

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

Actualización
2019

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE
CANDIDOSIS
VULVOVAGINAL
EN MUJERES MAYORES A 12
AÑOS DE EDAD

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: GPC-IMSS-609-19



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL

LIC. GERMÁN MARTÍNEZ CÁZARES

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

DR. JUAN MANUEL LIRA ROMERO

COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

DR. EFRAÍN ARIZMENDI URIBE

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SEGUNDO NIVEL

DR. RAÚL PEÑA VIVEROS

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

LIC. JUAN PABLO VILLA BARRAGÁN

COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

DRA. DULCE ALEJANDRA BALANDRÁN DUARTE

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

DRA. ANA CAROLINA SEPULVEDA VILDOSOLA

COORDINACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD

DR. MARIO MADRAZO NAVARRO

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

ENC. DRA. CAROLINA DEL CARMEN ORTEGA FRANCO

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ENC. DR. CARLOS ALBERTO DURÁN MUÑOZ

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN EN SALUD

DR. JUAN LUIS GERARDO DURÁN ARENAS

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

DR. ARTURO VINIEGRA OSORIO

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL

DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO

COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

DR. ROMEO SERGIO RODRÍGUEZ SUÁREZ

COORDINACIÓN DE SALUD EN EL TRABAJO

ENC. DR. EDUARDO ROBLES PÉREZ

COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

DRA. CONCEPCIÓN GRAJALES MUÑIZ

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

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 se aseguraron que la información sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de interés y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

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

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

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

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Diagnóstico y tratamiento de candidosis vulvovaginal en mujeres mayores a 12 años de edad**. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; **2019** [fecha de consulta]. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

Actualización: **parcial**.

ISBN en trámite

COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2019

CIE- 10: B37.3 CANDIDOSIS DE LA VULVA Y DE LA VAGINA
B37.4 CANDIDOSIS DE OTRAS LOCALIZACIONES UROGENITALES.

COORDINACIÓN			
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Médico Pediatra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
AUTORÍA			
Dra. Verónica Gaona Flores	Médico Infectólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital de Infectología, UMAE Centro Médico Nacional, La Raza. Ciudad de México,
Dr. Humberto Díaz Ponce	Médico Infectólogo Pediatra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital de Pediatría UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI
Dr. José Hernández Gutiérrez	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	HGZ/MF 21, León Guanajuato
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Médica Pediatra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE. Ciudad de México.
Dra. Susana Leal Hernández	Médica Familiar	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar 185, Estado de México Poniente
Dr. Gilberto Gutiérrez Espino	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar 185, Estado de México Poniente
Dr. Eduardo Cruz Peralta	Médico General	Universidad Autónoma de México	División de Posgrado. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México. Ciudad de México.
VALIDACIÓN			
Protocolo de Búsqueda			
Dr. Manuel Vázquez Parrodi	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE. Ciudad de México.

Guía de Práctica Clínica

Dr. Óscar Moreno Álvarez	Médico Ginecólogo Obstetra y Medicina Materno-Fetal	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, UMAE. Ciudad de México.
Dra. Alejandra Vega León	Médico Ginecólogo Obstetra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, UMAE. Ciudad de México.

ÍNDICE

1.	Aspectos Generales	7
1.1.	Metodología	7
1.1.1.	Clasificación.....	7
1.2.	Actualización del año 2013 al 2019	8
1.3.	Justificación.....	9
1.4.	Objetivo	10
1.5.	Definición	11
1.6.	Preguntas a Responder.....	11
2.	Evidencias y Recomendaciones	12
2.1.	Prevención Primaria: Factores de riesgo y Clasificación.....	13
2.2.	Diagnóstico y paraclínicos	16
2.3.	Tratamiento Farmacológico	19
2.4.	Criterios de Referencia	26
3.	Anexos.....	28
3.1.	Diagramas de Flujo.....	28
3.1.1.	<i>Algoritmo</i>	28
3.2.	Cuadros o figuras	26
3.3.	Listado de Recursos.....	26
3.3.1.	<i>Tabla de Medicamentos</i>	26
3.4.	Protocolo de Búsqueda.....	26
3.4.1.	Primera Etapa.....	26
3.4.2.	Segunda Etapa	26
3.4.3.	Tercera Etapa (Si aplica)	26
3.5.	Escalas de Gradación.....	26
3.6.	Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica	27
4.	Glosario	29
5.	Bibliografía.....	30
6.	Agradecimientos.....	32
7.	Comité Académico	33

