itraconazol 200mg cada 12 horas, vía oral dosis única	Caja con 15 cápsulas 100mg	Dosis única
	<u>Mantenimiento:</u> Itraconazol 50 a 100 mg Diarios		6 meses
<b>Ketoconazol</b>	<b>VC Recurrente:</b> Ketoconazol* tabletas de 100mg (media tableta) al día por 6 meses	Caja 10 tabletas 200mg	Media tableta al día por 6 meses
<b>Fluconazol</b>	<b>VC Recurrente:</b> <u>Inducción:</u> Fluconazol 150mg		1 vez al día x 3 dosis con intervalo de 72hrs.
	<u>Mantenimiento:</u> Fluconazol 150mg	Caja con 10 cápsulas o tabletas de 100mg	1 a la semana x 6 meses.

## 5.4 Diagramas de Flujo

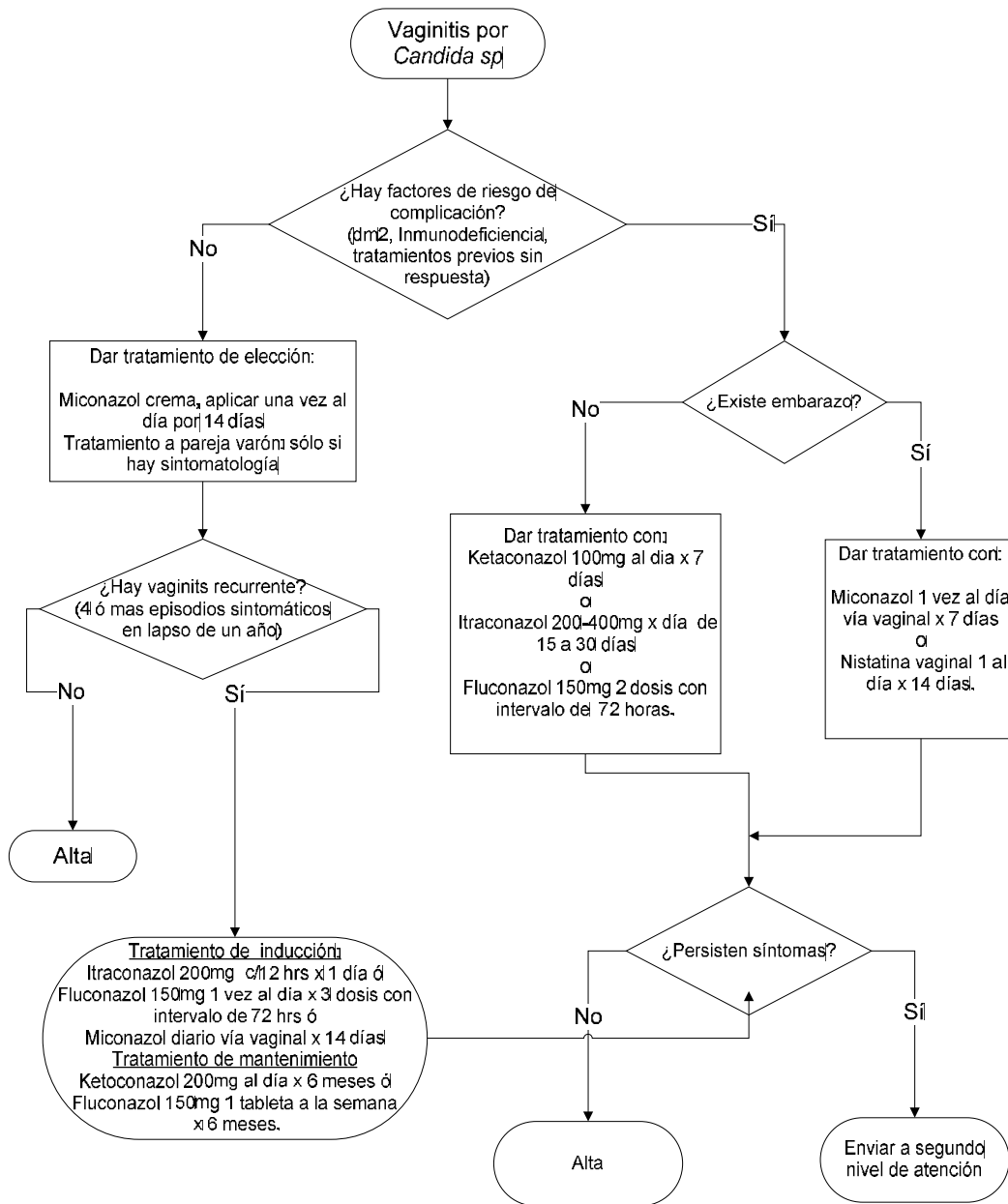
Algoritmo 1  
Abordaje de la paciente con descarga vaginal anormal



