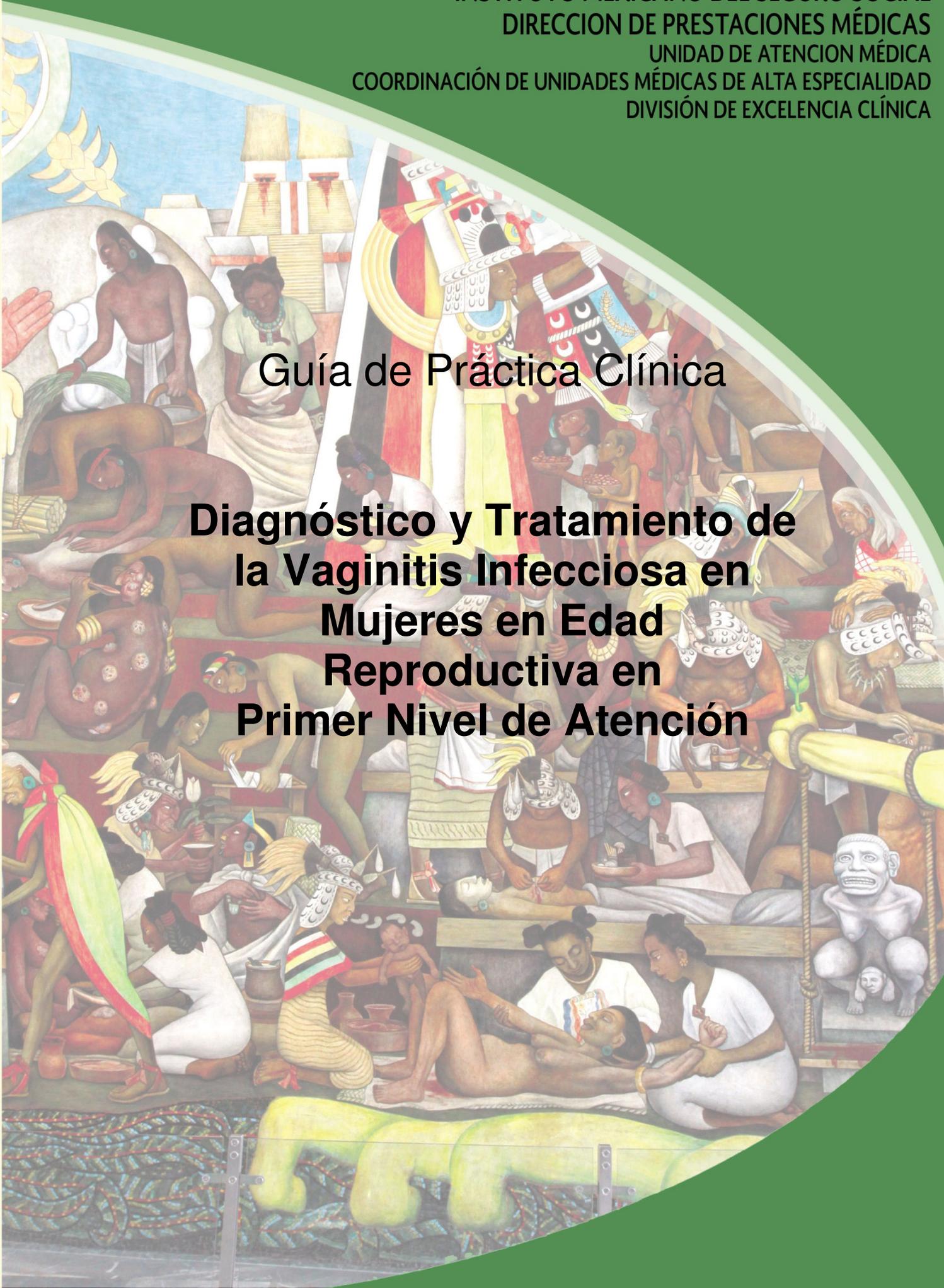


## Guía de Práctica Clínica

# Diagnóstico y Tratamiento de la Vaginitis Infecciosa en Mujeres en Edad Reproductiva en Primer Nivel de Atención





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECTOR GENERAL

**MTRO. DANIEL KARAM TOUMEH**

DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS

**DR. SANTIAGO ECHEVARRÍA ZUNO**

TITULAR DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

**DR. FRANCISCO JAVIER MÉNDEZ BUENO**

COORDINADOR DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

**DR. ALFONSO ALBERTO CERÓN HERNÁNDEZ**

COORDINADORA DE ÁREAS MÉDICAS

**DRA. LETICIA AGUILAR SÁNCHEZ**

COORDINADOR DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

**DR. SERGIO ALEJANDRO MORALES ROJAS**

TITULAR DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

**DR. JAVIER DÁVILA TORRES**

COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN SALUD

**DRA. LILIA ELENA MONROY RAMÍREZ (ENCARGADA)**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ (ENCARGADO)**

COORDINADOR DE POLÍTICAS DE SALUD

**LIC. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ DÍAZ PONCE**

TITULAR DE LA UNIDAD DE SALUD PÚBLICA

**DR. ÁLVARO JULIÁN MAR OBESO**

COORDINADORA DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

**DRA. IRMA HORTENSIA FERNÁNDEZ GÁRATE**

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Y APOYO EN CONTINGENCIAS

**DR. VICTOR HUGO BORJA ABURTO (ENCARGADO)**

COORDINADOR DE SALUD EN EL TRABAJO

**DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO**

COORDINADOR DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

**DR. RODOLFO A. DE MUCHA MACÍAS**

Durango 289- 1A Colonia Roma  
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.  
Página Web: [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

Publicado por IMSS  
© Copyright IMSS "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General  
División de Excelencia Clínica  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

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 nivel, 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 formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Deberá ser citado como: **Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Vaginitis Infecciosa en Mujeres en Edad Reproductiva en Primer Nivel de Atención**, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009.

