



**Diagnóstico Y Tratamiento De  
CANDIDOSIS VULVOVAGINAL  
En Mujeres Mayores A 12 Años De Edad**

**Evidencias y Recomendaciones**

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-609-13



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

DIRECTOR GENERAL

**DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA**

DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS

**DR. JAVIER DÁVILA TORRES**

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

COORDINADOR DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

**DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO**

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. GERMÁN ENRIQUE FAJARDO DOLCI**

COORDINADOR DE POLÍTICAS DE SALUD

**DR. CARLOS TENA TAMAYO**

COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN SALUD

**DR. SALVADOR CASARES QUERALT**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ**

COORDINADOR DE PLANEACIÓN EN SALUD

**LIC. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ DÍAZ PONCE**

TITULAR DE LA UNIDAD DE SALUD PÚBLICA

**DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO**

COORDINADORA DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

**DRA. IRMA HORTENSIA FERNÁNDEZ GÁRATE**

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYO EN CONTINGENCIAS

**DRA. CONCEPCION GRAJALES MUÑIZ (ENCARGADA)**

COORDINADOR DE SALUD EN EL TRABAJO

**DR. RAFAEL RODRIGUEZ CABRERA**

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: **Diagnóstico y tratamiento de candidosis vulvovaginal en mujeres mayores a 12 años de edad**. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013

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

**CIE-10: B37.3 Candidiasis de la vulva y de la vagina  
B37.4 Candidiasis de otras localizaciones urogenitales.**  
**GPC: Diagnóstico y tratamiento de candidosis vulvovaginal en mujeres mayores a 12 años de edad**

**AUTORES Y COLABORADORES**

**Coordinadores:**

Dr. Humberto Díaz Ponce	Infectología Pediátrica	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrito al servicio de Pediatría de la UMAE Centro Médico Nacional, Siglo XXI. Hospital de Pediatría. México, D.F.
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Pediatría	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinador de programas Médicos, División de Excelencia clínica. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. Unidad de Atención Médica.

**Autores :**

Dr. Humberto Díaz Ponce	Infectología Pediátrica	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrito al servicio de Pediatría de la UMAE Centro Médico Nacional, Siglo XXI. Hospital de Pediatría. México, D.F.
Dra. Verónica Gaona Flores	Infectología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrito al CCEIS de la UMAE Centro Médico Nacional, La Raza. Hospital de Infectología. México, D.F.
Dr. José Hernández Gutiérrez	Medicina Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrito al HGZ-UMF 21. León, Guanajuato.
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Pediatría	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinador de programas Médicos, División de Excelencia clínica. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. Unidad de Atención Médica.

**Validación interna:**

Dr. Oscar Moreno Álvarez	Ginecología y Obstetricia Medicina Materno-Fetal	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinador de programas Médicos, División de Apoyo a la Gestión. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. Unidad de Atención Médica.
--------------------------	---	--------------------------------------	---

## ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES .....	4
1. CLASIFICACIÓN. ....	6
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA.....	7
3. ASPECTOS GENERALES.....	8
3.1 ANTECEDENTES .....	8
3.2 JUSTIFICACIÓN .....	8
3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA .....	8
3.4 DEFINICIÓN.....	9
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	10
4.1 EPIDEMIOLOGIA Y CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD.....	11
4.2 CUADRO CLÍNICO, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	14
4.3 TRATAMIENTO .....	17
4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA .....	21
5. ANEXOS .....	22
5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	22
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN .....	23
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD.....	25
5.4 MEDICAMENTOS .....	26
5.5 ALGORITMO .....	27
7. BIBLIOGRAFÍA. ....	28
8. AGRADECIMIENTOS.....	30
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	31

## 1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo maestro: IMSS-609-13	
<b>Profesionales de la salud.</b>	Infectología Pediátrica, Pediatría, Medicina Familiar
<b>Clasificación de la enfermedad.</b>	CIE-10: B37.3 Candidiasis de la vulva y de la vagina B37.4 Candidiasis de otras localizaciones urogenitales
<b>Categoría de GPC.</b>	Primer y segundo Nivel de atención
<b>Usuarios potenciales.</b>	Infectología Pediátrica, Pediatría, Medicina Familiar, Infectología Adultos, Ginecología y Obstetricia
<b>Tipo de organización desarrolladora.</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>Población blanco.</b>	Mujeres mayores de 12 años,
<b>Fuente de financiamiento / patrocinador.</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>Intervenciones y actividades consideradas.</b>	Prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y pronóstico
<b>Impacto esperado en salud.</b>	Disminución en el número de consultas otorgadas, reducción de complicaciones asociadas, evitar resistencia antifúngica
<b>Metodología*.</b>	Adopción de guías de práctica clínica: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor
<b>Método de validación y adecuación.</b>	Enfoque de la GPC: responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda: Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o ó compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas Número de fuentes documentales revisadas: 25 Guías seleccionadas: 2 Revisión sistemáticas: 4 Ensayos controlados aleatorizados: 3 Otras fuentes seleccionadas:16
<b>Método de validación</b>	Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Mexicano del Seguro Social Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Revisión institucional: Validación externa: Verificación final:
<b>Conflicto de interés</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
<b>Registro y actualización</b>	Registro: IMSS-609-13 Fecha de Publicación: <b>21 de marzo 2013</b> 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 1<sup>a</sup>, COL. ROMA, MÉXICO, D.F., C.P. 06700, TELÉFONO 55533589.