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. Metodología

1.1.1. Clasificación

CATÁLOGO MAESTRO: GPC-IMSS-609-19

Profesionales de la salud	Infectología Pediátrica, Pediatría, Medicina Familiar
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: B37.3 Candidosis de la vulva y de la vagina B37.4 Candidosis de otras localizaciones urogenitales
Categoría de GPC	Primer y segundo nivel de atención
Usuarios potenciales	Médicos en formación, Médicos en Infectología Pediátrica, Médicos en Pediatría, Médicos en Medicina Familiar, Médicos en Medicina Interna, Médicos en Infectología Adultos, Médicos en Ginecología y Obstetricia
Tipo de organización desarrolladora	Instituto Mexicano del Seguro Social
Población blanco	Mujeres mayores de 12 años, se excluyen mujeres con inmunocompromiso ya conocido.
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas	Prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno
Impacto esperado en salud	Disminución en el número de consultas otorgadas, reducción de complicaciones asociadas, evitar resistencia antifúngica
Metodología de Actualización¹	Evaluación de la guía a actualizar con el instrumento AGREE II, ratificación o rectificación de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o metaanálisis, o ensayos clínicos aleatorizados, o estudios observacionales publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionarán las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
Método de integración	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: <2, al periodo 30 junio 2013> y <16 del periodo al 30 de agosto 2017:>, especificadas por tipo en el anexo de Bibliografía. Guías seleccionadas: 5. Revisiones sistemáticas: 3. Ensayos clínicos aleatorizados 2. Estudios observacionales: 4. Otras fuentes seleccionadas: 4
Método de validación	Validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Mexicano del Seguro Social. Validación de la guía: Instituto Mexicano del Seguro Social.
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Actualización	Fecha de publicación de la actualización: 2019. Esta guía será actualizada nuevamente cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación de la actualización. Registro: IMSS-609-13 Fecha de Publicación: 21 de marzo 2013 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.

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta Guía, puede dirigir su correspondencia a la Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, con domicilio en Durango No. 289 Piso 1A, Col. Roma, México, D.F., C.P. 06700, teléfono 55533589.

1.2. Actualización del año 2013 al 2019

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

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

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El **Título** de la guía, no se modificó:

- Título actualizado: Diagnóstico y tratamiento de candidosis vulvovaginal (CVV) en mujeres mayores a 12 años de edad

La actualización en Evidencias y Recomendaciones se realizó en:

- **Diagnóstico**
- **Tratamiento**

1.3. Justificación

La candidosis vulvovaginal (CVV) es motivo frecuente de consulta médica. La CVV es una infección localizada ocasionada por levaduras oportunistas del género *Candida*, *Candida albicans*, principalmente; 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 % tendrán 4 episodios de CVV por año. Las variantes clínicas de la enfermedad incluyen CVV no complicada y CVV complicada. La distribución geográfica de la candidosis es mundial y más de 70% de los casos reportados son causados por *C. albicans* serotipo B. En la CVV entre 85 y 95% de las levaduras aisladas de vagina, pertenecen a la especie *C. albicans*, siguiéndole en frecuencia *C. glabrata* y en menos del 5% especies como *C. krusei*, *C. parapsilosis*, *C. tropicalis* y *C. africana* entre otras. Pineda J, 2017, Ragunathan L, 2014, Mendling W, 2015.

En los Estados Unidos de Norteamérica, los signos y síntomas vaginales constituyen una de las principales causas por las que las mujeres acuden a consulta con el ginecólogo, con registro de más de 10 millones de consultas al año, con un 25% de reporte de infecciones vaginales. Pineda J, 2017.

En México, esta enfermedad afecta a mujeres de diferentes grupos etarios; las tasas de incidencia registradas por 100, 000 habitantes, son muy variables entre 9.31 hasta 545.20; la tasa más alta corresponde al grupo etario de mujeres adultas jóvenes, entre 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 reproductivas mayores a 15 años de edad. SINAVE 2018

CVV no es una enfermedad reportable, por obligatoriedad y por lo tanto, la información en su incidencia es incompleta y se basa en estudios epidemiológicos que a menudo se ven obstaculizados por imprecisiones de diagnóstico, o el uso de poblaciones no representativas. Se considera la segunda causa más común de vaginitis después de la vaginitis bacteriana. La Candidosis Urogenital, clave B37.3-B37.4, incluida en el capítulo Infecciones de Transmisión Sexual. La infección se presenta principalmente en mujeres entre 25 y 44 años de edad. Las entidades federativas mexicanas con mayores incidencias corresponden a Veracruz, México, Puebla, Chiapas, Oaxaca, Tamaulipas, Guanajuato y Michoacán, sin embargo, en México, a pesar de que la CVV ocupa el noveno lugar entre las 20 principales causas de enfermedad del país, en muy pocos casos se efectúa la identificación de la especie causante. Pineda J, 2017. Anuarios de Morbilidad, SUIVE/Secretaría de Salud.