Esta guía puede ser descargada de Internet en:  
<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

**ISBN 978-607-8270-19-4**

# N760 Vaginitis aguda, B373 Candidiasis de la Vulva y Vagina, A 590 Tricomoniasis Urogenital

## Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Vaginitis Infecciosa en Mujeres en Edad Reproductiva en Primer Nivel de Atención

<b>Autores:</b>			
Dr. Raúl Tomás Arrieta Pérez	Médico Familiar	IMSS/UMF 94 /D.F	Encargado de Educación Médica
Dra. Laura Elena Cabrera Martínez	Médico Familiar	IMSS/UMF 8/Aguascalientes	Servicio de Consulta de Medicina Familiar
Dr. José Antonio Machorro Morales	Médico Familiar	IMSS/UMF 1/Orizaba Ver.	Servicio de Consulta de Medicina Familiar
Dra. Brendha Rios Castillo	Médico Gineco-obstetra	IMSS/UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3/CMN La Raza D.F.	Adscrito el Servicio de Ginecología y Obstetricia
Dr Francisco Javier Valádez Toscano	Médico General	IMSS/Coordinación de Educación Médica/Jalisco	Coordinación Delegacional
Dr. Oscar Trejo Solórzano	Médico Gineco-obstetra	ISSSTE Hospital Regional "Adolfo López Mateos"	Adscrito el Servicio de Ginecología y obstetricia
Dra. Consuelo Medécigo Micete	Médico Familiar	IMSS División Excelencia Clínica. CUMAE	Coordinador de Programa
<b>Validación Interna:</b>			
Dr. Roberto Arias Raya	Médico Familiar	IMSS. HGZ/UMF 2 Irapuato Gto.	Adscrito al Servicio de Medicina Familiar
Dra. Natividad Hernández Laynes	Médico Familiar	IMSS/UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3/CMN La Raza D.F.	Educación Médica de la Unidad
Dra. Leticia Sánchez Flores	Médico Familiar	IMSS. UMF 33 D.F.	Jefe de Departamento Clínico
<b>Validación Externa:</b>			
Dr. Rafael Gerardo Buitron García Figueroa		<b>Academia Mexicana de Cirugía</b>	

## Índice

1. Clasificación .....	6
2. Preguntas a responder por esta Guía .....	7
3. Aspectos Generales .....	8
3.1 Justificación .....	8
3.2 Objetivo de esta Guía .....	8
3.3 Definición .....	9
4. Evidencias y Recomendaciones.....	10
4.1 Prevención Secundaria.....	11
4.1.1 Detección .....	11
4.1.1.1 Pruebas de detección específica o factores de Riesgo .....	11
4.1.2 Diagnóstico .....	13
4.1.2.1 Diagnóstico Clínico (Ver anexo 6.3, tabla 1).....	13
4.1.2.2 Pruebas Diagnósticas.....	13
4.1.3 Tratamiento .....	15
4.1.3.1 Tratamiento Farmacológico de vaginosis bacteriana (VB) (Ver algoritmo 2).....	15
4.1.3.2 Tratamiento Farmacológico de vaginitis por Candida sp (VC) (Ver algoritmo 3).....	18
4.1.3.3 Tratamiento Farmacológico de vaginitis por Tricomona v (VT) (Ver algoritmo 4) .....	20
4.2 Criterios de referencia y Contrarreferencia.....	22
4.2.1 Criterios técnico médicos de Referencia .....	22
4.2.1.1 Referencia al segundo nivel de Atención.....	22
4.3 Vigilancia y Seguimiento.....	22
4.4 Tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad cuando Proceda .....	23
Algoritmos .....	24
5 . Definiciones Operativas.....	28
6. Anexos .....	30
6.1 Protocolo de Búsqueda.....	30
6.2 Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la Recomendación.....	31
6.3 Clasificación o escalas de la Enfermedad .....	33
6.4 Medicamentos.....	34
7. Bibliografía .....	36
8. Agradecimientos.....	37
9. Comité académico.....	38

# 1. Clasificación

<b>PROFESIONALES DE LA SALUD</b>	Medico Familiar, Gineco-obstetra
<b>CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	N 760 (vaginitis aguda), B 373 (candidiasis de la vulva y vagina) y A 590 (tricomoniasis urogenital)
<b>CATEGORÍA DE GPC</b>	Primer nivel de atención Diagnóstico y Tratamiento
<b>USUARIOS POTENCIALES</b>	Médicos Generales y Familiares, Personal de salud en formación (internado y servicio social)y Médicos Gineco-Óbstras
<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., H G-O 3, La Raza D.F. Coordinación de Educación Médica. Jalisco
<b>POBLACIÓN BLANCO</b>	Mujeres con vida sexual
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social: División de Excelencia Clínica CUMAE, UMF 94 D.F., UMF 8 Aguascalientes, UMF 1 Orizaba Ver., H G-O 3, La Raza D.F. Coordinación de Educación Médica. Jalisco
<b>INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS</b>	Historia clínica dirigida y examen vaginal Evaluación de riesgo de enfermedad de transmisión sexual Criterios de Hay/Ison para el diagnóstico de vaginosis bacteriana Auxiliares de laboratorio Tratamiento farmacológico
<b>IMPACTO ESPERADO EN SALUD</b>	Reducción de incidencia y prevención de reinfecciones y complicaciones Diagnóstico, tratamiento y referencia oportunos Mejorar la calidad de vida de las pacientes
<b>METODOLOGÍA</b>	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 5 Guías seleccionadas: 4 del período 2006-2007 Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por pares Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones
<b>MÉTODO DE VALIDACIÓN</b>	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Revisión externa : Academia Mexicana de Ginecología y obstetricia
<b>CONFLICTO DE INTERES</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
<b>Registro</b>	<b>IMSS-081-08</b>
<b>Actualización</b>	Fecha de publicación: 24/11/2009. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

**Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta Guía, puede dirigir su correspondencia a la División de Excelencia Clínica, con domicilio en Durango No. 289 Piso 2ª, Col. Roma, México, D.F., C.P. 06700, teléfono 52 86 29 95.**

## 2. Preguntas a responder por esta Guía

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. ¿Cuáles son los criterios clínicos para referir a la paciente con vaginitis infecciosa al segundo nivel de atención?

## 3. Aspectos Generales

### 3.1 Justificación

La adaptación y actualización de la GPC de vaginitis se justifica porque:

- a) Representan un problema de salud frecuente en el primer nivel de atención (En el IMSS en 2007, se otorgaron 153,642 consultas en el primer nivel de atención, con diagnóstico de vulvovaginitis).
- b) Las molestias de las vaginitis infecciosas -en las pacientes portadoras- disminuyen su calidad de vida.
- c) La evidencia científica recopilada en los últimos años ha modificado algunos de los criterios de diagnóstico y tratamiento de este padecimiento.

### 3.2 Objetivo de esta Guía

La Guía de Práctica Clínica “**Diagnóstico y Tratamiento de Vaginitis Infecciosa en Mujeres en Edad Reproductiva en un Primer Nivel de Atención**”, forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

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 sobre el tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial de aborto recurrente. Los objetivos de la presente guía son:

1. Orientar el abordaje de las mujeres con vaginitis infecciosas en el primer nivel de atención.
2. 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.
3. 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.
4. Establecer los criterios de referencia al segundo nivel de atención en las pacientes con vaginitis infecciosa.

Lo que 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, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.3 Definición

En las mujeres en edad reproductiva, la secreción vaginal normal se caracteriza por ser inodora, clara y viscosa; con un pH ácido (< 4.5) y ausencia de neutrófilos. En esta etapa la flora vaginal está constituida en su mayor parte por *Lactobacillus sp*; sin embargo, es común encontrar *Gardnerella vaginalis* y *Estreptococo* del grupo B, así como *Candida albicans*.