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuál es la clasificación clínica de Candidosis vulvovaginal en mujeres mayores a 12 años de edad?
2. ¿Cuáles son los signos y síntomas clave asociados a Candidosis vulvovaginal en mujeres mayores a 12 años de edad?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo para Candidosis vulvovaginal en mujeres mayores a 12 años de edad?
4. ¿Cuáles son las entidades nosológicas infecciosas que se deben tomar en cuenta en el diagnóstico diferencial versus Candidosis vulvovaginal en mujeres mayores a 12 años de edad?
5. ¿Cuáles de las mujeres mayores a 12 años de edad con sospecha de Candidosis vulvovaginal requerirán de estudios paraclínicos?
6. ¿Cuáles son los criterios para el diagnóstico de certeza de Candidosis vulvovaginal en mujeres mayores a 12 años de edad?
7. ¿Quiénes de las mujeres mayores a 12 años de edad con sospecha de Candidosis vulvovaginal requieren de tratamiento empírico?
8. ¿Quiénes de las mujeres mayores a 12 años de edad, con sospecha de Candidosis vulvovaginal, recibirán tratamiento antimicótico orientado?
9. ¿Cuál es el tratamiento antimicótico de primera elección para Candidosis vulvovaginal en mujeres mayores a 12 años de edad?
10. ¿Cuál es el tratamiento antimicótico alternativo para Candidosis vulvovaginal en mujeres mayores a 12 años de edad?
11. ¿Cuáles son los criterios de referencia, para enviar a segundo nivel de atención a las mujeres mayores a 12 años de edad con Candidosis vulvovaginal?
12. ¿Cuáles son los criterios de referencia para enviar a tercer nivel de atención a las mujeres mayores a 12 años de edad con Candidosis vulvovaginal?
13. ¿Cuáles son las medidas preventivas para Candidosis Vulvovaginal en mujeres mayores a 12 años de edad?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 ANTECEDENTES

La candidosis vulvovaginal (CVV) es motivo frecuente de consulta médica. La CVV es una infección localizada ocasionada por levaduras oportunistas del género *Candida*, en su mayoría *Candida albicans*; sin embargo, otras especies como *Candida glabrata*, *C. krusei*, *C. guilliermondii*, *C. tropicalis*, y *C. parapsilosis* son causa de la enfermedad. Se estima que el 75 % de las mujeres tienen al menos un episodio de CVV durante su vida, y que el 10 % tendrá 4 episodios de CVV por año. Las variantes clínicas de la enfermedad incluyen CVV no complicada y CVV complicada. (Mendling W, 2012)

En México, esta enfermedad afecta a mujeres de diferentes grupos etarios; las tasas de incidencia registradas, por 100, 000 habitantes, son desde 9.31 hasta 545.20; la tasa más baja corresponde al grupo etario de preescolares y la tasa más alta al grupo etario de mujeres adultas jóvenes, el correspondiente a 20-24 años de edad. Con base en las tasas de incidencia es posible situar que el mayor problema incluye a mujeres en edad productiva y reproductiva mayores a 15 años de edad. Sin embargo, es en los grupos etarios de mujeres de 20 a 24, 25 a 44 y 45 a 49 años de edad, entre los cuales se registran tasas de incidencia de 545.20, 465.39 y 428.60, respectivamente. (SINAVE/DGE/Salud/sistema de notificación de casos nuevos/acceso al cierre del 2010)

#### 3.2 JUSTIFICACIÓN

Por las altas tasas de incidencia de la CVV se requiere garantizar la calidad en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Si bien existen diversas opciones terapéuticas contra CVV es necesario que las recomendaciones al respecto sean aquellas que tienen el sustento de la mejor evidencia; es por ello la necesidad de esta guía de práctica clínica. Por otra parte, en las mujeres que sufren de CVV complicada la enfermedad tiene repercusiones psicológicas y es causa de faltas a actividades laborales.

#### 3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de candidosis vulvovaginal en mujeres mayores a 12 años de edad, 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 Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional 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 y segundo niveles de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Definir los criterios de diagnóstico de CVV en mujeres mayores a 12 años de edad.
2. Seleccionar las opciones terapéuticas eficaces y seguras para CVV en mujeres mayores a 12 años de edad.
3. Establecer los criterios de referencia por niveles de atención médica, de las pacientes mujeres mayores a 12 años de edad con CVV.

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

### 3.4 DEFINICIÓN

La candidosis vulvovaginal es una infección del epitelio estrogenizado de la vagina y el vestíbulo, ocasionada por levaduras oportunistas del género *Candida*, la cual se puede extender hasta los labios menores y mayores, y región inguinal. (Mendling W, 2012)

## 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 o alfanumérica 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:

<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
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>Z++</b> (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 estos 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:

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

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

#### 4.1 EPIDEMIOLOGIA Y CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p><i>Candida sp.</i> forma parte de la biota normal de vulva y vagina, sin causar sintomatología.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Mendling W, 2012</i> <i>Sobel J, 2007</i></p>
 <p>Candidosis vulvovaginal (CVV) implica la inflamación de la vagina que frecuentemente involucra vulva, causada por la acción patógena de <i>Candida sp.</i> El diagnóstico se basa en la combinación de criterios clínicos y de laboratorio</p>	<p>Ia (E. Shekelle) <i>Spence D, 2010</i> <i>White DJ, 2006</i></p>
 <p>La presencia de <i>Candida sp.</i> en ausencia de síntomas no requiere de exámenes clínicos y para clínicos adicionales. Se reconoce que ante la presencia de manifestaciones clínicas localizada a vulva y vagina se debe considerar la posibilidad de CVV.</p>	<p>A, D (E. Shekelle) <i>Mendling W, 2012</i> <i>Sobel J, 2007</i> <i>Spence D, 2010</i> <i>White DJ, 2006</i></p>

E

Candidosis vulvovaginal se clasifica en No complicada y Complicada.

