

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

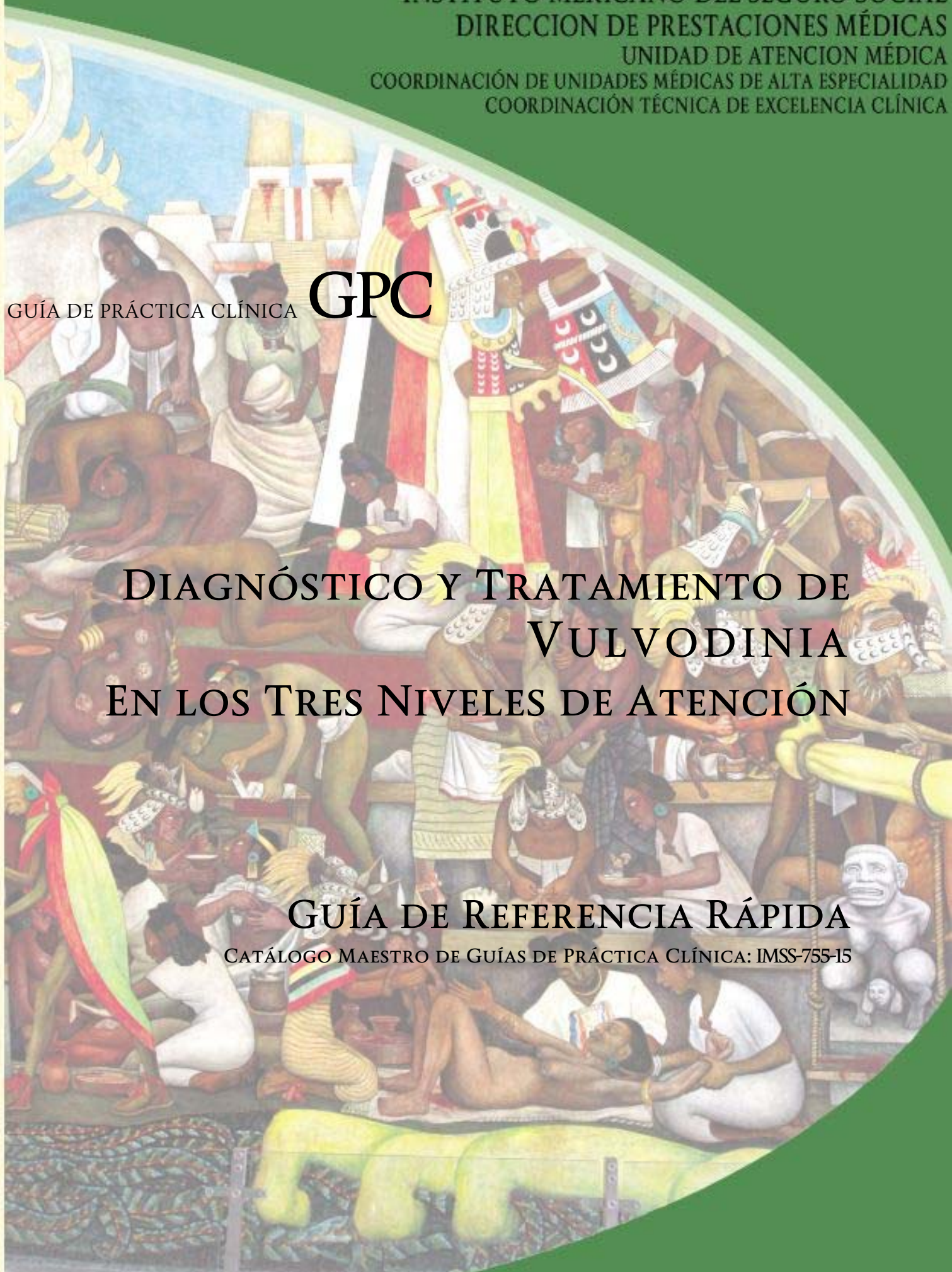
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VULVODINIA EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-755-15



ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| 1. Clasificación | 3 |
| 2. Definición y Contexto..... | 4 |
| 3. Historia Natural de Vulvodinia | 4 |
| 4. Escalas de Clasificación Clínica..... | 9 |
| 5. Diagramas de Flujo | 14 |

1. CLASIFICACIÓN

CIE-10: G57.9 SÍNDROME DE DOLOR LUMBAR COMPLEJO
N90.8 OTROS TRASTORNOS NO INFLAMATORIOS
ESPECIFICADO EN LA VULVA Y PERINEO
R10.2 DOLOR PÉLVICO Y PERINEAL

GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VULVODINIA EN LOS
TRES NIVELES DE ATENCIÓN

2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO

Vulvodinia: Dolor crónico vulvar referido por más de tres meses de evolución, que se caracteriza por sensación de ardor, picazón o irritación con ausencia de hallazgos clínicamente identificables y sin patología neurológica o infección de la piel. No es causada por infecciones (candidiasis, herpes, etc.), inflamación (liquen plano), otras patologías no neoplásicas de la vulva, neoplasias (enfermedad de paget, carcinoma de células escamosas) o desorden neurológico de la vulva neuritis postherpética, compresión del nervio espinal (Reed B, 2006, Itza F, 2012).

Actualmente los consensos de expertos establecen a la vulvodinia como un síndrome doloroso complejo regional (SDCR) similar a otros como cistitis intersticial y fibromialgia. (Edwards L. 2003).

Se clasifica de acuerdo al área del dolor en generalizada o localizada, ambas pueden ser provocadas en forma espontánea o mixta (Ricci P, 2010, Haefner H, 2004).

Se han sugerido como posibles causas anomalías embrionarias, aumento de oxalatos de calcio urinario, factores inmunológicos o genéticos, factores hormonales, inflamatorios, infecciones mal tratadas, o cambios neuropáticos, no habiendo una causa singular identificable, por lo que se considera multifactorial (Haefner, 2005).

3. HISTORIA NATURAL DE VULVODINIA

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Para establecer el diagnóstico de vulvodinia debe estar documentado en el expediente clínico la presencia de dolor tipo ardor, quemazón, escozor o irritación de intensidad variable, con duración de al menos tres meses, en ausencia de causa identificable.

Informar a la paciente y a su pareja que el impacto de la vulvodinia se refleja en aspectos sexuales y psicológicos, por lo que su tratamiento y comprensión de parte de la pareja sexual debe ser favorecido.