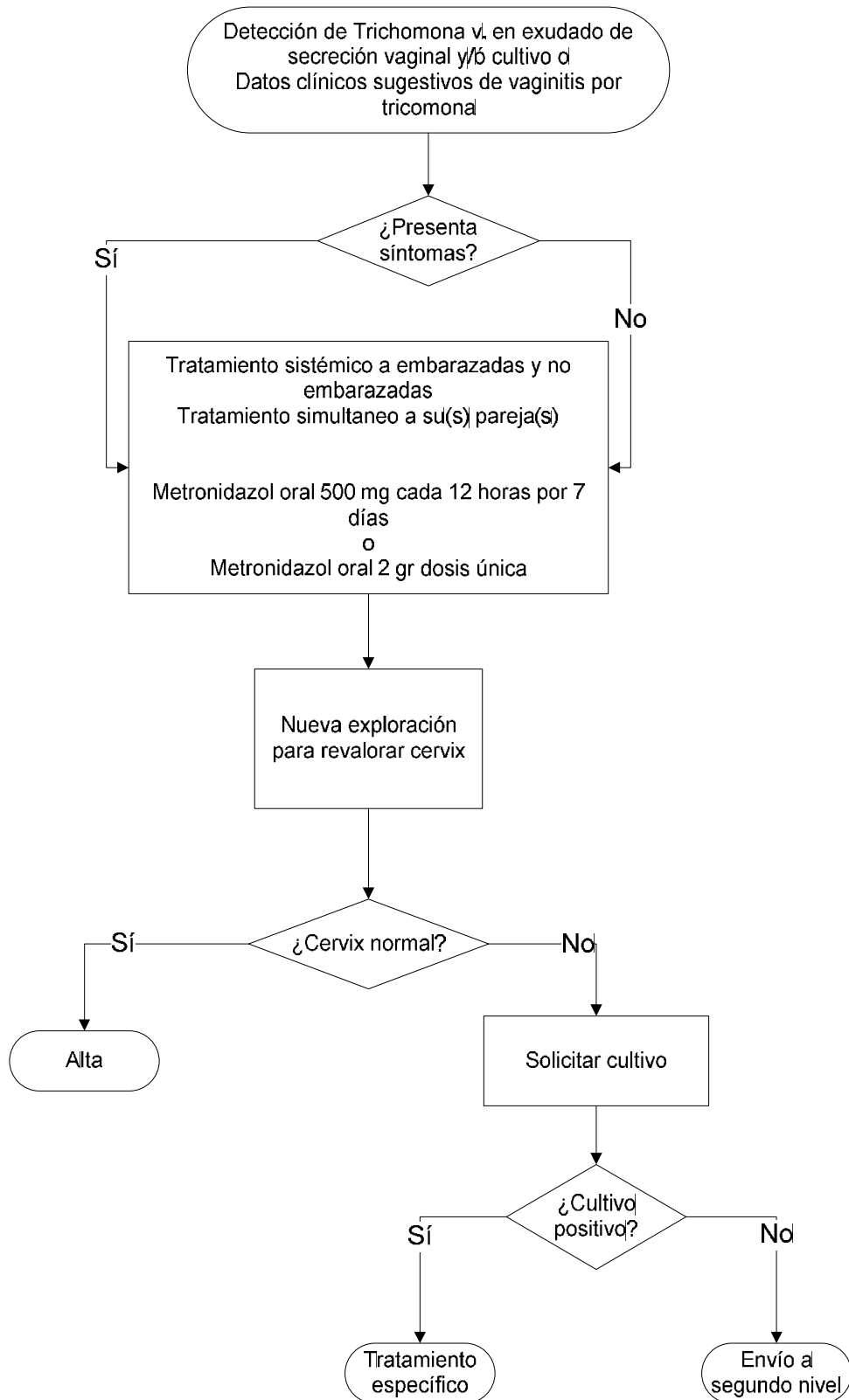
**Algoritmo 2**  
**Tratamiento de vaginosis bacteriana (VB)**