Candidosis vulvovaginal **no complicada** (episódica): se presenta en mujeres previamente sanas con sintomatología de leve a moderada y sin antecedentes de síntomas persistentes o recurrentes

III, IV  
(E. Shekelle)  
*White DJ, 2006*

E

La Candidosis vulvovaginal **complicada** se puede presentar como:

- CVV **severa**: cuando a la exploración se encuentran: eritema vulvar extenso, edema, escoriaciones y fisuras.
- CVV **recurrente**: cuando ha habido 4 o más episodios de candidosis vulvovaginal en un periodo de un año.

IV  
(E. Shekelle)  
*White DJ, 2006*

E

Candidosis vulvovaginal **complicada**:

- incluye a la episódica con sintomatología **severa** o la infección persistente por *Candida no albicans*
- a la recurrente
- aquellas que suceden en hospederos susceptibles con una condición subyacente (embarazo, diabetes mellitus, infección por VIH).

IV  
(E. Shekelle)  
*White DJ, 2006*

R

En toda paciente con CVV es importante hacer énfasis en la intensidad del cuadro clínico, duración y periodicidad de los mismos.

C, D  
(E. Shekelle)  
*White DJ, 2006*

R

En toda paciente con CVV recurrente se debe investigar, de manera dirigida:

- la presencia de enfermedad subyacente
- infección persistente por *Candida no albicans*

B, C  
(E. Shekelle)  
*White DJ, 2006*

✓/R

Es importante que el clínico diferencie entre CVV no complicada y complicada, con base en la variedad clínica de CVV para la toma de decisión de tratamiento y referencia a otros niveles de atención.

**Punto de Buena Práctica**



Los factores de riesgo para CVV, incluyen:

- embarazo
- diabetes mellitus
- antibióticos sistémicos
- dieta rica en azúcares refinados.

**I Ib, IV  
(E. Shekelle)**

*Spence D, 2010  
Hainer BL, 2011  
Sobel, 2007*



- Es contradictoria la evidencia en relación a los diferentes tipos de anticonceptivos como factor de riesgo.
- La incidencia de CVV incrementa con el inicio de la actividad sexual, pero no se ha encontrado evidencia directa de que la CVV es transmitida sexualmente.

**I Ib, IV  
(E. Shekelle)**

*Spence D, 2010  
Hainer BL, 2011  
Sobel, 2007*



Se han propuesto como factores predisponentes para CVV:

- uso de ropa ajustada y de materiales sintéticos; sin embargo no se han encontrado diferencias en la frecuencia de CVV entre poblaciones de mujeres que usan ropa interior de algodón y holgada versus las pacientes que usan ropa ajustada y de material sintético.

**I Ib, IV  
(E. Shekelle)**

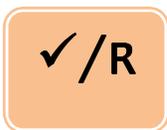
*Spence D, 2010  
Hainer BL, 2011  
Sobel, 2007*



Considerar las siguientes condiciones clínicas como el embarazo, diabetes mellitus, antibióticos sistémicos y dieta rica en azúcares refinados como factores relacionados para CVV.

**B, D  
(E. Shekelle)**

*Spence D, 2010  
Hainer BL, 2011  
Sobel, 2007*



Reconocer que no existe consenso en relación a la evidencia como factor de riesgo con:

- uso de los diferentes anticonceptivos
- inicio de la actividad sexual
- uso de ropa ajustada y de material sintético.

**Punto de Buena Práctica**

## 4.2 CUADRO CLÍNICO, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p><b>E</b></p>	<p>Los signos y síntomas en CVV son inespecíficos. Los <b>síntomas</b> usualmente observados en pacientes con CVV son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• escurrimiento vaginal</li> <li>• prurito vulvar</li> <li>• dolor vulvar</li> <li>• dispareunia</li> <li>• disuria</li> </ul>	<p><b>III</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>White DJ, 2006</i> <i>Sherrard J, 2011</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>Los <b>signos</b> usualmente observados en pacientes con CVV son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eritema vulvar</li> <li>• edema vulvar</li> <li>• fisuras vulvovaginales</li> <li>• escurrimiento vaginal blanco y grumoso</li> <li>• lesiones satélites (máculo-papulares) e ides.</li> </ul>	<p><b>III</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>White DJ, 2006</i> <i>Sherrard J, 2011</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>La sensibilidad y especificidad de los signos y síntomas sugestivos de CVV son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prurito, sensibilidad 27% y especificidad 92%</li> <li>• Eritema vulvar, sensibilidad 28% y especificidad 86%.</li> <li>• Disuria, sensibilidad 33% y especificidad 85%</li> <li>• Escurrimiento vaginal blanquecino grumoso, sensibilidad 16% y especificidad 97%</li> <li>• Inflamación de genitales externos, sensibilidad 46% y especificidad 78%.</li> </ul>	<p><b>IIb</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Anderson MR, 2004</i></p>
<p><b>R</b></p>	<p>El cuadro clínico de la CVV es inespecífico. Se reconoce que por si solo un signo o síntoma no es característico de la CVV, por lo que se deberá considerar el espectro del cuadro clínico</p>	<p><b>B</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>White DJ, 2006</i> <i>Sherrard J, 2011</i> <i>Anderson MR, 2004</i></p>

Los criterios para el **diagnóstico de probabilidad de CVV** son:



- Ecurrimiento vaginal sin olor desagradable.
- Observación de levaduras o pseudohifas en el exámen en fresco del exudado vaginal (40-60% de sensibilidad) u
- Observación de levaduras o pseudohifas en el frotis de exudado vaginal teñido con tinción de Gram (65% de sensibilidad)

**IV**  
**(E. Shekelle)**  
*Sherrard J, 2011*

Los criterios para el **diagnóstico de certeza de CVV** son:



- Ecurrimiento vaginal sin olor desagradable.
- Cultivo positivo a *Candida sp.* Se debe especificar si se trata de *C. albicans* o *Candida NO albicans*. Si el cultivo se realizó en placas de medio de Saboraoud, se debe reportar si el crecimiento de colonias fue escaso, medio o abundante.