CLASIFICACIÓN

Se debe realizar un correcto interrogatorio y exploración apoyada en la prueba de hisopo y prueba de tapón para su correcta clasificación.

Al documentar el diagnóstico de vulvodinia se debe especificar si es localizada o generalizada.

DIAGNÓSTICO

Se debe realizar una historia clínica completa con especial énfasis en la semiología del dolor (inicio, factores desencadenantes y atenuantes, duración y tratamientos previos.); así como aspecto biopsicosocial de la paciente. Examen físico de los genitales externos, búsqueda de lesiones visibles que en caso de encontrarlas se valorará la realización de biopsia para hacer diagnóstico diferencial.

Para identificar las zonas dolorosas se realiza la prueba de presión con hisopo de algodón (cotonete), mapeando las diferentes áreas de la región vulvar en orden de arriba a abajo de afuera hacia adentro y en el área vestibular en sentido de las manecillas de reloj (para poder clasificarla en localizada o generalizada). (Figura 1)

Es adecuado utilizar la escala visual análoga (EVA) con un rango de 0 a 10 en las áreas que se indentifican de dolor con la finalidad de determinar el nivel de dolor que percibe la paciente y su evolución después de un tratamiento(figura 2).

Realizar exámen vaginal con prueba en fresco para medir el ph, cultivos para cándida, prueba de KOH, citología cervicovaginal y vulvoscopia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (CUADRON 1)

El diagnóstico de vulvodinia es por exclusión, por lo que siempre se deberán descartar las entidades antes mencionadas utilizando de modo racional los estudios de laboratorio y gabinete.

Se debe realizar un exámen vaginal con prueba en fresco para medir el ph, cultivos para cándida, prueba de KOH, citología cervicovaginal y vulvoscopia para descartar otras entidades.

La biopsia únicamente se debe realizar con fines de hacer diagnóstico diferencial

TRATAMIENTO MÉDICO

Tratamiento no farmacológico

Es importante informar a la paciente de forma clara y precisa la enfermedad que padece, la evolución crónica, recidivante, así como las diferentes opciones de tratamiento. Con la finalidad de disminuir las complicaciones por deterioro de la actividad sexual, psicosocial, cognitiva y afectivas del padecimiento .

El tratamiento de las pacientes con enfermedades vulvareres debe ser multidisciplinariamente (médico familiar, ginecología, dermatología, psicología)

Es importante insistirle a la paciente que la vulvodinia es un síndrome conocido que afecta a muchas mujeres en el mundo. No es una infección de transmisión sexual, no se trata de una enfermedad maligna, su curación es difícil de obtener al 100% y su mejoría usualmenten es lenta.

Debe iniciarse con tratamientos menos agresivos e invasivos y proceder gradualmente a terapias más fuertes de acuerdo a la respuesta clínica de la paciente.

La combinación de distintos tratamientos se recomienda y cuando se prescriben los diversos tratamientos se debe ofrecer a la paciente una información clara de como llevarlos a cabo de forma correcta.

Se debe iniciar con las siguientes medidas generales:

1. Ropa interior 100% de algodón, blanca, evitar ropa ajustada (licras, pantalones, etc).
2. Al encontrarse en casa se recomienda retirarse ropa interior utilizando únicamente falda.
3. No utilizar ropa interior al dormir.
4. Evitar el uso de detergentes biológicos en polvo para el lavado de la ropa interior.
5. Evitar irritantes vulvares(perfumes, shampoos, detergentes, desodorantes) ni duchas vaginales.
6. Utilizar jabones neutros para la piel pero evitar el área vulvar.

7. El lavado vulvar debe ser únicamente con agua. Realizarse directamente con la mano (uñas cortas, evitar esponjas o franelas), una vez al día, evitando exceso de aseo que puede exacerbar los síntomas del padecimiento.
8. Secar el área vulvar con pistola de aire frío.
9. Aplicación de emolientes libres de conservadores tales como aceite vegetal y petrolato para mejorar hidratación de la piel, manteniendo el mecanismo de barrera de la piel.
10. Utilizar toallas sanitarias 100 % de algodón y libres de perfumes.
11. Evitar el uso continuo de pantiprotectores y tampones.
12. Se puede aplicar gel frío en el área vulvar.
13. Evitar las actividades que pongan presión en la vulva (montar bicicleta, caballo, etc.)

Es recomendable iniciar terapia cognitiva conductual en toda aquella paciente con diagnóstico de vulvodinia .

La electroestimulación con biofeedback de la musculatura del suelo pelviano puede ser considerada cuando la vulvodinia esta asociada a vaginismo y factores psicosociales y psicosexuales Como medida no farmacológica de primera línea se recomienda la dieta baja en oxalatos Cuadro II).

La acupuntura puede tomarse en cuenta en el caso del tratamiento de la vulvodinia no provocada.

TRATAMIENTO MÉDICO FARMACOLÓGICO

Tratamiento tópico

Los agentes tópicos deben ser usados con precaución para evitar lesiones irritativas; en todos los casos de vulvodinia se debe iniciar como primera línea de manejo tópico un anestésico local

Se puede considerar el uso de anestésicos locales tópicos como crema de lidocaína al 5% o gel de lidocaína al 2%. Se debe aplicar 15 a 20 minutos antes de la penetración sexual. Los efectos secundarios de la aplicación de anestésicos pueden ser edema eritema, raros casos púrpura así como molestias a la pareja si no se usa condón.

Se recomienda explicarle a la paciente que al aplicar el gel de lidocaína inicialmente tendrá sensación de quemadura o prurito, pero a los pocos minutos sentira alivio y la duración de la acción será en promedio de 4 a 6 horas y podrá realizar las aplicaciones necesarias para estar libre de molestias.

El uso del cromoglicato no está considerado como de primer línea en vulvodinia.

Aunque existen publicaciones sobre utilidad de nifedipina tópica, no todos los centros cuentan con esa presentación considerando no estar recomendada en general.

La infiltración submucosa de lidocaína con metilprednisolona podría considerarse en casos severos con falta de respuesta.

TRATAMIENTO MÉDICO FARMACOLÓGICO

Sistémico

El uso de antidepresivos triciclicos con dosis bajas de esquemas de amitriptilina 5-10mg mg dos horas antes de ir a la cama por 10 días está indicado, excepto en pacientes embarazadas ni que usan IMAO.