Algoritmo 3. Tratamiento de la Vaginitis por *Candida sp*



**Algoritmo 4**  
**Tratamiento de vaginitis por *Trichomona* v.**





## 5.5 Listado de Recursos

### 5.5.1 Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de **Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la vaginitis infecciosa en la mujer en edad reproductiva en el primer nivel de atención** del **Cuadro Básico del IMSS y del Cuadro Básico Sectorial**:

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS							
CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
<b>010.000.1969.00</b>	Azitromicina	Una tableta de 500 mg cada 24 hrs por tres días o dos tabletas (un gramo oral) en una dosis.	Contiene 3 tabletas de 500 mg	Durante 1 o tres días	Diarrea, heces blandas, malestar abdominal, náuseas,, vómito y flatulencia.	Se han precipitado ergostismos al administrarla con otros antibióticos macrólidos, pues reducen su metabolismo hepático.	Hipersensibilidad al fármaco, usarse con precaución en pacientes con prolongación del intervalo QT y arritmias.
<b>010.000.1969.01</b>	Azitromicina	Dos tabletas de 500 mg cada 24 por tres días o dos tabletas (un gramo oral) en una dosis.	Contiene 4 tabletas de 500 mg	Durante 2 o tres días	Diarrea, heces blandas, malestar abdominal, náuseas,, vómito y flatulencia.	Se han precipitado ergostismos al administrarla con otros antibióticos macrólidos, pues reducen su metabolismo hepático.	Hipersensibilidad al fármaco, usarse con precaución en pacientes con prolongación del intervalo QT y arritmias.
<b>010.000.2133.00</b>	Clindamicina	300 mg cada 12 u 8 horas.	Envase con 16 cápsulas de 300 mg c/u	Durante 7 días	náusea, vómito,hipersensibilidad, colitis pseudomembranosa	Antagoniza al cloranfenicol y eritromicina, aumenta efecto de relajantes, con caolin, disminuye su absorción, con loperamida mayor diarria.	Hipersensibilidad al fármaco, Colitis ulcerativa o insuficiencia hepática
<b>010.000.1940.00</b>	Doxiciclina	100 mg cada 12 hrs durante 7 días.	Caja de 10 tabletas o cápsulas de 100mg.	Durante 7 días	Anorexia, náusea, vómito, diarrea, prurito, fotosensibilidad, colitis, reacciones alérgicas,	Interfiere el efecto de los anticonceptivos hormonales y la	Hipersensibilidad al fármaco, usarlo con precaución en insuficiencia hepática,

					defectos de esmalte en niños y retraso del crecimiento óseo.	heparina, disminuye la concentración plasmática en anticonvulsivos. Sustancias con contenido de calcio, hierro o magnesio disminuyen su absorción intestinal.	renal, alteraciones de la coagulación, úlcera gastroduodenal.
<b>010.000.1941.00</b>	Doxiciclina	100 mg cada 12 hrs durante 7 días.	Caja de 28 tabletas o cápsulas de 50mg	Durante 7 días	Anorexia, náusea, vómito, diarrea, prurito, fotosensibilidad, colitis, reacciones alérgicas, defectos de esmalte en niños y retraso del crecimiento óseo.	Interfiere el efecto de los anticonceptivos hormonales y la heparina, disminuye la concentración plasmática en anticonvulsivos. Sustancias con contenido de calcio, hierro o magnesio disminuyen su absorción intestinal.	Hipersensibilidad al fármaco, usarlo con precaución en insuficiencia hepática, renal, alteraciones de la coagulación, úlcera gastroduodenal.
<b>010.000.1971.00</b>	Eritromicina	500 mg cada 8 hrs.	Envase con 20 cápsulas o tabletas de 500 mg cada una.	Durante 7 días	Anorexia, vómito, diarrea, prurito, erupciones cutáneas, gastritis aguda, ictericia colestática.	Puede incrementar el efecto adverso con corticoesteroides, teofilina, alcaloides del centeno, warfarina, ciclosporina, bromocriptina, digoxina, disopramida	Hipersensibilidad al fármaco, colestasi, enfermedad hepática.
<b>010.000.2016.00</b>	Ketoconazol	200 a 400 mg al día	Envase con 10 tabletas de 100 mg cada una.	Durante 1 día	Diarrea, vómito, ginecomastia	Los antiácidos, atropínicos y antihistamínicos H2 reducen su absorción, al igual que la rifampicina e isoniazida.	Hipersensibilidad al fármaco.
<b>010.000.5267.00</b>	Fluconazol	Una tableta de	Envase con	Un día y	Diarrea, vómito, dolor	Puede aumentar las	Hipersensibilidad al