**IV**  
**(E. Shekelle)**  
*Sherrard J, 2011*

El aislamiento repetido de la misma especie de *Candida NO albicans* puede indicar resistencia a antifúngicos.



Los criterios para el diagnóstico de probabilidad de CVV y los criterios para el diagnóstico de certeza de CVV son necesarios para la integración diagnóstica con una mayor certidumbre para la toma de decisiones terapéuticas.

**D**  
**(E. Shekelle)**  
*Sherrard J, 2011*

A las pacientes con sospecha de CVV no complicada se debe tomar:



- muestra del exudado vaginal (de las paredes vaginales)
- examen en fresco; preferentemente debiera también hacerse cultivo para determinar la especie de *Candida*.

**III**  
**(E. Shekelle)**  
*Hainer BI, 2011*  
*White DJ, 2006*

A las pacientes con criterios clínicos de CVV complicada se debe tomar muestra de exudado vaginal para examen en fresco y cultivo; ya que es esencial determinar la especie de *Candida*



**III**  
**(E. Shekelle)**  
*Hainer BI, 2011*  
*White DJ, 2006*



A todas las pacientes con cuadro clínico que sugiera CVV es necesario muestra de exudado vaginal para examen en fresco y ante la sospecha de complicación toma de cultivo.

**B**  
**(E. Shekelle)**  
*Hainer BI, 2011*  
*White DJ, 2006*



Si se cuenta con los recursos de personal, insumos y equipo para realizar el examen en fresco, éste siempre deberá solicitarse ante la sospecha de CVV. En caso de no contar con lo anterior, las pacientes que reúnan criterios clínicos de CVV no complicada, podrán ser tratadas empíricamente.

**Punto de Buena Práctica**



Cuando se trata de pacientes con CVV complicada y se carece de los recursos de personal, insumos y equipo para realizar el examen en fresco, la decisión es envío al siguiente nivel de atención.

**Punto de Buena Práctica**



Las entidades nosológicas infecciosas a tomar en cuenta en el diagnóstico diferencial de CVV son:

- Vaginosis bacteriana
- Trichomoniasis.

**IV**  
**(E. Shekelle)**  
*Spence D, 2010*  
*Hainer BL, 2011,*  
*Sobel, 2007*



Los elementos diferenciales de CVV son:

- características del escurrimiento vulvovaginal
- prurito
- escoriación vulvar
- lesiones satélites

(Ver anexo 1)

**IV**  
**(E. Shekelle)**  
*Spence, D 2010*  
*Hainer BL, 2011*  
*Sobel, 2007*



Es necesario que el médico de primer contacto realice diagnóstico diferencial basado en la descripción de los signos y síntomas.

(Ver anexo 1)

**D**  
**(E. Shekelle)**  
*Spence D, 2010*  
*Hainer BL, 2011*  
*Sobel, 2007*

### 4.3 TRATAMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p><b>E</b></p>	<p>En el tratamiento dirigido para pacientes con CVV incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CVV NO complicada: con base en signos y síntomas más resultados del exudado vaginal.</li> <li>• La pareja masculina no requiere tratamiento si está asintomática</li> </ul>	<p><b>IV</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Sherrard J, 2011</i> <i>CDC, 2010</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>El tratamiento dirigido para pacientes con CVV Complicada incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CVV: con base en signos y síntomas más el resultado del examen en fresco y/o tinción de Gram, más cultivo del exudado vaginal.</li> </ul>	<p><b>IV</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Sherrard J, 2011</i> <i>CDC, 2010</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>Los medicamentos de elección en el tratamiento de la CVV son los imidazoles ó polienos en sus presentaciones para uso intra-vaginal ó azoles por vía bucal.</p>	<p><b>I, Ia, IV</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Sherrard J, 2011</i> <i>CDC, 2010</i> <i>Pappas PG, 2009.</i> <i>Nurbhai M, 2009</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>En el tratamiento de la CVV no hay diferencia entre los esquemas tópicos versus vía bucal. En la CVV no complicada se alcanzan una respuesta &gt; de 90%.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La diferencia en los esquemas de tratamiento para CVV no complicada y complicada es la duración del mismo.</li> <li>• El tratamiento con azoles falla cuando <i>C. glabrata</i> es el agente etiológico.</li> </ul>	<p><b>I, Ia</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Sherrard J, 2011</i> <i>CDC, 2010</i> <i>Pappas PG, 2009.</i> <i>Nurbhai M, 2009</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>La decisión para prescribir o recomendar un tratamiento antimicótico en las pacientes con CVV no complicada en relación a la vía de administración por vía bucal o intravaginal debiera tener en consideración:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo</li> <li>• preferencias de tratamiento de las pacientes</li> <li>• contraindicaciones.</li> </ul>	<p><b>IV</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Sherrard J, 2011</i> <i>CDC, 2010</i></p>

E

El tratamiento de CVV en hospederos con diabetes implica el control de la enfermedad suyacente y el esquema seleccionado de acuerdo a la variedad clínica de CVV.