La amitriptilina puede utilizarse como manejo inicial en los casos de vulvodinia provocada.

La gabapentina y carbamacepina pueden utilizarse de forma conjunta con antidepresivos tricíclicos, la amitriptilina es segunda y tercera línea en caso de no tener adecuada respuesta.

La amitriptilina puede utilizarse como manejo inicial en los casos de vulvodinia provocada.

La gabapentina y carbamacepina pueden utilizarse de forma conjunta con antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) o como segunda y tercera línea en caso de no tener adecuada respuesta.

Venlafaxina 37.5 mg por la mañana con incremento de 75mg diarios al día después de una o dos semanas. Y puede incrementarse gradualmente la dosis con cambios cada una a dos semanas y la dosis máxima es de 150mg al día. Se debe monitorizar periódicamente la presión arterial, los niveles de electrolitos y lípidos.

La fluoxetina 20 mg al día se recomienda como medicamento de segunda línea en caso de pobre respuesta o no contar con amitriptilina.

Dentro de los anticonvulsivos la gabapentina de primera elección. Se inicia con 300 mg por día incrementando 300mg por semana a un máximo de 1200 mg por día. La duración del tratamiento puede ir de 4 a 30 meses. Los efectos adversos reportados son sedación, náusea, vómito, cefalea, insomnio, mareo.

El anticonvulsivo de segunda línea es la Carbamazepina. Iniciar con dosis de 100mg cada 8 hrs hasta llegar a 1200 mg al día. Debe hacerse seguimiento trimestral con hemograma y transaminasas por riesgo de agranulocitosis y compromiso hepático.

En caso de no tener buena respuesta se puede utilizar gabapentina y carbamazepina en forma conjunta con antidepresivos tricíclicos(amitriptilina).

La Carbamazepina no se recomienda antes de utilizar otras opciones. Se recomienda iniciar con dosis de 100mg cada 8 hrs hasta llegar a 1200 mg al día. Debe hacerse seguimiento trimestral con hemograma y transaminasas por riesgo de agranulocitosis y compromiso hepático.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSERVADOR Y NO CONSERVADOR

En aquellos casos de vulvodinia localizada provocada (vestibulodinia), esta recomendado el tratamiento por escisión después de haberse utilizado otras medidas como la última alternativa en pacientes que no responden a otros tratamientos, debe afectarse consentimiento informado.

Vestibuloplastia: Es la técnica más conservadora, se realiza una incisión vertical en la parte posterior del introito y se sutura horizontalmente

En caso de decidir manejo quirúrgico, la técnica recomendada es la vestibulectomía parcial. Todas las técnicas quirúrgicas pueden ser realizadas con bisturí o láser de acuerdo a la experiencia del cirujano y disponibilidad de la unidad.

Cuando hay mala respuesta al tratamiento farmacológico, se puede realizar la ablación vulvar como una alternativa previo a las técnicas con bisturí.

Considerar los siguientes pasos de forma escalonada:

Primera línea: Dieta baja en oxalatos, medidas generales que eviten la irritación vulvar y uso de anestésicos locales y terapia cognitivo conductual.

Segunda línea: Antidepresivos tanto en vulvodinia localizada como generalizada. Como primera elección amitriptilina y como segunda elección fluoxetina.

Tercera línea: Uso de anticonvulsivantes. En caso pobre respuesta o combinado para antidepresivos. Como primera elección gabapentina y como segunda elección carbamacepina.

Cuarta línea: Fisioterapia.

Quinta línea: Infiltraciones locales con lidocaína y metilprednisolona en la vulvodinia localizada.

Sexta línea: Manejo quirúrgico en tercer nivel de atención.

MEDIDAS PARA EVITAR RECURRENCIA

Es importante informarle a la paciente que la vulvodinia es un síndrome crónico, recidivante y que la curación es difícil de obtener al 100%. Su mejoría usualmente es lenta, por lo que tiene que continuar con las medidas generales recomendadas por tiempo indefinido.

Una vez iniciado tratamiento de vulvodinia se debe citar a la paciente de forma mensual para evaluar el apego al tratamiento y la evolución de la sintomatología hasta remitir o mejorar significativamente las molestias y posteriormente de forma trimestral por 1 año. Semestral por los siguientes dos años y posterior a esto anual hasta completar 5 años.

No se debe modificar el tratamiento establecido hasta al menos concluir 3 a 6 meses con el mismo y dependiendo de la respuesta clínica y se debe realizar la medición de la escala de dolor en cada consulta. (anexo escala de dolor).

CRITERIOS DE REFERENCIA DE PRIMER A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

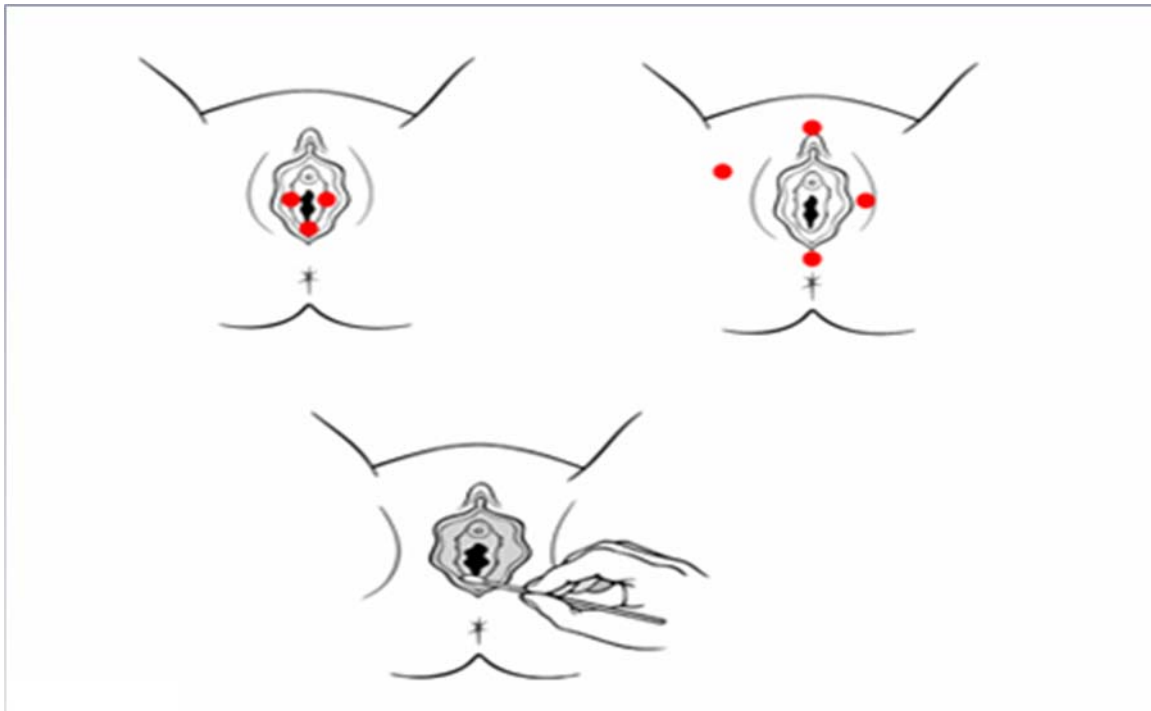
Toda paciente que refiere dolor vulvar de al menos 3 meses de evolución, en las que se haya descartado infección local, procesos locales irritativos o entidad dermatológica evidente. Debe ser referida a segundo nivel o consulta de especialidad para confirmar el diagnóstico de vulvodinia al descartar otras patologías vulvares.