La CVV se considera un importante problema de salud pública. Aunque la CVV no está asociada a mortalidad, la morbilidad asociada la convierte en una de las principales causas de alteración de rendimiento laboral que de igual manera tiene impacto en la vida sexual y afectiva de las mujeres. La CVV es también asociada con los costos económicos directos e indirectos. Particularmente cuando la CVV no es tratada, puede complicarse en enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, embarazo ectópico, absceso pélvico, aborto espontáneo y trastornos menstruales. Pineda J, 2017.

Se estima que un 75% de las mujeres experimentan al menos un episodio sintomático durante su vida y 6 a 9% experimentará candidosis vulvovaginal recurrente crónica (al menos 4 episodios por año). La CVV se considera la segunda causa más común de vaginitis después de la vaginosis bacteriana. Se estima que aproximadamente el 10-15% de las mujeres asintomáticas están colonizadas por *Candida*; el 70-75% de las mujeres experimentan un episodio de CVV en su vida, mientras que el 50% de las mujeres infectadas inicialmente van a sufrir un segundo evento CVV y 5-10% de todas las mujeres desarrollarán candidosis vulvovaginal recurrente (CVVR) Sherrard J, 2018.

1.4. Objetivo

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 integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

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

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

- Definir los factores de riesgos y los criterios de diagnóstico de CVV y su clasificación en mujeres mayores a 12 años de edad.
- Seleccionar las opciones terapéuticas eficaces y seguras para CVV en mujeres mayores a 12 años de edad de acuerdo a su comportamiento clínico.
- 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, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

1.5. Definición

La candidosis vulvovaginal (CVV) 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, que constituye una enfermedad inflamatoria y una razón frecuente de consulta ginecológica. La candidosis vulvovaginal puede ser aguda (1 episodio al año) o crónica (4 o más episodios por año); se asocia con diferentes patrones de enfermedad y las mujeres que la presentan compromete sustancialmente su calidad de vida, pues impacta de manera negativa en su desempeño social y laboral.

Las causas de CVV son complejas y multifactoriales, pero se sabe que la CVV comprende un espectro (clasificación) que abarca los tipos de infección: agudo, recurrente o crónico. La CVV aguda es la presentación clínica más usual y se caracteriza por prurito, dolor vaginal, ardor vulvar, dispareunia, disuria y olor levemente desagradable; el espectro clínico suele exacerbarse durante la semana previa a la menstruación. Se considera CVVR cuando se presentan al menos 4 episodios de CVV al año, sintomáticos y documentados, con resolución de síntomas entre los episodios. La CVVR tiene una prevalencia de aproximadamente 5% en mujeres en edad reproductiva. La presencia de manifestaciones clínicas persistentes (sin remisiones entre eventos infecciosos), define a la candidosis vulvovaginal crónica (CVVC) Mendling W, 2015, Ragunathan L, 2014, Pineda J, 2017.

1.6. Preguntas a Responder

1. ¿Cuál es la frecuencia de presentación de la candidosis vulvovaginal (CVV) en mujeres mayores de 12 años y sus factores de riesgo para presentar la enfermedad?
2. ¿Cuál es la clasificación y el cuadro clínico de las vulvovaginitis, y las pruebas diagnósticas requeridas?
3. ¿Cuál es el tratamiento de la CVV de acuerdo a su clasificación?
4. ¿Cuáles son los criterios para referir a una paciente a un segundo nivel de atención?

2. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES


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

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


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

Evidencia 

Recomendación 

Punto de buena práctica 






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

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	1a Shekelle <i>Matheson S, 2007</i>