		100, 150 o 200 mg.	10 tabletas de 200 mg cada una.	repetir a los 15 días	abdominal, disfunción hepática, síndrome de Stevens Johnson	concentraciones plasmáticas de fenitoína, sulfonamidas y ciclosporinas.	fármaco,
<b>010.000.1308.00</b>	Metronidazol tabletas	500 mg cada 8 hrs	Envase con 30 tabletas	Durante 7 días	Vértigo, cefalea, náuseas, vómito, anorexia, cólicos, diarrea, calambres abdominales, depresión, insomnio	Con ingestión de alcohol se produce el efecto antabuse, con la ciclosporina puede aumentar los riesgos de neurotoxicidad	Hipersensibilidad al fármaco,
<b>010.000.0891.00</b>	Miconazol	Una aplicación de 20 mg una a dos veces al día	Envase tubo crema con 20 gramos	14 días o por 6 semanas	Dermatitis de contacto	Ninguna de importancia	Hipersensibilidad al fármaco.
<b>010.000.20428.00</b>	Tinidazol	De 1 a 2 gramos dosis por uno o dos días única	Envase con 8 tabletas de 500 mg	1 o dos días continuo.	Vértigo, cefalea, náuseas, vómito, anorexia, cólicos,	Aumenta los efectos anticoagulantes de la warfarina; los barbitúricos inhiben su acción.	Hipersensibilidad al fármaco, e insuficiencia hepática o renal.

## 6. GLOSARIO

**Dispareunia:** sensación de ardor o dolor al coito.

**Disuria:** sensación de ardor o dolor al orinar.

**Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP):** es un término general que hace referencia a la infección del revestimiento del útero, las trompas de falopio o los ovarios. La mayoría de los casos son causados por las mismas bacterias de las enfermedades de transmisión sexual (clamidia, gonorrea, micoplasma, estafilococo y estreptococo), que también pueden penetrar en el organismo después de procedimientos ginecológicos (inserción de un dispositivo intrauterino, parto, aborto ó biopsia de endometrio). Los síntomas más comunes además de secreción vaginal anormal son: dolor abdominal, fiebre, escalofríos, náuseas con y sin vómitos.

**Descarga vaginal anormal (leucorrea):** escurrimiento de secreción vaginal atípica asociada frecuentemente a ardor y/o prurito así como mal olor vaginal.

**Vaginitis:** espectro de condiciones que causan síntomas vaginales tales como prurito, ardor, irritación y secreción vaginal anormal.

**Vaginosi:** infección vaginal sin respuesta inflamatoria secundaria a sobre crecimiento de flora considerada como normal.

**Vaginitis infecciosa:** síndrome que se caracteriza por uno o más de los siguientes signos y síntomas: secreción vaginal, prurito, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez o mal olor vaginal; secundario a la presencia de microorganismos patógenos.

**Vaginosi bacteriana (VB):** síndrome que se caracteriza por un sobre crecimiento de cualquiera de los siguientes microorganismos: Gardnerella vaginalis, Prevotella, Mycoplasma hominis, Bacteroides, Fusobacterium y Mobiluncus; que reemplaza a los lactobacilos y se acompaña de un aumento en el pH (hasta de 7.0). Se define como una infección a nivel vaginal, sin respuesta inflamatoria (en 1983 cambió el nombre de vaginitis inespecífica a vaginosi bacteriana). Es la causa más común de descarga vaginal anormal. La VB puede tener un comienzo y remisión espontánea; aunque su prevalencia es mayor en las mujeres sexualmente activas que en las no activas, actualmente no se considera de transmisión sexual; aproximadamente el 50 % de los casos pueden cursar asintomáticas (FFPRHC and BASHH, 2006).

**Vaginitis por Candida (VC):** síndrome que tiene como agente causal en el 90% de los casos a Candida albicans, el otro 10 % puede tener como factor etiológico a C. glabrata, C. tropicales, C. krusei, C. parapsilosis y Saccharomyces cerevisiae. El 10 a 20% de las mujeres en edad reproductiva pueden ser colonizadas por Candida sp, pero cursar asintomáticas, estas mujeres no requieren tratamiento. (BASH and VIH, 2007).