I, Ia  
(E. Shekelle)

*Pappas PG, 2009.*  
*Nurbhai M, 2009*

Los esquemas de tratamiento de la CVV en pacientes VIH seropositivas no difieren de los recomendados para pacientes VIH seronegativas.

E

El costo de los tratamientos por vía bucal e intra-vaginales difiere. En general los tratamientos intra-vaginales son mas baratos que los tratamientos por vía bucal.

I, Ia  
(E. Shekelle)

*Pappas PG, 2009.*  
*Nurbhai M, 2009*

R

Se recomienda en el tratamiento de la CVV los imidazoles ó polienos. En el tratamiento de la CVV no complicada no hay diferencia entre los esquemas tópicos versus vía bucal.

A, D  
(E. Shekelle)

*Pappas PG, 2009.*  
*Nurbhai M, 2009*  
*Sherrard J, 2011*  
*CDC, 2010*

R

- La duración de los esquemas de tratamiento para CVV no complicada y complicada es diferente.
- Las preferencias de la paciente y el costo determinaran la prescripción del tratamiento antimicótico y vía de administración en las pacientes con CVV no complicada.

A, D  
(E. Shekelle)

*Pappas PG, 2009.*  
*Nurbhai M, 2009*  
*Sherrard J, 2011*  
*CDC, 2010*

E

El tratamiento antimicótico empírico podrá ser dado, cuando se carece de recursos para realizar examen en fresco, a mujeres con sospecha de **CVV NO COMPLICADA**.

IV  
(E. Shekelle)

*Watson MC, 2003*  
*FFPRHC/BASHH, 2006*  
*CDC, 2010*

E

Si no hubiera mejoría en una paciente con CVV **NO COMPLICADA**, enviar al siguiente nivel de atención.

IV  
(E. Shekelle)

*Watson MC, 2003*  
*FFPRHC/BASHH, 2006*  
*CDC, 2010*

E

**CVV NO COMPLICADA:**

- Nistatina 100 000 U, una tableta u óvulo vaginal, por vía vaginal durante 14 días. Ó
- Fluconazol, 150 mg por vía bucal, dosis única.
- Itraconazol 200 mg dos veces al día, durante un día.

Ia  
(E. Shekelle)

*Pappas PG, 2009*  
*Nurbhai M, 2009*

R

El médico tratante debe considerar el beneficio del tratamiento antimicótico empirico ante la falta de herramientas diagnósticas útiles en mujeres con CVV no complicada, requiriendo **seguimiento** a corto plazo y en caso de falta de respuesta clínica derivar al siguiente nivel de atención

A, D  
(E. Shekelle)

*Watson MC, 2003.*  
*FFPRHC/BASHH, 2006*  
*CDC, 2010*  
*Pappas PG, 2009*  
*Nurbhai M, 2009*

**CCV COMPLICADA:**

**Candidosis vulvovaginal severa.**

- Fluconazol 150 mg por vía bucal una dosis y repetir a las 72 h una segunda dosis.

**Candidosis vulvovaginal en hospederos con enfermedades subyacentes (diabetes, VIH, TX con Corticoesteroides)**

- Control de la enfermedad subyacente.
- No dar tratamiento corto
- Nistatina 100 000 U, una tableta u óvulo vaginal, por vía vaginal durante 14 días. Ó
- Fluconazol 100 mg, 150 mg o 200 mg por vía bucal cada tercer día por tres dosis (días 1, 4 y 7).

Ia  
(E. Shekelle)

*Pappas PG, 2009*  
*Nurbhai M, 2009*

E

**Candidosis vulvovaginal recurrente. Tratamiento de inducción:**

- Nistatina 100 000 U, una tableta u óvulo vaginal, por vía vaginal durante 14 días. Ó durante 21 días en caso de enfermedad por *C. glabrata* ó
- Fluconazol 100 mg, 150 mg o 200 mg por vía bucal cada tercer día por tres dosis (días 1, 4 y 7).

I, Ia  
(E. Shekelle)

*Pappas PG, 2009.*  
*CDC, 2010*  
*Sherrard J, 2011*  
*Soong D, 2009*  
*Cooke G 2011*

E

**Tratamiento de mantenimiento:**

- Fluconazol 100mg, 150 mg ó 200 mg por vía bucal una sola dosis, una vez por semana, durante 6 meses.

E

**Candidosis vulvovaginal por *Candida no albicans*.**

- Nistatina 100 000 U, una tableta u óvulo vaginal, durante 21 días.

**Candidosis vulvovaginal en la paciente embarazada.**

- Nistatina 100 000 U, una tableta u óvulo vaginal, por vía vaginal durante 14 días.

I, Ia  
(E. Shekelle)

*Pappas PG, 2009.*

*CDC, 2010*

*Sherrard J, 2011*

*Soong D, 2009*

R

Se recomienda el tratamiento para los pacientes con **CVV NO COMPLICADA**, Nistatina 100,000U, una tableta u óvulo vaginal, por vía vaginal durante 14 días ó Fluconazol 150 mg por vía bucal, dosis única.

Para las pacientes con **CCV COMPLICADA, Candidosis vulvovaginal severa**, Fluconazol 150 mg por vía bucal una dosis y repetir a las 72 h una segunda dosis.