CRITERIOS DE REFERENCIA DE SEGUNDO A TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

En caso de no tener mejoría clínica después de seis meses debe ser enviada a clínica de displasia de una unidad de tercer nivel.

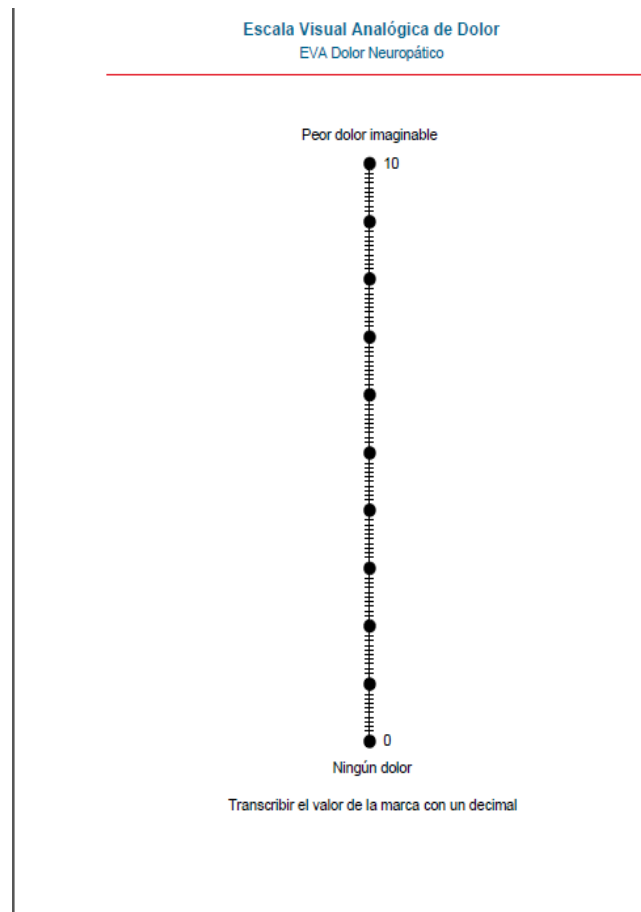
4. ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Figura 1 Prueba de presión con hisopo de algodón(cotonete) puntos a explorar(mapeo



Programa Educativo en línea Asociación Nacional de Nulvodinia(ANV), 2010 Disponible en:
https://www.google.com/?hl=es&gws_rd=ssl#hl=es&q=vulvodinia+vestibulitis+vulvar+y+dolor+vulvar

Figura 2 Escala Visual Analógica de dolor(EVA)



Tomado de Recomendaciones de la Sociedad Española del Dolor para el dolor neuropático. Disponible en:
<http://portal.sedolor.es/contenidos/318/adjuntos/sf1x4029.pdf>

Figura 3 Cuestionario DN4 para detección de dolor neuropático

Cuestionario DN4
para la detección del Dolor Neuropático

CUESTIONARIO
Por favor, en las 4 preguntas de abajo, complete el cuestionario marcando una respuesta para cada número:

ENTREVISTA CON EL PACIENTE

Pregunta 1: ¿Tiene el dolor una o más de las siguientes características?

| | Sí | No |
|-------------------------------|----|----|
| 1. Quemazón | | |
| 2. Sensación de frío doloroso | | |
| 3. Descargas eléctricas | | |

Pregunta 2: ¿Se asocia el dolor con uno o más de los siguientes síntomas en la misma zona?

| | Sí | No |
|------------------------------------|----|----|
| 4. Hormigueo | | |
| 5. Sensación de alfileres y agujas | | |
| 6. Entumecimiento | | |
| 7. Picazón | | |

EXAMEN DEL PACIENTE

Pregunta 3: ¿Está el dolor localizado en una zona donde el examen físico puede mostrar una o más de las siguientes características?

| | Sí | No |
|--------------------------------|----|----|
| 8. Hipoestesia al tacto | | |
| 9. Hipoestesia a los pinchazos | | |

Pregunta 4: En la zona dolorosa, el dolor puede ser causado o incrementado por:

| | Sí | No |
|---------------|----|----|
| 10. Cepillado | | |

Suma de todos los puntos positivos. Puntuación del paciente: /10

INTERPRETACIÓN: Se confirma el diagnóstico y se considera caso de estudio si la puntuación es mayor o igual a 3/10

Tomado de Recomendaciones de la Sociedad Española del Dolor para el dolor neuropático. Disponible en: <http://portal.sedolor.es/contenidos/318/adjuntos/sf1x4029.pdf>

Cuadro I Diagnóstico diferencial de vulvodinia

| Diagnóstico | Presentación clínica más frecuente |
|---------------------------------|--|
| Herpes vulvar | Lesiones vesiculares dolorosas |
| Vulvitis alérgica | Prurito, ardor, irritación |
| Atrofia vulvar | Piel, mucosa pálida y delgada |
| Liquen plano | Lesiones reticuladas blancas, prurito, ardor, pueden coexistir lesiones en boca |
| Liquen escleroso | Lesiones blancas, piel adelgazada y arrugada. Prurito que puede ser severo |
| Síndrome pudendo | Dolor unilateral generalmente y que aumenta al sentarse. |
| Neoplasia intraepitelial vulvar | Lesiones blancas o multicolores, soleantadas, a veces verrucosas Asintomáticas o pruriginosas |
| Endometriosis vulvo-vaginal | Lesiones blandas de lento crecimiento, dolorosas durante la menstruación. |