Se ha definido a la vaginitis infecciosa como un síndrome caracterizado por uno ó 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.

La evaluación de las mujeres con vaginitis infecciosa debe incluir una historia clínica enfocada a un espectro completo de los síntomas vaginales: cambio en la cantidad de la secreción, mal olor vaginal, prurito, irritación, ardor, dispareunia, disuria; localización de los mismos (vulva, vagina, ano); su duración, su relación con el ciclo menstrual así como la historia sexual para clasificar a las mujeres con riesgo alto de ser portadoras de una enfermedad de transmisión sexual (ETS) (Ver algoritmo 1).

El examen físico, debe incluir una evaluación de la vulva y revisión con espejo vaginal, en donde se pueden obtener muestras para la medición del pH, la prueba de las aminas y frotis para examen directo al microscopio.

Los cultivos vaginales se reservan para casos especiales de sospecha de *Trichomona vaginalis* ó en los siguientes casos: la paciente solicita un diagnóstico preciso, existe un riesgo alto para presencia de enfermedad de transmisión sexual, hay síntomas de infección de tracto reproductivo alto, no hubo respuesta a un tratamiento previo y si los síntomas se presentan en las 3 primeras semanas posterior a la inserción de DIU (FFPRHC and BASHH 2006)

Se puede dar tratamiento empírico con base en síntomas y características de la secreción vaginal, en mujeres con bajo riesgo de ETS, que no presenten síntomas de infección de tracto reproductivo alto (C) (anexo 6.3, tabla 1). En estos casos se debe realizar el siguiente examen físico: palpación abdominal (descartar dolor), inspección de vulva (buscar signos de vulvitis), examen con espejo (inspección de paredes de la vagina y cervix; cantidad, consistencia y color de la secreción) y examen pélvico bimanual (descartar datos de afectación de tracto reproductivo alto: dolor a la movilización del cervix, masas en anexos, abombamiento de fondo de saco) (FFPRHC and BASHH 2006). Las características clínicas de las vaginitis infecciosas se describen en el anexo 6.3, tabla 1.

## 4. Evidencias y Recomendaciones

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. 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	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de éstos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	la [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía



**Evidencia**



**Recomendación**



**Buena Práctica**

## 4.1 Prevención Secundaria

### 4.1.1 Detección

#### 4.1.1.1 Pruebas de detección específica o factores de Riesgo

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
<b>En vaginitis recurrente por <i>Candida sp</i>:</b>		
	Se consideran como factores de riesgo para el desarrollo de vaginitis por <i>Candida sp</i> (VC), el uso de ropa sintética y ajustada así como de irritantes locales	IV BASH and VIH 2007
	Evitar el uso de ropa sintética y ajustada así como de irritantes locales (lociones, sustancias y jabones perfumados).	C BASH and VIH 2007
	Los factores de riesgo inherentes al huésped, son diabetes mellitus no controlada, inmunodeficiencia e hiperestrogenismo que incluye tratamiento hormonal sustitutivo ó anticonceptivo, alteración de la flora normal vaginal secundario al uso de antibióticos de amplio espectro.	IV FFPRHC and BASHH 2006

R	En VC recurrente, investigar la presencia de los factores de riesgo inherentes al huésped	C FFPRHC and BASHH 2006
E	Dentro de los factores del huésped que influyen en la presencia de vaginitis recurrente por <i>Candida</i> , se encuentra la diabetes mellitus (dm) no controlada.	IV BASH and VIH 2007
R	Optimizar el control metabólico en pacientes portadoras de dm.	C BASH and VIH 2007
R	En pacientes con vaginitis severa o recurrente sin diagnóstico de dm, realizar la detección específica de dm.	C BASH and VIH 2007
<b>En vaginitis por <i>Tricomona v.</i>:</b>		
E	Se considera a una mujer con alto riesgo para ser portadora de una enfermedad de transmisión sexual, si presenta las siguientes características: edad ≤ de 25 años con cambio de pareja ó con más de una pareja sexual en el último año	IV FFPRHC and BASHH 2006
R	En toda mujer que acude a consulta con datos de vaginitis infecciosa, investigar antecedentes sexuales, para identificar factores de riesgo para enfermedad de transmisión sexual	C FFPRHC and BASHH 2006
E	La vaginitis por <i>Tricomona v.</i> es una enfermedad de transmisión sexual.	I b BASH and VIH 2007
R	Se deben evitar las relaciones sexuales incluyendo sexo oral hasta que ella y su(s) pareja(s) hayan completado el tratamiento y seguimiento.	A BASH and VIH 2007

<b>R</b>	Practicar sexo protegido (uso de condón).	A BASH and VIH 2007
<b>R</b>	Se debe realizar la detección de otras enfermedades de transmisión sexual, tanto en hombres como en mujeres, en el caso de presentar factores de riesgo para otras enfermedades de transmisión sexual.	C BASH and VIH 2007
<b>R</b>	Informar a la mujer que la infección (VT), es de transmisión sexual y tratar a su(s) pareja(s) de los últimos 6 meses.	A BASH and VIH 2007

#### 4.1.2 Diagnóstico

##### 4.1.2.1 Diagnóstico Clínico (Ver anexo 6.3, tabla 1)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<b>E</b>	En un porcentaje importante (>50%) de mujeres asintomáticas se puede aislar <i>Gardnerella v.</i> , como parte de la flora vaginal normal.	III BASH and HIV (2006)
<b>R</b>	No se realiza diagnóstico de VB ante la presencia de <i>Gardnerella v.</i> en mujeres asintomáticas.	C BASH and HIV (2006)

##### 4.1.2.2 Pruebas Diagnósticas

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<b>Vaginosis Bacteriana (VB)</b>		
<b>E</b>	Una concentración alta de <i>Gardnerella v.</i> , se ha asociado con la presencia de VB	III BASH and HIV (2006)

<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<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 :  <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</p>	<p style="text-align: center;">C BASH and VIH 2007</p>
<p><b>Vaginitis por <i>Candida sp</i></b></p>		
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>El estudio microscópico de rutina y el cultivo son las pruebas estándar para el diagnóstico de VC</p>	<p style="text-align: center;">III BASH and VIH 2007</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Debe realizarse el estudio microscópico de rutina y el cultivo ante la sospecha de VC complicada</p>	<p style="text-align: center;">C BASH and VIH 2007</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>Para el diagnóstico de VC recurrente se debe realizar examen microscópico del frotis y cultivo (documentar diagnóstico)</p>	<p style="text-align: center;">IV BASH and VIH 2007</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Ante la sospecha de VC recurrente, solicitar frotis y cultivo</p>	<p style="text-align: center;">C BASH and VIH 2007</p>
<p><b>Vaginitis por de <i>Trichomona v</i></b></p>		
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>La observación directa de <i>Trichomona v</i> en el frotis en fresco, tiene una sensibilidad aproximada de 70% en mujeres y de 30% en hombres.</p>	<p style="text-align: center;">III BASH and VIH 2007</p>