**Candidosis vulvovaginal en hospederos con enfermedades subyacentes** se debe controlar de la enfermedad subyacente, No dar tratamiento corto

**Candidosis vulvovaginal recurrente.** Se requiere iniciar con Tratamiento de inducción, en caso de enfermedad por *C. Glabrata* ó Fluconazol 150 mg por vía bucal cada tercer día por tres dosis (días 1, 4 y 7) y continuar Tratamiento de mantenimiento, Fluconazol 150 mg por vía bucal una sola dosis, una vez por semana, durante 6 meses.

A, B  
(E. Shekelle)

*Pappas PG, 2009*

*CDC, 2010*

*Sherrard J, 2011*

*Soong D, 2009*

*Cooke G, 2011*

#### 4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div data-bbox="245 779 412 905" style="border: 1px solid orange; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">✓/R</div> <p data-bbox="456 562 1112 663">Las pacientes con CVV que debieran ser enviadas del primer nivel de atención al segundo nivel de atención: al servicio de Ginecología de segundo nivel de atención.</p> <ul data-bbox="505 674 1112 1129" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="505 674 1112 919">• Pacientes con CVV no complicada que recibieron tratamiento empírico y no hubo respuesta al tratamiento. A fin de que a las pacientes se les practiquen los exámenes paraclínicos necesarios, se establezca el diagnóstico etiológico de certeza y reciban tratamiento específico.</li> <li data-bbox="505 957 1112 1129">• Pacientes con diagnóstico de CVV complicada. A fin de que a las pacientes se les practiquen los exámenes paraclínicos necesarios, se establezca el diagnóstico etiológico de certeza y reciban tratamiento específico.</li> </ul>	<b>Punto de Buena Práctica</b>
<div data-bbox="245 1362 412 1488" style="border: 1px solid orange; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">✓/R</div> <p data-bbox="456 1182 1112 1276">Las pacientes con CVV recurrente que debieran ser enviadas de segundo nivel de atención al tercer nivel de atención:</p> <ul data-bbox="456 1325 1112 1640" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="456 1325 1112 1493">• Aquellas pacientes con CVV complicada en las que se ha identificado el agente causal pero se carece de recursos de laboratorio para identificación de la especie de Candida y determinar la posibilidad de resistencia</li> <li data-bbox="456 1503 1112 1640">• El motivo del envío es para identificación de la especie de Candida involucrada en el caso específico, y ofrecer tratamiento específico para la especie de Candida identificada.</li> </ul> <p data-bbox="456 1650 1112 1705">El envío será al servicio de Infectología en el tercer nivel de atención</p>	<b>Punto de Buena Práctica</b>

## 5. ANEXOS

### 5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Diagnóstico y Tratamiento de Candidosis vulvo vaginal en mujeres mayores a 12 años de edad. La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

#### **Criterios de inclusión:**

Documentos escritos en idioma inglés o español.  
Publicados durante los últimos 5 años.  
Documentos enfocados a diagnóstico o tratamiento.

#### **Criterios de exclusión:**

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

#### **Estrategia de búsqueda**

##### **Primera etapa**

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema:

Diagnóstico y Tratamiento de la Candidosis vulvo vaginal en PubMed.

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término MeSh: vulvo vaginal candidiasis, uncomplicated vulvovaginal candidiasis, Oral intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of vulvovaginal candidosis, Guideline, infections in gynecology and obstetrics, management of candidiasis, Classification, diagnosis, drug therapy, epidemiology, y se limitó a la población de mujeres mayores de 12 años de edad. De la estrategia de búsqueda dio 25 resultados, de los cuales se utilizaron guías por considerarlas pertinentes y de utilidad en la elaboración de la guía:

- Sherrard J, Donders G, White D, Jensen S. European (IUSTI/WHO) Guideline on the management of vaginal discharge, 2011. International Journal of STD & AIDS 2011;22:421-429.
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR 2010;59(RR-12):1-110.
- Pappas PG, Kauffman CA, Andes D, Benjamin DK Jr, Calandra TF, Edwards JE Jr, Filler SG, Fisher JF, Kullberg BJ, Ostrosky-Zeichner L, Reboli AC, Rex JH, Walsh TJ, Sobel JD, Infectious Diseases Society of America. Clinical practice guidelines for the management of candidiasis: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2009 ;48 :503-35.

##### **Segunda etapa**

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda en 6 sitios de Internet en los que se buscaron guías de práctica clínica para la elaboración de la presente guía.

**Tercera etapa**

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane relacionadas con el tema, se obtuvieron 4 Revisiones Sistemáticas, de las cuales se consideraron 2, por contar con información relevante para la elaboración de la guía.

## 5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

**Criterios para Gradar la Evidencia**

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David 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 DL 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 L, 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 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 presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

### LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

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

### ESCALA DEL GRADO Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Grado y fuerza de la recomendación	
Fuerza de la recomendación	Sustento ó base de la recomendación
A	Consistente, buena calidad evidencia orientada al paciente*
B	Inconsistente ó calidad limitada de la evidencia orientada al paciente*
C	Consenso las mediciones son evidencia orientada a la enfermedad*, práctica usual, opinión de expertos, serie de casos para estudios de diagnósticos, tratamiento, prevención ó escrutinio.