**Vaginitis por Candida complicada:** presencia de vulvovaginitis por Candida sp que presenta además alguno de los siguientes datos: embarazo, síntomas severos, cuadros recurrentes (más de 4 episodios por año), especies de candida diferentes a albicans; y huésped con hiper estrogenismo, diabetes mellitus ó inmunodeficiencia. (BASH and VIH, 2007).

**Vaginitis recurrente por Candida albicans:** se define como la presencia de al menos 4 episodios al año, sintomáticos y documentados de candidiasis vulvovaginal, con resolución parcial

de síntomas entre los episodios; tiene una prevalencia de aproximadamente 5% en las mujeres en edad reproductiva.

**Vaginitis por *Trichomona vaginalis* (VT):** síndrome que tiene como agente causal a *Trichomona vaginalis*, que es un protozooario flagelado, en la mujer se localiza en la vagina, uretra y glándulas para-uretrales. La infección del tracto urinario como único sitio de infección se da en un porcentaje cercano al 5%, mientras que la infección uretral en la vaginitis se da en 90% de los casos. En los hombres la infección es generalmente de la uretra (FFPRHC and BASHH, 2007).

**Vaginitis persistente:** persistencia de signos y síntomas de vaginitis, a pesar del tratamiento.

**Microbiota vaginal:** conjunto de microorganismos que habitan en condiciones fisiológicas en la vagina o ecosistema, este es responsable del equilibrio vaginal para controlar las infecciones por gérmenes oportunistas, el principal responsable de mantener éste microsistema son los lactobacilos.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Obstetrician and Gynecologists ACOG .Vaginitis. 2011.
2. Centers for Disease Control and Prevention. *Expedited partner therapy in the management of sexually transmitted diseases*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, 2010
3. Vallejos Clotilde, Enriquez Guerra MA, López Villegas MR, Valdez García JA, Pérez Pría P. Cérvico-vaginitispor Chlamydia trachomatis en mujeres atendidas en un hospital de Acatlán de Osorio, Puebla. *Enf Inf Microbiol*.2010;30(2):49-52.
4. Donders Gilbert, Diagnosis and Management of Bacterial Vaginosis and Other Types of Abnormal Vaginal Bacterial Flora: A Review. *OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL SURVEY*. 2010;65(7):46
5. Goran Vujic. Chamydia trachomatis iin novotvorine zenskoa spolnog sustava. *Medicus*.2003;12(2):193-195.
6. Marrazzo Jeanne M. \*.Interpreting the epidemiology and natural history of bacterial vaginosis:Are we still confused?.
7. Mashburn Jane, Vaginal Infections Update. *Journal of Midwifery &Women's Health*.2012;57(6):629-634.
8. Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013 (RCGP/BASHH) by Lazaro N. available at [www.rcgp.org](http://www.rcgp.org) and [www.bashh.org/guidelines](http://www.bashh.org/guidelines)
9. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *MMWR*. 2010 [www.cdc.gov/mmwr](http://www.cdc.gov/mmwr)
- 10.Perea EJ.Infecciones del aparato genital femenino: vaginitis, vaginosis y cervicitis.*Medicine*.2010;;10(57):3910-3914.
- 11.Clinical Practice Guidelines for the Management of Candidiasis: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America.
- 12.BASHH.Management of vaginal discharge in non genitourinary medicine settings.2012
- 13.Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-2425.
- 14.Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. Guidance: The management of woman of reproductive age attending non-genitourinary medicine settings complaining of vaginal discharge (2006). (FFPRHC and BASHH 2006).
- 15.Brocklehurst P, Rooney G. Interventions for treating genital chlamydia trachomatis infection in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 4. Art. No.: CD000054. DOI: 10.1002/14651858.CD000054. 2013.
- 16.Huang W, Gaydos CA, Barnes MR, Jett-Goheen M, Blake DR. Cost-effectiveness analysis of Chlamydia trachomatis screening via internet-based selfcollected swabs compared with clinic-based sample collection. *NHS Economic Evaluation Database (NHS EED)*,
- 17.Kiss H, Pichler E, Petricevic L, Husslein P .Cost effectiveness of a screen-and-treat program for asymptomatic vaginal infections in pregnancy: towards a significant reduction in the costs of prematurity.
- 18.Nurbhai M, Grimshaw J, Watson M, Bond CM, Mollison JA, Ludbrook A. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.:

CD002845. DOI: 10.1002/14651858.CD002845.pub2.