Fuente: Ricci PA. Vulvodinia un diagnóstico olvidado frente al dolor vulvar. Rev Chil.2010

Cuadro II Contenido de oxalatos en la Dieta

| Grupo | Contenido bajo(<2mg/ración) | Contenido medio(2-10mg/ración) | Contenido alto(>10mg/ración) |
|-----------------------|---|--|---|
| Cereales y derivados | Cereales desayuno, pasta italiana, arroz, pan | Pan de maíz, bizcocho esponjoso, espaguetis precocinados en salsa de tomate | Plum cake, sémola de maíz blanco, cracket de soja, germen de trigo. |
| Verduras y hortalizas | Aguacate, coles de bruselas, berza, coliflor, champiñones, cebollas, guisantes, patatas, rábano. | Espárragos, brócoli, zanahoria, maíz, pepino, guisantes verdes en conserva, lechuga, frijoles, pastinaca o chirivía, tomate (1 pequeño ó 120 ml de zumo de tomate), nabos. | Judías verdes, amarillas y secas, remolacha, apio, cebolleta, diente de león, berenjena, escarola, col, puerro, mostaza verde, perejil, pimienta, patata dulce, colinabo, espinacas, calabaza de verano, berro. |
| Frutas y zumos | Zumo de manzana, aguacate, banana y plátano, cereza, uva verde (fruta y jugo), mango, melón, nectarinas, melocotón, zumo piña, ciruelas verdes o amarillas. | Manzana, albaricoques, grosella negra, cerezas agrias, 120 ml de jugo de arándano, uva y naranja, naranja, pera, piña, ciruelas turquesas, pasas. | Zarzamora, grosella, frambuesa, fresa, arándano, coctel de frutas, uvas negras, piel de limón, piel de lima y piel de naranja, ruibarbo, mandarinas. Jugos de frutas altas en oxalatos. |
| Leche y derivados | Todas | Ninguna | Ninguna |
| Carnes y pescados | Huevos, quesos, ternera, cordero, cerdo, pollo, pescados y mariscos. | Sardinas. | |
| Grasas y aceites | Todos | | Frutos secos. Mantequilla. Cacahuete |
| Bebidas | Cerveza embotellada, CocaCola (360 ml), alcoholes destilados, limonada, vino. | Café (240 ml) | Cerveza de barril, té, cacao. |
| Miscelánea | Coco. Gelatina con frutas permitidas, zumo de limón y lima, sal y pimienta (15 g/día), sopa con ingredientes permitidos, azúcar. | Sopa de pollo con fideos deshidratada. | Chocolate, cacao, mermelada, sopa de verduras y tomates comerciales. Judías cocidas conservadas en salsa de tomate. |

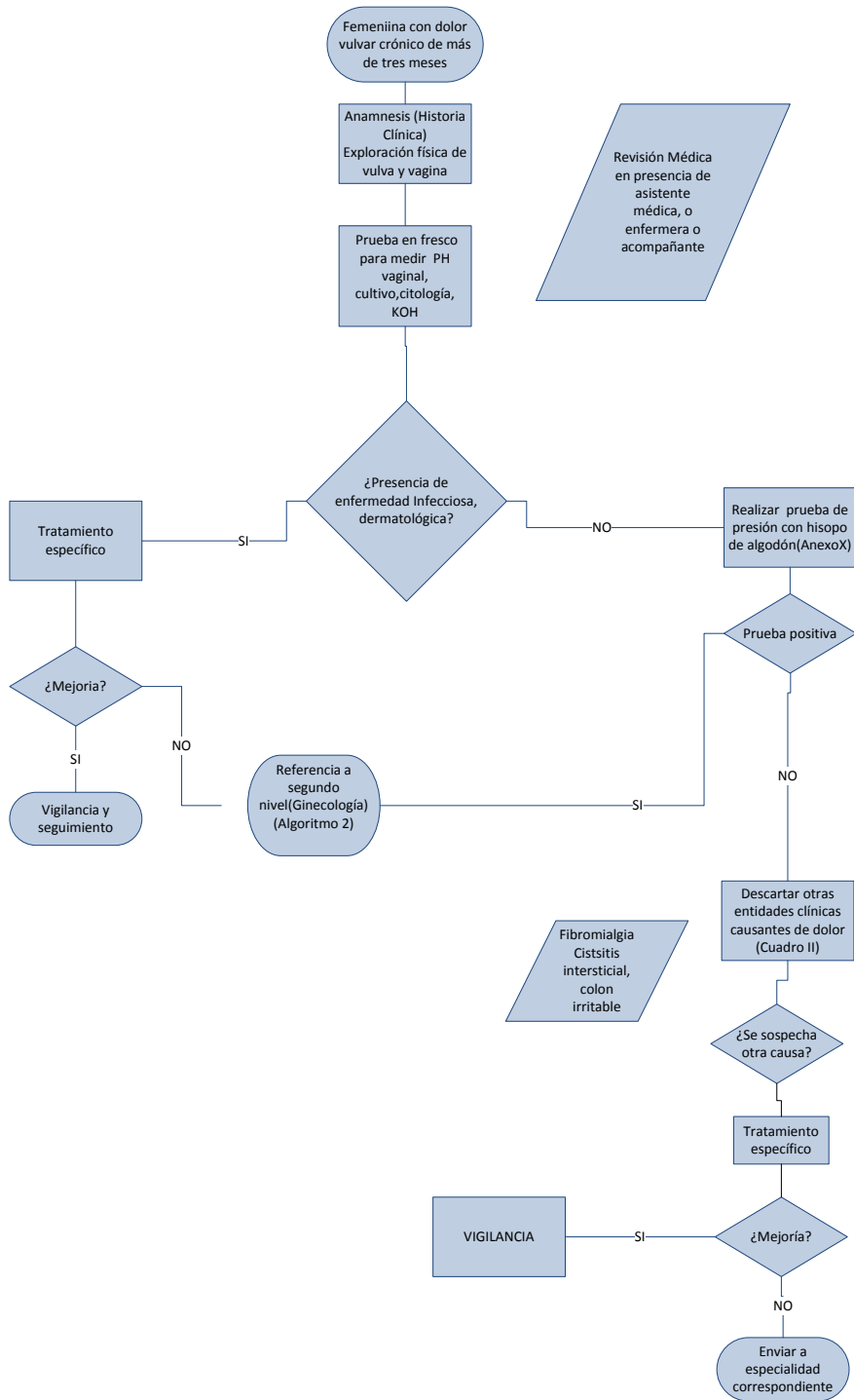
Cuadro III Principales fuentes dietéticas de oxalatos