### ESCALA DE LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA UTILIZADA

Evaluación la calidad de la evidencia			
Calidad del estudio	Diagnostico	Escrutinio/tratamiento/prevención	Pronóstico
<b>Nivel 1</b> buena calidad, evidencia orientada al paciente	Reglas validas de decisión clínica. Meta análisis de estudios de alta calidad, estudios de cohorte de alta calidad*	Meta análisis de ECC con hallazgos consistentes. ECC Individuales de alta calidad. Todos ó ningún estudio+.	Meta análisis de estudios de cohorte de buena calidad. Estudios de cohortes prospectivas con adecuado seguimiento
<b>Nivel 2</b> limitada calidad, evidencia orientada al paciente	Reglas inválidas de decisión clínicas. Meta análisis de estudios de alta calidad, estudios de cohorte de alta calidad*	Meta análisis de ECC de baja calidad ó estudios con resultados inconsistentes. ECC de baja calidad. Estudio de cohorte. Estudio de caso y control	Meta análisis de estudios de cohorte de buena calidad. Estudios prospectivos con seguimiento con resultados inconsistentes. Estudios de cohortes retrospectivos ó estudios de cohorte prospectivo con seguimiento pobre
<b>Nivel 3</b> otra evidencia	Guías de consenso, práctica usual, opinión, evidencia orientada a la enfermedad. Resultados fisiológicos ó intermedios, o series de casos de estudios de diagnóstico, tratamiento, prevención y escrutinio.		

Ebell Mh, Siwek J Weiss BD, Wolf SH, Susman J, Ewigman B et al, Strength of recommendation Taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. Am Fam Physician 2004; 69:549-57

### 5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

#### ANEXO 1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN VULVOVAGINITIS INFECCIOSA

Síntomas					Signos	
Enfermedad	Etiología	Características del escurrimiento vaginal	Dolor	Prurito	Vagina	Vulva
Candidosis vulvovaginal	Candida albicans, candida krusei, candida glabrata	Blanco, grumoso, sin olor	Ardor vulvar, disuria, dispareunia	Frecuente	Inflamación y edema	Escoriaciones y lesiones satélites
Vaginosis bacteriana	Gardnerella vaginalis, micoplasma hominis, bacterias anaerobias: Prevotella sp, Mobiluncus sp	Homogéneo, blanco, claro, o gris, con olor a aminas ( "a pescado" )	No es un síntoma primario	No es un síntoma primario	Sin signos de inflamación	No afectada
Trichomoniasis vaginal	Trichomonas vaginalis	Verde-amarillo	Disuria, edema vaginal, dispareunia	No es un síntoma primario	Inflamación severa (signo de cérvix en fresa)	Eritema vulvar

Fuente: BL Gibson MV. Vaginitis diagnóstico y tratamiento. Am Fam Physician 2011;83:807-816.