19. McDonald HM, Brocklehurst P, Gordon A. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Cochrane Database Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD000262. DOI: 10.1002/14651858.CD000262.pub 3
20. New York State Department of Health. Trichomoniasis. National Guideline Clearinghouse. 2012

## 8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de **Instituto Mexicano del Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto Mexicano del Seguro Social** y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

### **Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS**

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria Coordinación Técnica Coordinación de UMAE	de	Excelencia	Clínica.
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero Coordinación Técnica Coordinación de UMAE	de	Excelencia	Clínica.



## 9. COMITÉ ACADÉMICO

### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA, COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD / CUMAE

Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Coordinador Técnico de Excelencia Clínica
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfin Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

## 10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

DIRECTORIO SECTORIAL      DIRECTORIO DEL CENTRO  
DESARROLLADOR

### **Secretaría de Salud**

Dra. Mercedes Juan  
*Secretaria de Salud*

### **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Dr. Javier Dávila Torres  
*Director de Prestaciones Médicas*

### **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Dr. José Antonio González Anaya  
*Directora General*

Dr. José de Jesús González Izquierdo  
*Titular de la Unidad de Atención Médica*

### **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

Lic. Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias  
*Director General*

Dr. Jaime Antonio Zaldivar Cervera  
*Coordinador de Unidades Médicas de Alta  
Especialidad*

### **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**

Lic. Laura Vargas Carrillo  
*Titular del Organismo SNDIF*

Dr. Roberto Aguli Ruiz Rosas  
*(Encargado) Coordinación Integral de Atención  
en el Segundo Nivel*

### **Petróleos Mexicanos**

Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austín  
*Director General*

Dr. Arturo Viniegra Osorio  
*Coordinador Técnico de Excelencia Clínica*

### **Secretaría de Marina Armada de México**

Almte. Vidal Francisco Soberón Sanz  
*Secretario de Marina*

### **Secretaría de la Defensa Nacional**

Gral. Salvador Cienfuegos Zepeda  
*Secretario de la Defensa Nacional*

### **Consejo de Salubridad General**

Dr. Leobardo Ruíz Pérez  
*Secretario del Consejo de Salubridad General*

## 11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

	Dr. Eduardo González Pier	Presidente
	<b>Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud</b>	
	Dr. Pablo Kuri Morales	Titular
	<b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	
	Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	Titular
<b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas	Titular
	<b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	
	Dr. Alfonso Petersen Farah	Titular
	<b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	
	Dr. Leobardo Carlos Ruíz Pérez	Titular
	<b>Secretario del Consejo de Salubridad General</b>	
	General de Brigada M. C. René Gutiérrez Bastida	Titular
	<b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	
	Contraalmirante SSN, M.C. Pediatra Rafael Ortega Sánchez	Titular
	<b>Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México</b>	
	Dr. Javier Dávila Torres	Titular
	<b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	
	Dr. José Rafael Castillo Arriaga	Titular
	<b>Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	
	Dr. Rodolfo Rojas Rubí	Titular
	<b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	
	Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	Titular
	<b>Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	
	Dr. Ricardo Camacho Sanciprian	Titular
	<b>Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	
	Dr. José Meljem Moctezuma	Titular
	<b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	
	Dr. Sebastián García Saisó	Titular
	<b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	
	Dra. Laura Elena Gloria Hernández	Titular
	<b>Directora General de Evaluación del Desempeño</b>	
	Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
	<b>Director General de Información en Salud</b>	
	M en A María Luisa González Rétiz	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
	<b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Titular 2014-2015
	Dr. Agustín Lara Esqueda	
<b>Secretario de Salud y Bienestar Social y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Colima</b>	Dr. Basilio Ildefonso Barrios Salas	Titular 2014-2015
	<b>Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Chihuahua</b>	
	Dr. Francisco Ignacio Ortíz Aldana	Titular 2014-2015
	<b>Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato</b>	
	Dr. Enrique Ruelas Barajas	Titular
	<b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	
	Dr. Alejandro Reyes Fuentes	Titular
	<b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	
	Lic. José Ignacio Campillo García	Titular
	<b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b>	
	Dr. Víctor Manuel García Acosta	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.</b>	
	Dr. Francisco Hernández Torres	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.</b>	
	Lic. Alejandro Alfonso Díaz	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b>	
	Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud</b>	
	M. en C. Julio César Ballesteros del Olmo	Invitado
	<b>Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría</b>	
	Dr. Esteban Hernández San Román	Secretario Técnico
	<b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC-Salud</b>	