R	La lectura del frotis para búsqueda de <i>Trichomona v</i> debe realizarse lo más pronto posible, después de que se toma la muestra, ya que la movilidad del parásito disminuye conforme pasa el tiempo.	C BASH and VIH 2007
R	Se debe dar tratamiento a la(s) parejas(s) sexual(es) (varón) en casos de VT sin solicitar estudios aún si se encuentra(n) asintomático(s).	C BASH and VIH 2007
E	El cultivo en medio Diamond's es el estándar de oro para el diagnóstico de VT	III BASH and VIH 2007
R	En casos en donde se requiera un diagnóstico preciso de VT se debe realizar el cultivo de secreción vaginal.	C BASH and VIH 2007
E	El reporte de tricomonas en la citología cervical (DOC) solo tiene 58% de sensibilidad y 8% de falsos positivos.	III BASH and VIH 2007
R	Si se reporta <i>Trichomona v.</i> en el resultado de citología vaginal, confirmar diagnóstico a través de cultivo de secreción vaginal. Si no se dispone del cultivo, dar tratamiento indicado.	C BASH and VIH 2007

#### 4.1.3 Tratamiento

##### 4.1.3.1 Tratamiento Farmacológico de vaginosis bacteriana (VB) (Ver algoritmo 2)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La prevalencia de VB es mayor en mujeres con enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).	IIa BASH and HIV (2006)

<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Dar tratamiento a mujeres sintomáticas con VB.</p>	<p style="text-align: center;">B BASH and HIV (2006)</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>La VB se ha asociado con la presencia de endometritis posterior a cesáreas u otros procedimientos gineco-obstetricos</p>	<p style="text-align: center;">Ib BASH and HIV (2006)</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Dar tratamiento a mujeres asintomáticas con VB que se van a someter a algún procedimiento gineco-obstetrico (inserción de DIU, biopsia endometrial, cesárea electiva, legrados).</p>	<p style="text-align: center;">A BASH and HIV (2006)</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>El tratamiento de VB con metronidazol oral es costo efectivo</p>	<p style="text-align: center;">Ia BASH and HIV (2006)</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>El tratamiento de elección para VB es:  1) Metronidazol* 500 mg, vía oral dos veces al día por 7 días;  ó  2) Metronidazol* 2g vía oral en un sola dosis  * Debe evitarse la ingesta de bebidas alcohólicas (efecto antabuse)</p>	<p style="text-align: center;">A BASH and HIV (2006)</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>La clindamicina y el tinidazol (2 gr en dosis única) han demostrado ser efectivos para tratar la VB.</p>	<p style="text-align: center;">Ia BASH and HIV (2006)</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Como tratamiento alternativo (en caso de alergia o intolerancia al metronidazol) se puede usar:  1) Clindamicina crema vaginal al 2%, una vez al día por 7 días;  ó  2) Clindamicina 300 mg, oral dos veces al día por 7 días</p>	<p style="text-align: center;">A BASH and HIV (2006)</p>

<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>La VB se ha asociado con abortos, parto pretérmino y ruptura prematura de membranas.</p>	<p style="text-align: center;">Ib BASH and HIV (2006)</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>No hay evidencia de efectos teratogénicos con el uso de metronidazol oral en mujeres en el primer trimestre de embarazo.</p>	<p style="text-align: center;">Ia FFPRHC and BASHH 2006</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>En embarazadas sintomáticas con antecedente de parto pretérmino y/o ruptura prematura de membranas (RPM) está indicado el tratamiento con metronidazol oral.</p>	<p style="text-align: center;">A FFPRHC and BASHH 2006</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>Cuando se administra clindamicina oral a mujeres que amamantan, aparecen pequeñas cantidades de clindamicina en la leche materna.</p>	<p style="text-align: center;">III BASH and HIV (2006)</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>No usar clindamicina oral durante la lactancia.</p>	<p style="text-align: center;">C BASH and HIV (2006)</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>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.</p>	<p style="text-align: center;">III BASH and HIV 2006</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>No utilizar esquemas de tratamiento con dosis altas de metronidazol, en mujeres que estén amamantando.</p>	<p style="text-align: center;">C BASH and HIV (2006)</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>No se observa una disminución en la frecuencia de recaídas o re-infección de VB cuando se da tratamiento a la pareja masculina.</p>	<p style="text-align: center;">Ib BASH and HIV 2006</p>

<b>R</b>	No está indicada la detección ni el tratamiento en la(s) pareja(s) en el caso de VB	A BASH and HIV (2006)
----------	---	--------------------------

4.1.3.2 Tratamiento Farmacológico de vaginitis por *Candida sp* (VC) (Ver algoritmo 3)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<b>E</b>	El 90% de los episodios de vulvovaginitis por <i>Candida</i> , se deben a <i>Candida albicans</i> , el 10% restante se debe a otras especies menos frecuentes como: <i>C glabrata</i> , <i>C tropicalis</i> y <i>C Krusei</i>	III Botero K, 2006
<b>E</b>	<i>C glabrata</i> , <i>C tropicalis</i> y <i>C Krusei</i> , se asocian a candidiasis vaginal complicada (4 ó 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	III ACOG PRACTICE BULLETIN, 2006
<b>✓/R</b>	Enviar a segundo nivel de atención, los casos de candidiasis vaginal complicada, para su manejo de acuerdo a cultivos y sensibilidad a tratamientos.	✓ Consenso del grupo que elaboró la presente guía
<b>E</b>	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.	Ib BASH and HIV 2007
<b>R</b>	La elección de azoles (itraconazol, ketoconazol, fluconazol) * para tratamiento de la candidiasis vulvovaginal no complicada, dependerá de su disponibilidad y costo <u>Tratamiento tópico</u> 1) Miconazol** crema 2%, una	A BASH and HIV (2006)

	<p>aplicación (5 gramos) en vulva y vagina al día, durante 7 días  ó  2) Nistatina óvulos o tabletas vaginales de 100 000 U, una aplicación vaginal al día, durante 14 días  <u>Tratamiento oral</u>  Fluconazol capsulas 250 mg en una dosis única  ó  Itraconazol capsulas 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>	
<b>E</b>	El tratamiento de la pareja masculina asintomática, de pacientes con VC, no disminuye la frecuencia de recurrencia de la VC.	Ia BASH and HIV 2007
<b>R</b>	No dar tratamiento a la(s) pareja(s) masculina(s), si ésta(s) se encuentra(n) asintomática(s).	A BASH and HIV (2006)
<b>E</b>	La colonización de vagina con especies de <i>Candida</i> no se asocia con parto prematuro, ni con recién nacidos con bajo peso al nacimiento.	Iia BASH and HIV 2007
<b>R</b>	Las mujeres embarazadas asintomáticas con VC no requieren tratamiento.	B BASH and HIV (2006)