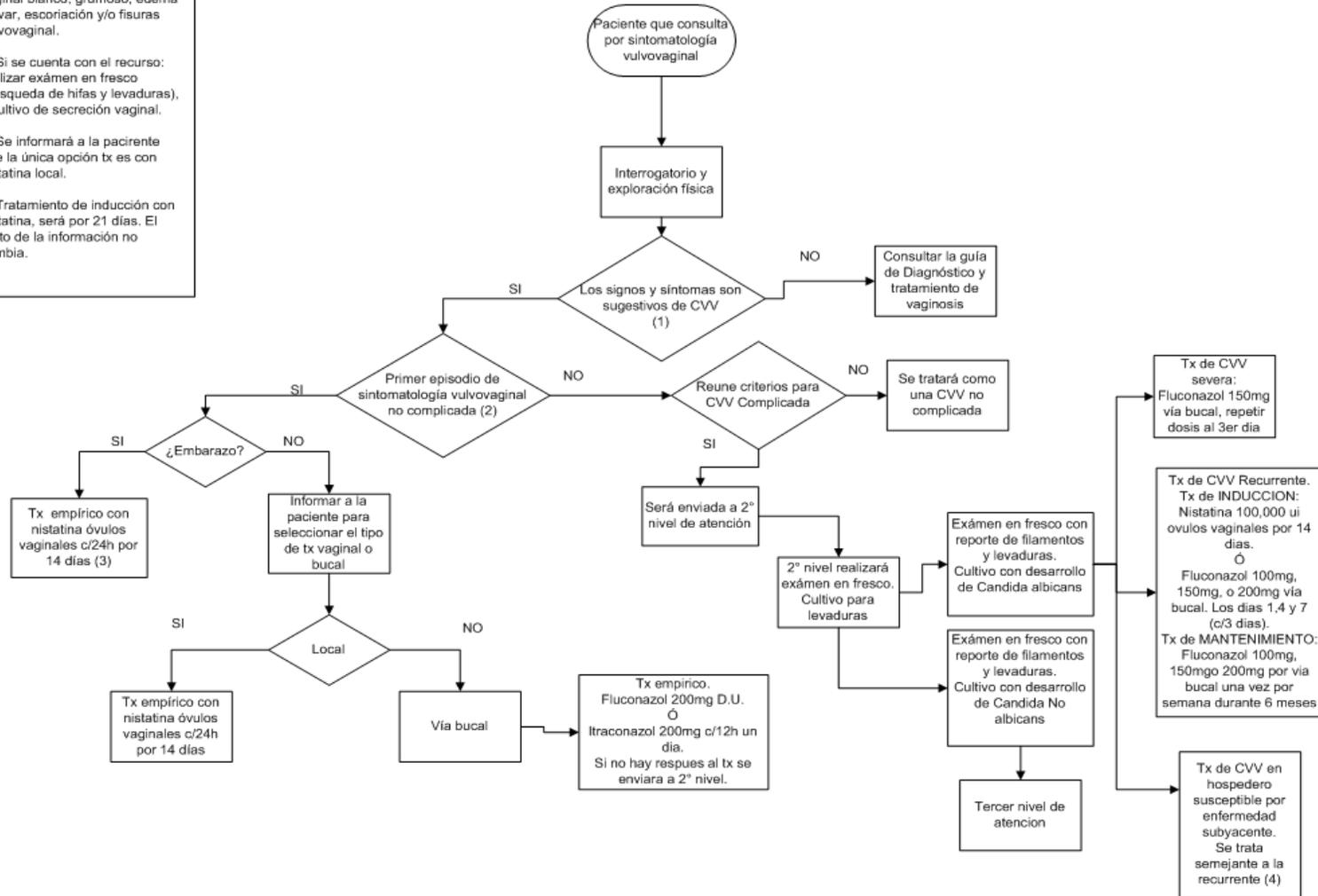
## 5.4 MEDICAMENTOS

**CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE CANDIDOSIS VULVOVAGINAL**

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada Y vía de administración	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones	Riesgo Durante el embarazo
1566	Nistatina	100,000 UI por día Intravaginal	Óvulos o tabletas vaginales con 100,000 UI, envase con 12 óvulos o tabletas vaginales	CVV no complicada y en embarazadas: Durante 14 días. CVV recurrente: Inducción: 14 días C. glabrata: 21 días.	Irritación, ardor, leucorrea y resequedad vaginal	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al fármaco.	B
5267	Fluconazol	150 o 200 mg por día Por vía bucal.	100mgs/envase con 10 cápsulas o tabletas	CVV no complicada: Dosis única. CVV severa: Una dosis por día y repetir a las 72 h. Tratamiento de inducción: Una dosis cada tercer día. Tres dosis. Tratamiento de mantenimiento: Una dosis semanal durante 6 meses.	Náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea, disfunción hepática, síndrome de Stevens Johnson.	Puede aumentar las concentraciones plasmáticas de fenitoína, sulfonamidas, warfarina y ciclosporina.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: En la insuficiencia renal.	C
2018	Itraconazol	200 mg dos veces al día Vía bucal	100 mgs/ envase con 15 cápsulas	CVV no complicada: Dosis de 200 mg cada 12 horas durante un día. No más de 400 mg/día.	Diarrea, náusea, vómito, cefalea, fiebre, hipersensibilidad, puede producir hepatotoxicidad severa	Con antiácidos, atropínicos y antihistamínicos se reduce su absorción. Con rifampicina e isoniazida disminuye su efecto terapéutico.	Hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia hepática, alcoholismo, lactancia.	D

5.5 ALGORITMO

1. Prurito vulvar, escurrecimiento vaginal blanco, grumoso, edema vulvar, escoriación y/o fisuras vulvovaginal.
2. Si se cuenta con el recurso: realizar exámen en fresco (búsqueda de hifas y levaduras), y cultivo de secreción vaginal.
3. Se informará a la paciente que la única opción tx es con nistatina local.
4. Tratamiento de inducción con nistatina, será por 21 días. El resto de la información no cambia.



## 7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Anderson MR, Klink K, Cohn A. Evaluation of vaginal complaints. *JAMA* 2004;291:1368-79.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. CDC, *MMWR* 2010;59(RR-12):1-110.
3. Cooke G, Watson C, Smith J, Pirotta M, van Driel ML. Treatment for recurrent vulvovaginal candidiasis (thrush). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 5. Art. No.: CD009151. DOI: 10.1002/14651858.CD009151.
4. FFPRHC and BASHH guidance. The management of women of reproductive age attending non-genitourinary medicine settings complaining of vaginal discharge. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2006;32: 33-42.
5. Hainer BL Gibson MV. Vaginitis diagnóstico y tratamiento. *Am Fam Physician* 2011;83(7):807-816.
6. Mendling W, Brasch J. Guideline vulvovaginal candidosis (2010) of the german society for gynecology and obstetrics, the working group for infections and infectimmunology in gynecology and obstetrics, the german society of dermatology, the board of german dermatologists and the german speaking mycological society. *Mycoses* 2012; 55 (Suppl. 3): 1-13.
7. 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.
8. Pappas PG, Kauffman CA, Andes D, Benjamin DK Jr, Calandra TF, Edwards JE Jr, Filler SG, Fisher JF, Kullberg BJ, Ostrosky-Zeichner L, Reboli AC, Rex JH, Walsh TJ, Sobel JD, Infectious Diseases Society of America. Clinical practice guidelines for the management of candidiasis: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2009 ;48 :503-35.
9. Sherrard J, Donders G, White D, Jensen S. European (IUSTI/WHO) guideline on the management of vaginal discharge, 2011. *International Journal of STD & AIDS* 2011;22:421-429.
10. SINAVE/DGE/Salud/sistema de notificación de casos nuevos/acceso al cierre del 2010
11. Spence D. Candidiasis (vulvovaginal) 2009. *Clinical Evidence BMJ*. 2010;01:815

12. Sobel JD. Vulvovaginal candidosis. *Lancet* 2007;369(9577): 1961–71.
13. Soong D, Einarson A. Vaginal yeast infections during pregnancy. *Canadian Family Physician* 2009; 55:255-256.
14. Watson MC, Pirotta M. 2003. Recurrent vulvovaginal candidiasis. Current management . *Australian Family Physician* 2011; 40: 3
15. White DJ, Vanthuyne A. Vulvovaginal candidiasis. *Sex Transm Infect* 2006;82(Suppl IV):iv28–iv30.

## 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 el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

### Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

## 9. COMITÉ ACADÉMICO.

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

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de la División 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. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefe de Área Médica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
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. Gloria Concepción Huerta 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