| Alimento | Ácido oxálico (mg en 100 grm de alimentos) |
|--|---|
| Espinacas | 600 |
| Remolacha | 500 |
| Cacahuets (todos los frutos secos se consideran con contenidos elevados en oxalatos) | 187 |
| Chocolates y productos con cacao | 117 |
| Perejil (puede ser usado en pequeñas cantidades) | 100 |
| Infusión de té (mg/100 ml) | 55-78 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Una dieta baja en oxalatos no debe aportar más de 60-70 mg de ácido oxálico por día. - El contenido en oxalatos varía considerablemente con estaciones, especie, variedad, edad, maduración y parte de la planta. | |

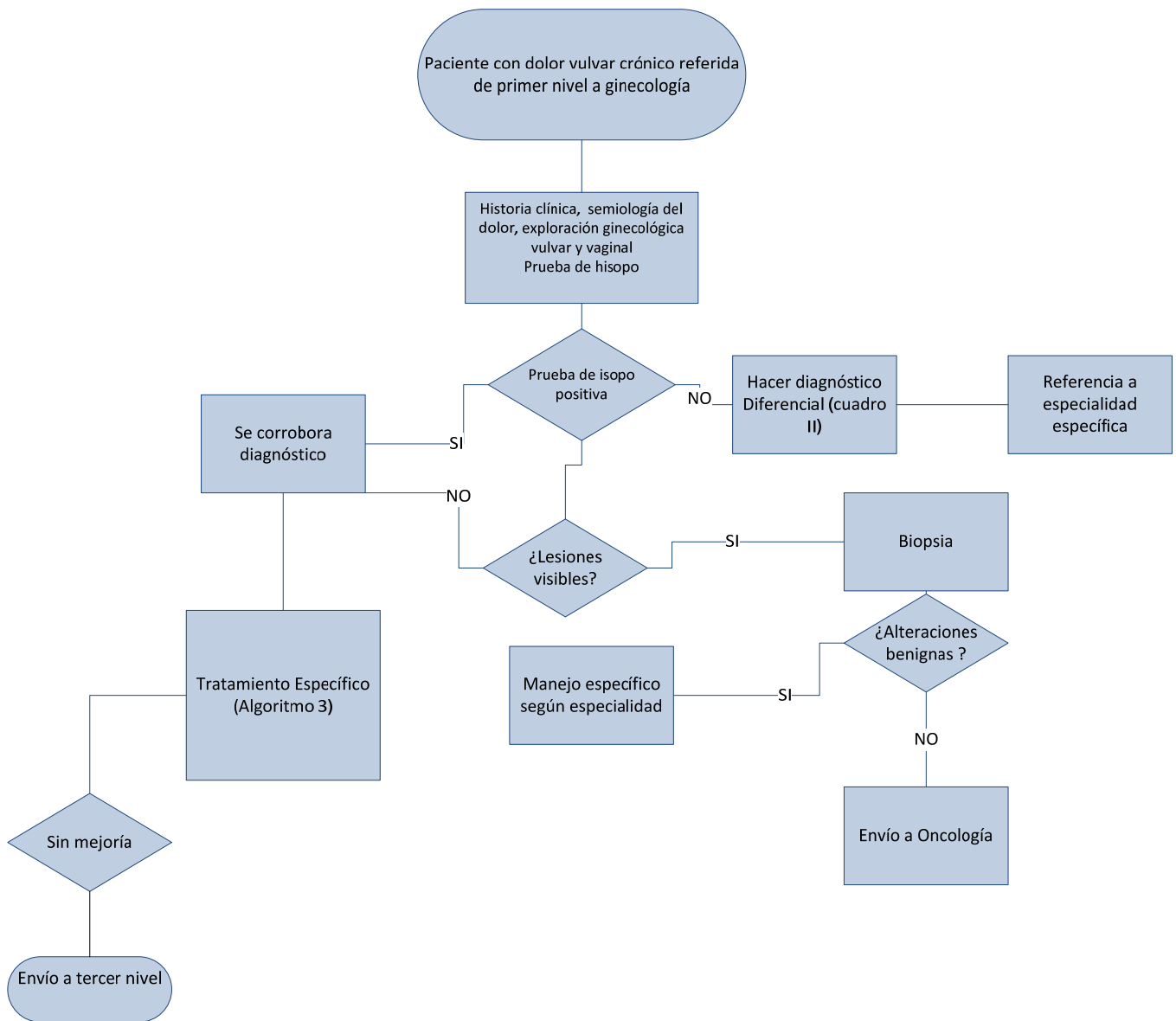
Handbook of clinical dietetics, second edition: 525-545.

5. DIAGRAMAS DE FLUJO

Diagnóstico de la paciente con dolor vulvar en el primer nivel de atención



Flujograma 2 Diagnóstico y Referencia de vulvodinia en el segundo nivel de atención



Flujograma 3 TRATAMIENTO DE VULVODINIA EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