	<p>Los azoles (itraconazol, ketoconazol, fluconazol) vía oral durante el embarazo, pueden tener efectos teratogénicos.</p>	<p>Ib BASH and HIV 2007</p>
	<p>Use sólo tratamientos locales por 14 días en caso de VC sintomática durante el embarazo.</p>	<p>A BASH and HIV (2006)</p>
<p><b>Tratamiento de VC recurrente:</b></p>		
	<p>El tratamiento de inducción seguido del de mantenimiento en la VC recurrente, tiene una efectividad de 90% por un período de 6 meses y de 40% por un año.</p>	<p>Ib BASH and VIH 2007</p>
	<p>Tratamiento de elección para VC recurrente:  <u>Inducción:</u> Itraconazol oral 200mg cada 12 horas por un día (dosis única)  ó  Miconazol crema 2%, 1 aplicación intravaginal diaria por 14 días  <u>Mantenimiento:</u> Ketoconazol* tabletas de 200mg, media tableta al día por 6 meses  ó  Itraconazol* oral 50 a 100 mg diario por 6 meses  ó  Fluconazol* capsulas de 100 mg, una vez a la semana por 6 meses  *No se use en embarazo o lactancia</p>	<p>A BASH and HIV (2006)</p>

4.1.3.3 Tratamiento Farmacológico de vaginitis por *Trichomona v* (VT) (**Ver algoritmo 4**)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>En 90% de los casos de VT hay infección por <i>Trichomona v.</i> de la uretra y glándulas para-uretrales en la mujer.</p> <p>Ib BASH and VIH 2007</p>

<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>El tratamiento de la VT debe ser sistémico (oral) para obtener la curación.</p>	<p style="text-align: center;">A BASH and HIV (2006)</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></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 style="text-align: center;">Ib BASH and VIH 2007</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p><u>El tratamiento de elección de las VT es:</u>  1) Metronidazol oral 500 mg, dos veces al día por 7 días  ó  2) Metronidazol oral 2 gr, en dosis única  <u>El tratamiento alternativo de las VT es:</u>  Tinidazole 2 gr en una dosis única</p>	<p style="text-align: center;">A BASH and HIV (2006)</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Cuando haya falla al tratamiento valorar:  -Cumplimiento del tratamiento y excluir vomito del metronidazol  -Posibilidad de reinfección  -Que la pareja haya recibido tratamiento</p>	<p style="text-align: center;">Anécdota BASH and VIH 2007</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>No hay evidencia de efectos teratogénicos con el uso de metronidazol en el primer trimestre de embarazo.</p>	<p style="text-align: center;">Ia BASH and VIH 2007</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>En las embarazadas con diagnóstico de VT sintomática se debe dar tratamiento (metronidazol oral a mismas dosis que en las no embarazadas).</p>	<p style="text-align: center;">A BASH and HIV (2006)</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>La detección y tratamiento de VT durante el embarazo no se asocia con parto pretérmino ni con bajo peso del recién nacido.</p>	<p style="text-align: center;">Ib y IIa BASH and VIH 2007</p>

<b>R</b>	No se recomienda el tamizaje de rutina para búsqueda de <i>Trichomona v.</i> durante el embarazo, pero está indicado el tratamiento en caso de diagnóstico de VT.	A y B BASH and VIH 2007
<b>E</b>	La transmisión de <i>Trichomona v.</i> en adultos es casi exclusivamente por vía sexual, la infección sólo se da por inoculación intravaginal o intrauretral del parásito.	Ib BASH and VIH 2007
<b>R</b>	En el caso de VT se debe dar tratamiento simultáneo a la(s) pareja(s).	A BASH and VIH 2007

## 4.2 Criterios de referencia y Contrarreferencia

### 4.2.1 Criterios técnico médicos de Referencia

#### 4.2.1.1 Referencia al segundo nivel de Atención

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div style="text-align: center;"><b>✓/R</b></div> <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>	<p>✓</p> <p>Consenso del grupo que elaboró la presente guía</p>

## 4.3 Vigilancia y Seguimiento

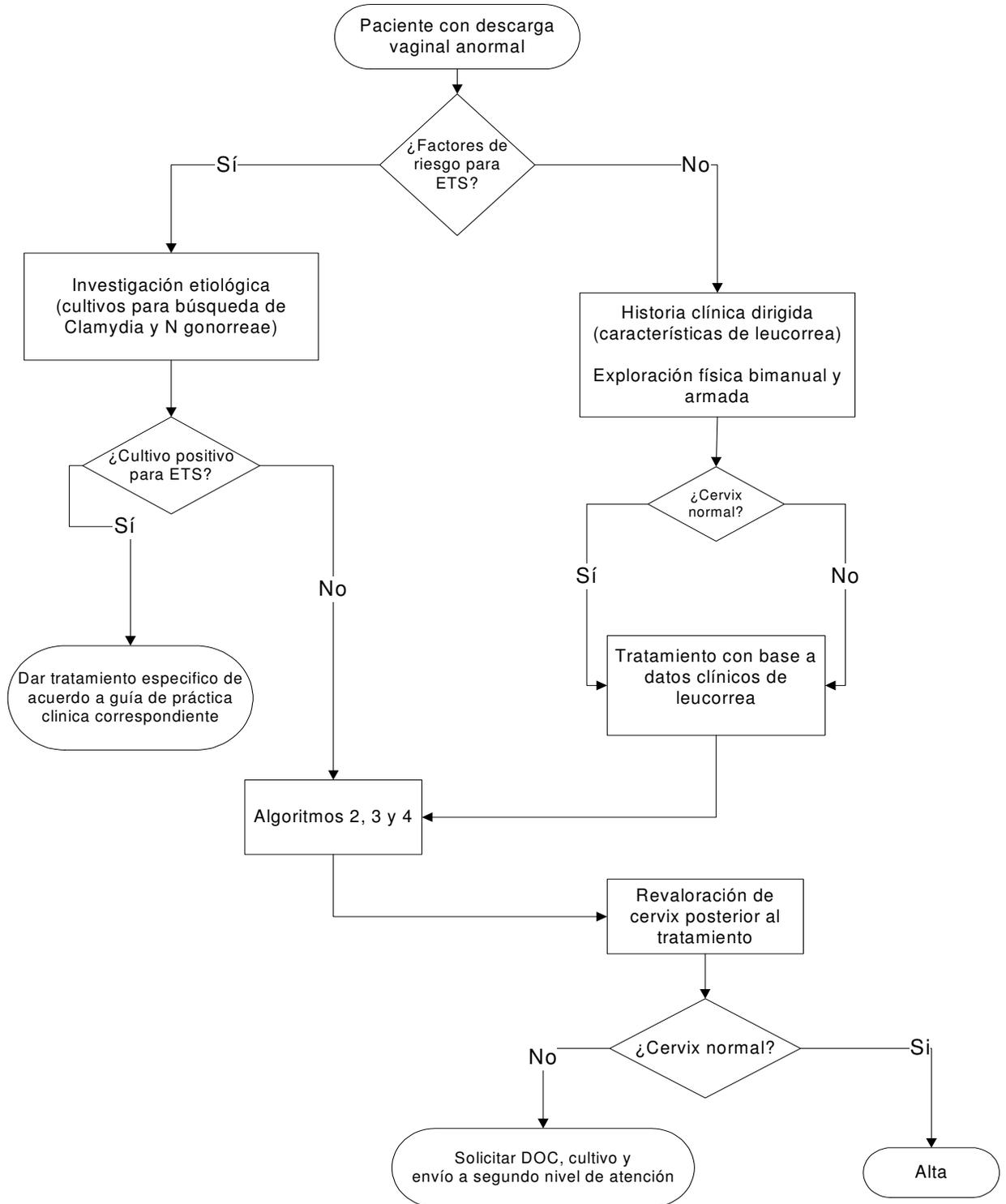
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<b>E</b>	En caso de vaginitis infecciosa los tratamientos tienen una efectividad alta, si los síntomas remiten y no hay factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual, no se requiere de una nueva consulta	IV BASH and HIV (2006),
<b>R</b>	Orientar al paciente para que acuda a consulta en caso de persistencia o recurrencia de síntomas	C BASH and HIV (2006),

#### 4.4 Tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad cuando Proceda

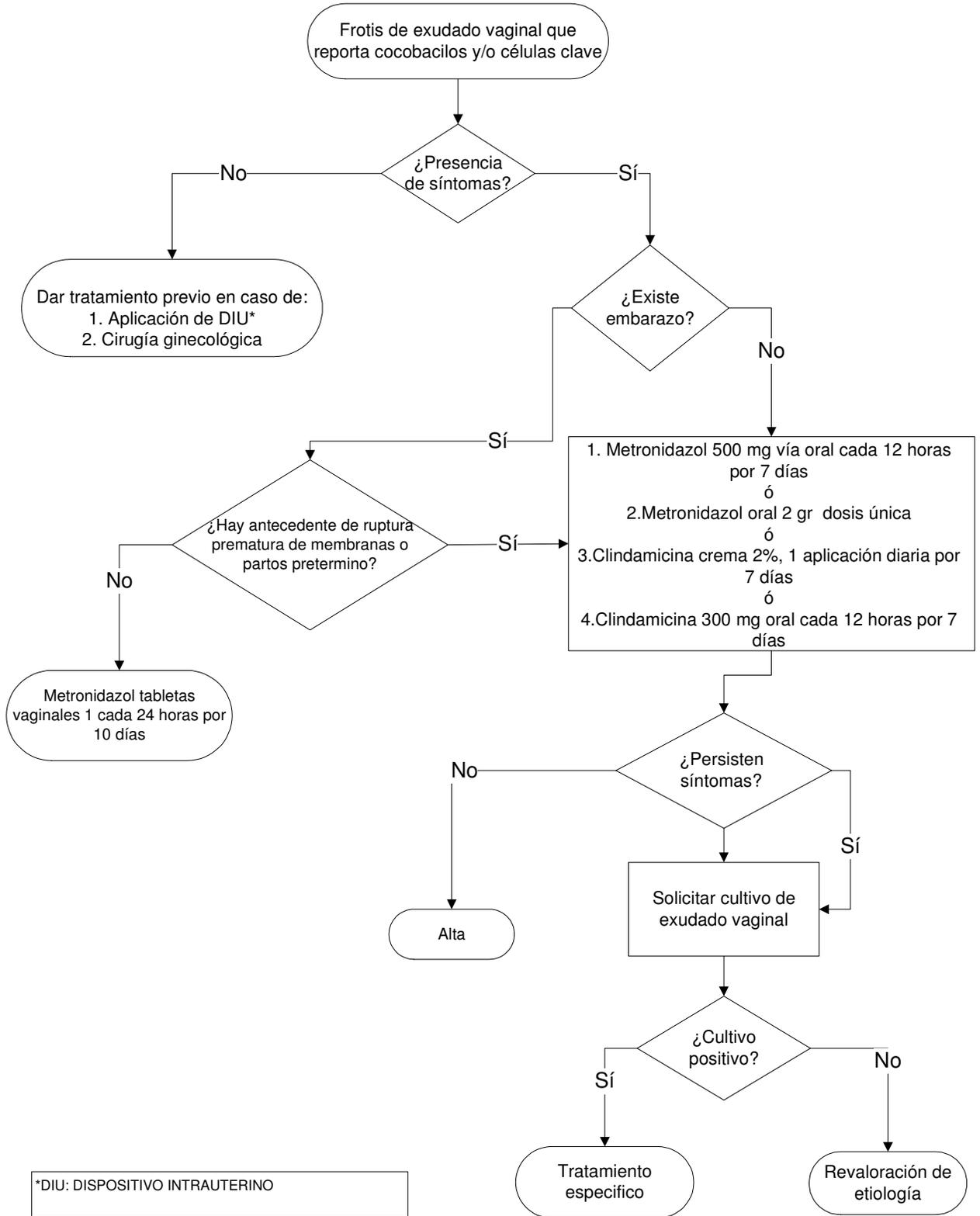
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>La vulvovaginitis por <i>Candida spp</i> severa puede se incapacitante para las actividades de la vida diaria y laboral</p>	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Consenso del grupo que elaboró la presente guía</p>
 <p>Expedir certificado de incapacidad temporal para el trabajo de 1 a 3 días en caso necesario</p>	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Consenso del grupo que elaboró la presente guía</p>