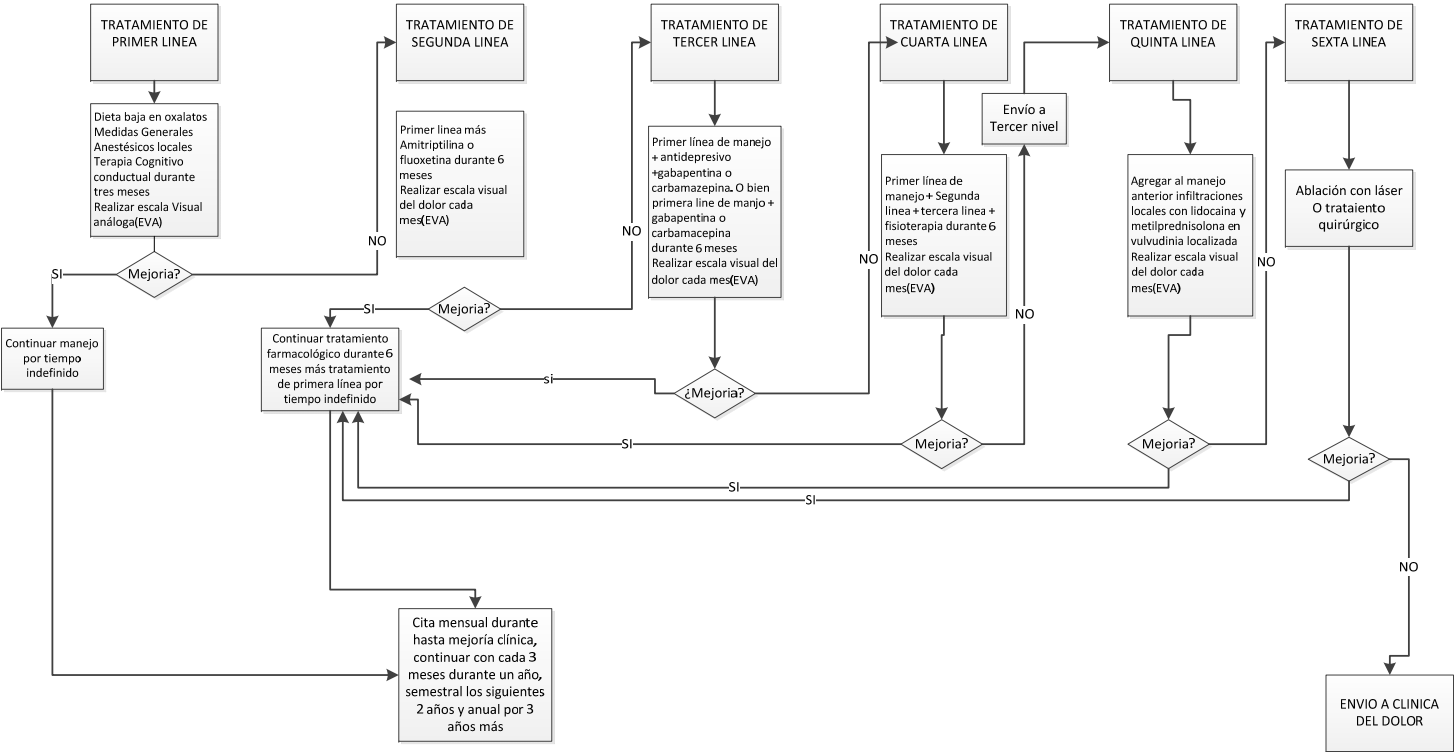


Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de **Vulvodinia** del **Cuadro Básico de IMSS**:

| CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------|--|--|---|--|---|---|
| CLAVE | PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS RECOMENDADA | PRESENTACIÓN | TIEMPO | EFECTOS ADVERSOS | INTERACCIONES | CONTRAINDICACIONES |
| 040.000.3305.0 | amitriptilina | 5-10 mg dos horas antes de ir a dormir | Tableta de 25 mg Caja con 20 tabletas | durante 10 días y revaloración de acuerdo a evolución. | Estreñimiento, retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa, somnolencia, sedación, debilidad, cefalea, hipotensión ortostática. | Aumenta el efecto hipertensivo con adrenalina, disminuye el efecto de varbitúricos. Con inhibidores de la monoaminoxidasa ocasiona excitación grave, hipertermia y convulsiones. | Hipersensibilidad al fármaco o a antidepresivos tricíclicos. |
| 040.000.2608.0 | Carbamazepina. | Inciar 100mg cada 8 hrs hasta llegar a 1200 mg | Tableta de 200 mg Caja con 20 tabletas | De 4 a 30 meses y revalorar su continuación | Náuseas, vómita, somnolencia, ataxia, vértigo, anemia aplásica, agranulocitosis. | Disminuye el efecto de los anticoagulantes orales y de los anticonceptivos hormonales | Hipersensibilidad al fármac. Glaucoma, agranulocitosis, trombocitopenia, anemia aplásica, insuficiencia renal y hepática. |
| 040.000.2164.0 | Carbamazepina. | | Tableta de 400 mg Caja con 20 tabletas | Inciar 100mg cada 8 hrs hasta llegar a 1200 mg De 4 a 30 meses y revalorar su continuación | Tableta de 200 mg Caja con 20 tabletas | Disminuye el efecto de los anticoagulantes orales y de los anticonceptivos hormonales. | Náuseas, vómita, somnolencia, ataxia, vértigo, anemia aplásica, agranulocitosis. |
| 040.000.4483.0 | Fluoxetina | 20 mg al día | Tableta o cápsulas de 20 mg Caja con 28 cápsulas o tabletas | por dos a tres semanas y revaloración | Nerviosismo, ansiedad, insomnio, bradicardia, arritmias, congestión nasal, trastornos visuales, malestar respiratorio, retención urinaria, reacciones de | Con warfarina y digoxina se potencian sus efectos adversos, incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos se presentan el síndrome serotoninérgico (eletripá | Hipersensibilidad al fármaco. Usar con cuidado en ancianos, y embarazadas. |