# Algoritmos

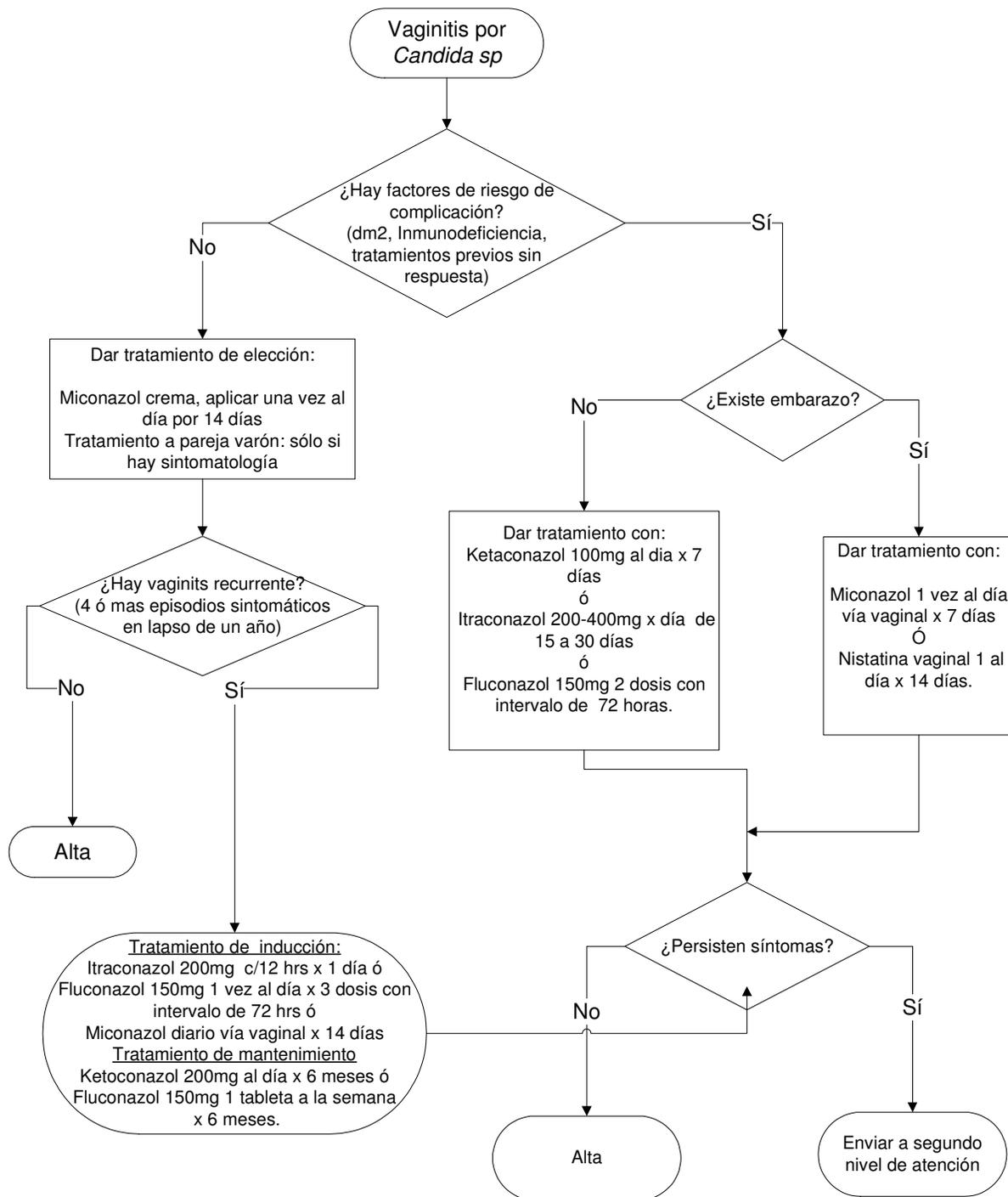
Algoritmo 1  
Abordaje de la paciente con descarga vaginal anormal



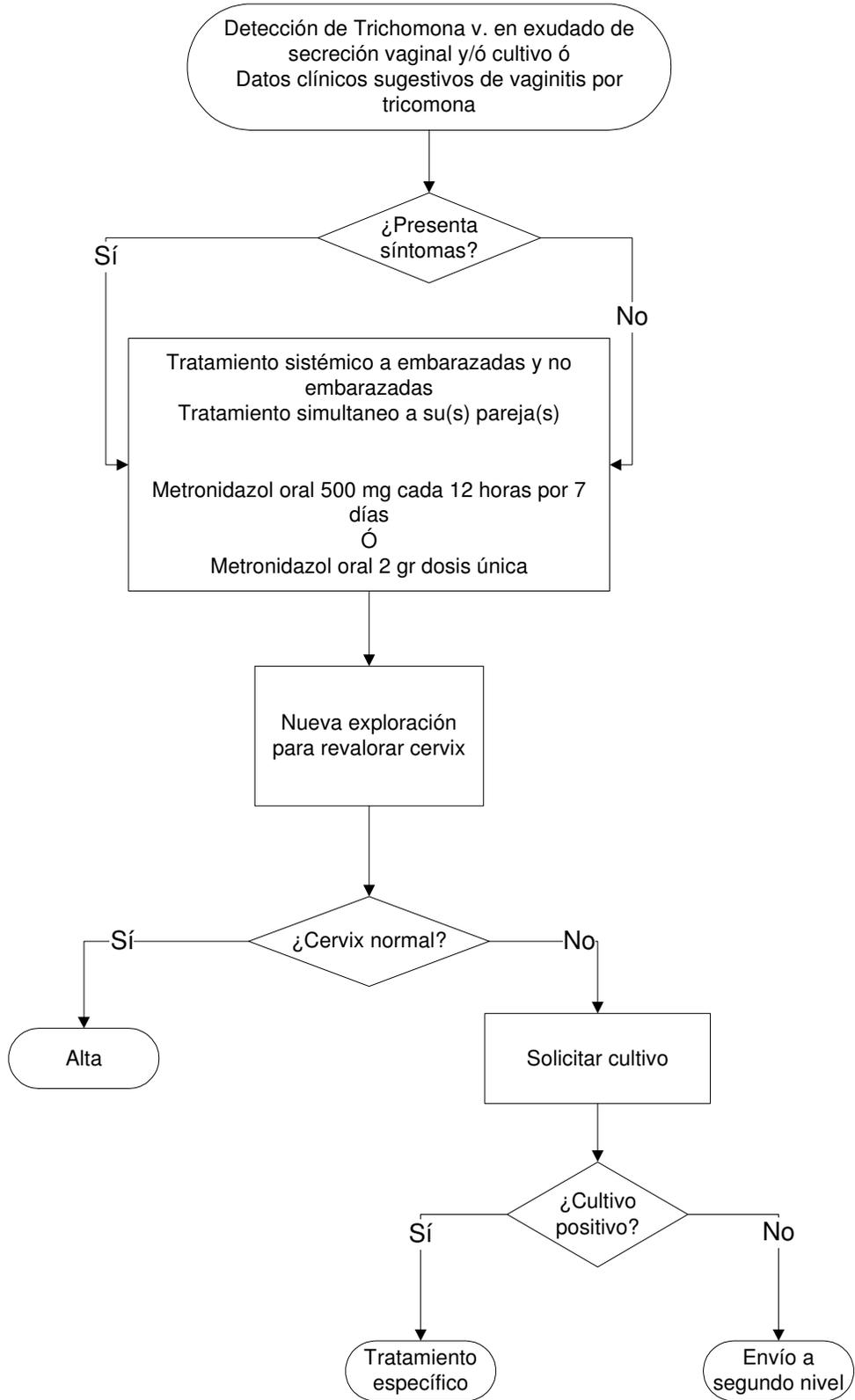
Algoritmo 2  
Tratamiento de vaginosis bacteriana (VB)



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



Algoritmo 4  
Tratamiento de vaginitis por *Trichomona v.*



## 5 . Definiciones Operativas

**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.

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

**Vaginitis infecciosa:** síndrome que se caracteriza por uno ó 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.

**Vaginosis 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 vaginosis 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 *Tricomona vaginalis* (VT):** síndrome que tiene como agente causal a *Tricomona 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.

## 6. Anexos

### 6.1 Protocolo de Búsqueda

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en las siguientes bases de datos: Fisterra, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

- Idioma inglés y español
- Metodología de medicina basada en la evidencia
- Consistencia y claridad en las recomendaciones
- Publicación reciente
- Libre acceso

Se encontraron 11 guías de las cuales 3 correspondían a “flujo vaginal” y 9 a “vaginitis”, de las que se seleccionaron las siguientes:

1. United Kingdom National Guideline on the Management of Trichomonas vaginalis (2007).
2. United Kingdom National Guideline on the Management of Vulvovaginal Candidiasis (2007).
3. National Guideline for the Management of Bacterial Vaginosis. British Association for Sexual Health and HIV. (2006)
4. 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).

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: vaginitis, vaginosis, vaginal discharge y sexually transmitted diseases.

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

Sin embargo, ninguna información de las referencias más actualizadas fue necesario incluir para cambiar algunas de las recomendaciones de las versiones actuales de las guías.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo ✓ y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

## **6.2 Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la Recomendación**

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

Se utilizó la misma clasificación en todas las guías de referencia

<b>Nivel</b>	<b>Tipo de Evidencia</b>
Ia	Evidencia obtenida de metaanálisis o ensayos clínicos controlados
Ib	Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico controlado
IIa	Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico no aleatorizado, bien diseñado
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio cuasi experimental, bien diseñado
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos, tales como estudios comparativos, estudios de correlación y de casos controles; bien diseñados
IV	Evidencia obtenida de reportes de comités de expertos u opiniones y/o experiencia clínica de autoridades respetadas

<b>Recomendación</b>	<b>Evidencia</b>
A	Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib
B	Estudios con un nivel de evidencia IIa, IIb y III
C	Estudios con un nivel de evidencia IV

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

### 6.3 Clasificación o escalas de la Enfermedad

Tabla 1: Características clínicas y de laboratorio de las vaginitis infecciosas

	<b>Vaginosis Bacteriana</b>	<b>Candidiasis</b>	<b>Tricomoniasis</b>
<b>Transmisión Sexual</b>	No	No	Sí
<b>Factores Predisponentes</b>	Frecuentemente ausentes  Más común si hay actividad sexual  Nueva pareja sexual  Uso de DIU	Frecuentemente ausentes  Mas común si hay actividad sexual  Uso reciente de antibióticos o corticoides  Embarazo Diabetes mal controlada Huésped con inmunocompromiso	Múltiples parejas
<b>Síntomas</b>	Presencia de flujo Olor a pescado 50% asintomático	Presencia de flujo Prurito Disuria externa Dispareunia superficial >20% asintomática	Presencia de flujo Prurito Disuria 10-50% asintomática (III)
<b>Signos</b>	Flujo blanco o gris, filante, abundante	Flujo blanco, grumoso Eritema y edema de vulva y vagina	Flujo blanco o amarillo, espumoso Eritema de vulva y cervix -aspecto de fresa-
<b>pH vaginal</b>	>4.5	<4.5	>4.5
<b>Frotis fresco</b>	Polimorfo nucleares Células clave*	Levaduras Pseudo hifas	Protozooario flagelado móvil (sensibilidad de 38 a 82 %)

\*Son células del epitelio vaginal cubiertas con numerosos cocobacilos

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

## 6.4 Medicamentos

**Cuadro 1 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 ó Metronidazol oral 2g	Caja 30 tabletas de 500MG	7 Días  Dosis única
	VB. + embarazo: Metronidazol tabletas vaginales 1 cada 24 horas	Caja con 10 óvulos o tabletas vaginales 500mg c/u	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 capsulas 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	Tubo crema 20gr 2%	7 días
	<b>VC Recurrente:</b> Miconazol crema 2% 1 aplicación intravaginal diaria		14 días
<b>Itraconzol</b>	<b>VC Recurrente:</b> <u>Inducción:</u> Itraconazol 200mg cada 12 horas, vía oral dosis única <u>Mantenimiento:</u>	Caja con 15 Capsulas 100mg	Dosis única

	Itraconazol 50 a 100 mg Diarios		6 meses
<b>Ketoconazol</b>	<b>VC Recurrente:</b>  Ketoconazol* tabletas de 100mg (media tableta) al dia 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  <u>Mantenimiento:</u> Fluconazol 150mg	Caja con 10 capsulas ó tabletas de 100mg	1 vez al día x 3 dosis con intervalo de 72hrs  1 a la semana x 6 meses

## 7. Bibliografía

1. ACOG PRACTICE BULLETIN. CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS. Number 72, May 2006;107(5): 1195-1206
2. BoteroK, Gutiérrez I, Gutiérrez JI, Lorenzo S. Boletín de uso racional del medicamento. VULVOVAGINITIS. Servicios de Farmacia de Atención Primaria. Cantabria 2006; No 4. Disponible en <http://www.scsalud/publicaciones/descargar.php?Id=4&jd2=13>
3. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425.
4. 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).
5. González Pedraza Avilés A, Ortiz Zaragoza C, Mendoza Dávila R, Valencia Gómez MC. Infecciones cervicovaginales más frecuentes; prevalencia y factores de riesgo. Rev Cubana Obstet Ginecol 2007; 33(2).
6. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107:377-382.
7. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. JAMA 1993: 270 (17); 2096-2097.
8. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006]  
Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
9. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743.
10. National Guideline for the Management of Bacterial Vaginosis (2006). Clinical Effectiveness Group. British Association for Sexual Health and HIV.
11. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72.
12. United Kingdom National Guideline on the Management of Trichomonas vaginalis (2007). Clinical Effectiveness Group. British Association for Sexual Health and HIV.
13. United Kingdom National Guideline on the Management of Vulvovaginal Candidiasis (2007). Clinical Effectiveness Group. British Association for Sexual Health and HIV.

## 8. Agradecimientos

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

<b>Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS</b>	
<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO/ADSCRIPCIÓN</b>
Dr. Santiago Rico Aguilar	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Campeche, Campeche
Dr. Francisco Rodríguez Ruiz	Director HGZ/MF No. 1 Campeche, Campeche
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionada UMAE HE CMN La Raza)
Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HO CMN Siglo XXI)

## 9. Comité académico

**Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE**  
**División de Excelencia Clínica**  
**Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS**

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Encargado del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador Analista