| | | | | | | | |
|------------------------|---|--|---|--|--|--|---|
| | | | | | hipersensibilidad. | n, sumatripán y zomitriptano)grave con riesgo para la vida | |
| 010.000.4359.00 | Gabapentina | 300 mg al día, incrementando 300 semanalmente hasta un máximo de 1200 mg | Cápsula 300 mg Caja con 15 cápsulas | De 4 a 30 meses y revalorar su continuación | Ataxia, nistagmus, amnesia, depresión, irritabilidad, somnolencia y leucopenia. | Puede aumentar el efecto de los depresores del sistema nervioso central, como el alcohol. Los antiácidos con aluminio disminuyen su biodisponibilidad. | Hipersensibilidad al fármaco, valorar la necesidad de su empleo durante el embarazo y lactancia. |
| 010.000.4031.00 | Capsaicina | Aplicar una o dos veces al día por el tiempo necesario para controlar el dolor | Crema Envase con 40 grm Cada 100 grm equivale a 0.035 g | Según el caso | Eritema,, ardor en sitio de aplicación, que disminuye de intensidad con su aplicación en los primeros días de tratamiento | Ninguna de importancia clínica. | Hipersensibilidad al fármaco, en la piel herida o irritada y en mucosas. |
| 010.000.1506.00 | Estrógenos conjugados derivados equinos | Aplicar 625 mg diariamente vaginal o cada tercer día hasta terminar el tubo | Crema Tubo envase con 43 g Cada grm de crema contiene 0.625 mg | Durante el tiempo de duración del tubo y revaloración su continuidad | La forma vaginal muestra mínimos efectos sobre edema, cefalea, urticaria, náuseas, vómito, meteorismo, migraña, congestión mamaria, cloasma, aumento de presión arterial, depresión, hepatitis, irritabilidad. | El fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, rifampicina y dexametasona disminuyen su efecto. Eritromicina y ketoconazol aumentan su concentración plasmática. | Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma estrógeno dependiente como Mama y endometrial, ictericia colestática en la vía oral, eventos tromboticos, cloasma, Sangrado uterino anormal de causa desconocida. |
| 010.000.1501.00 | Estrógenos conjugados derivados equinos (Ver GPC perimenopausia) | Tomar 625 mg diariamente vaginal o cada tercer día hasta terminar el tubo | Gragea o tabletas contienen conjugados derivados equinos .625 mg Caja con 42 grageas contiene 0.625 mg | Durante el tiempo de duración del tubo y revaloración su continuidad | La forma vaginal muestra mínimos efectos sobre edema, cefalea, urticaria, náuseas, vómito, meteorismo, migraña, congestión mamaria, cloasma, aumento de presión arterial, depresión, hepatitis, irritabilidad. | El fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, rifampicina y dexametasona disminuyen su efecto. Eritromicina y ketoconazol aumentan su concentración plasmática. | Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma estrógeno dependiente como Mama y endometrial, ictericia colestática en la vía oral, eventos tromboticos, cloasma, Sangrado uterino anormal de causa desconocida. |
| 010.000.1509.00 | Estrógenos conjugados derivados equinos más Acetato de Medroxiprogesterona (Ver GPC perimenopausia) | Tomar una gragea diariamente sin descanso | Cada gragea de color marrón contiene estrógenos conjugados derivados equinos .625 mg Cada gragea de color azul contiene estrógenos | Durante dos a tres meses y revaloración su continuidad | Edema, cefalea, urticaria, náuseas, vómito, meteorismo, migraña, congestión mamaria, cloasma, aumento de presión arterial, depresión, hepatitis, irritabilidad. | El fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, rifampicina y dexametasona disminuyen su efecto. Eritromicina y ketoconazol aumentan su concentración plasmática. | Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma estrógeno dependiente como Mama y endometrial, ictericia colestática en la vía oral, eventos tromboticos, cloasma, Sangrado uterino anormal de causa |

| | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------|---|---|---|--|---|--|
| | | | conjugados de origen equino 0.625 mg mas 5 mg de acetato de medroxiprogesterona Caja con 48 grageas | | | | desconocida. |
| 010.000.0522.0 | Idocaína inyectable | Un ml subcutáneo | Frasco solución inyectable de una ampolleta de 5 ml | Un ml subcutánea Aplicación de acuerdo al criterio médico o por razón necesaria | Hipotensión, agitación, somnolencia, visión borrosa, temblor, convulsiones, náuseas, palidez,, sudoración y depresión respiratoria | Con antiarrítmicos, antocinulsivos, bloqueadores beta-adrenérgicos, cimetidina, bloqueadores neuromusculares, epinefrina. | Hipersensibilidad al fármaco, bloqueo auriculoventricular. |
| 010.000.0261.0 | Idocaína inyectable | Un ml subcutáneo | Frasco solución inyectable de 50 ml al 1% Contiene 500 mg | Aplicación de acuerdo al criterio médico o por razón necesaria | Hipotensión, agitación, somnolencia, visión borrosa, temblor, convulsiones, náuseas, palidez,, sudoración y depresión respiratoria | Con antiarrítmicos, antocinulsivos, bloqueadores beta-adrenérgicos, cimetidina, bloqueadores neuromusculares, epinefrina. | Hipersensibilidad al fármaco, bloqueo auriculoventricular. |
| 010.000.3433.0 | Metilprednisolona | Un ml subcutáneo | Solución inyectable. Cada ml contiene 40 mg Frasco ampula cn 2 ml | Un ml subcutánea Aplicación de acuerdo al criterio médico o por razón necesaria | Trombocitopenia, leucopenia, granulocitopenia, conjuntivitis, opacidad corneal, queratitis, fofobia, dolor ocular. | Ajustar dosis cuando nitisona se administra conjuntamente con fármacos inhibidores o inductores de citocromo CYP 3 ⁴ | Hipersensibilidad al fármaco. Dieta restrictiva de sodio. |
| 010.000.5481.0 | Paroxetina | 10 mg al día continuando con 20 mg e incrementar hasta 60mg | Tabletas de 20 mg Envase con 10 tabletas | por dos a tres semanas y revaloración debiendose disminuir gradualmente | Náusea, somnolencia, cefalea, estreñimiento,, sudoración, temblor,, astenia, disfunción sexual, hipotensión postural | Incrementa el efecto de los inhibidores de la momoamnioxidasa, antidepresivos tricíclicos, fenotiacinas, diuréticos y antiarrítmicos. Aumenta el efecto de digitálicos. Con triptanos se presentan el síndrome serotoninérgico(eletripán, sumatripán y zomitriptano)grave con riesgo para la vida | Hipersensibilidad al fármaco. |
| 010.000.4488.0 | Venlafaxina | 37.5 diarios | Grageas o cápsulas | por dos a | Astenia, fatiga | Con de los inhibidores de | Hipersensibilidad al |

| | | | | | | | |
|---|--|--|----------|-----------------------------|---|--|--|
| 0 | | durante una semana e incrementar a 75 mg diarios | de 75 mg | tres semanas y revaloración | hipertensión arterial, vasodilatación, disminución del apetito, náusea, vómito. | la momoamnióxidasa , indavir, warfarina, etanol y haoperidol. Con triptanos(electripan, se presenta el síndrome serotoninérgico grave con riesgo para la vida. | fármaco. Mediciones frecuentes de tensiónn arterial, y presión intraocular. |
|---|--|--|----------|-----------------------------|---|--|--|

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social

© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General

Coordinación Técnica de Excelencia Clínica

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

ISBN en trámite