2.1. Prevención Primaria: Factores de riesgo y Clasificación

¿Cuál es la frecuencia de presentación de la candidosis vulvovaginal (CVV) en mujeres mayores de 12 años y sus factores de riesgo?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	<p><i>Candida sp.</i> forma parte de la biota normal de vulva y vagina, sin causar sintomatología. La candidosis vulvovaginal afecta al 75% de las mujeres al menos una vez en su vida.</p> <p>La 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>4 NICE Sherrard J, 2018 van Schalkwyk J, 2015</p>
E	<p>En un estudio retrospectivo realizado en Túnez se obtuvieron 2,160 muestras de exudado vaginal recolectado en 2 años, se reportó que <i>Candida albicans</i> se aisló con mayor frecuencia (76.61%) seguido de <i>Candida glabrata</i>. (17.18%). La frecuencia máxima de cultivos positivos para <i>Candida</i> fue en mujeres entre 25 a 34 años de edad.</p>	<p>3 NICE Mtibaa L, 2017</p>
E	<p>Se clasifica a la CVV en: No complicada y Complicada. La CVV no complicada o episódica: se presenta en mujeres previamente sanas con sintomatología de leve a moderada y sin antecedentes de síntomas persistentes o recurrentes, con menos de 4 episodios al año.</p>	<p>3, 4 NICE Ragunathan L, 2014 Pappas PG, 2016</p>
E	<p>La CVV complicada se puede presentar como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CVV grave: cuando a la exploración se encuentran signos intensos de eritema vulvar extenso, edema, escoriaciones y fisuras, esto puede incluir a la CVV episódica con sintomatología grave o infección persistente por <i>Candida no albicans</i>. 	<p>3, 4 NICE Ragunathan L, 2014 Pappas P, 2016</p>
E	<p>La CVV recurrente o persistente se presentan en hospederos susceptibles con una condición subyacente como: embarazo, diabetes mellitus, infección por VIH, entre otras y se define a la presencia de 4 o más episodios de CVV en un periodo de un año</p>	<p>4 NICE Mendling W, 2015</p>

	<p>En toda paciente con CVV es importante hacer énfasis en la intensidad del cuadro clínico, duración y periodicidad de los mismos. Se reconoce que ante la presencia de manifestaciones clínicas localizada a vulva y vagina se debe considerar la posibilidad de CVV; sin embargo, la presencia de <i>Candida sp.</i> en ausencia de síntomas no requiere de exámenes clínicos y para clínicos adicionales.</p>	<p>C, D NICE <i>Ragunathan L, 2014</i> <i>Pappas PG, 2016</i> <i>Mendling W, 2015</i></p>
	<p>En la paciente con CVV recurrente o persistente se sugiere investigar de manera dirigida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la presencia de enfermedad subyacente • infección persistente por <i>Candida no albicans</i> 	<p>C, D NICE <i>Ragunathan L, 2014</i> <i>Pappas PG, 2016</i> <i>Mendling W, 2015</i></p>
	<p>Es importante que el clínico reconozca si existe comorbilidad subyacente y diferencie entre CVV no complicada y complicada, para la toma de decisión de tratamiento y referencia a otros niveles de atención.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Los probables factores de riesgo para CVV, incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sólo el embarazo se correlacionó positivamente con el desarrollo de la CVV • factores fisiológicos, sobrepeso, período pre menstrual • diabetes mellitus (Inmunosupresión endógena) • inmunosupresión exógena (tratamiento inmunosupresor, corticoides) • antibióticos sistémicos • uso de los diferentes anticonceptivos <p>De acuerdo a la evidencia revisada, a excepción del embarazo el resto de los factores mencionados no son consistentes como factor de riesgo para el desarrollo de la CVV.</p>	<p>2+, 4 NICE <i>Sherrard J, 2018</i> <i>van Schalkwyk J, 2015</i> <i>Martin JE, 2015</i> <i>Mtibaa L, 2017</i></p>
	<p>Con respecto al embarazo se propone que un desequilibrio hormonal predominante de la progesterona, provoca un cambio en el epitelio vaginal y una disminución del pH vaginal, permitiendo la implantación de levaduras de <i>Candida</i>. La alta concentración de progesterona también es responsable del aumento del contenido de glucógeno en el tejido vaginal, que proporciona una fuente de carbono para el crecimiento y la germinación de <i>Candida</i>. Además, los estrógenos en el embarazo aumentan la avidez de las células epiteliales vaginales por la adherencia de <i>Candida</i> y la formación de</p>	<p>3, 4 NICE <i>Mtibaa L, 2017</i></p>

	micelios de levadura	
E	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.	4 NICE <i>Sherrard J, 2018</i> <i>Martin JE, 2015</i>
E	En algunas mujeres, los síntomas pueden ocurrir con una baja carga de Candida y se piensa que esto puede ser debido a una respuesta alérgica o inflamatoria a la levadura. Se dice que algunos factores ambientales favorecen la CVV como la humedad, calor, maceración crónica y fricción	4 NICE <i>Sherrard J, 2018</i>
R	Considerar las condiciones clínicas como el embarazo, diabetes mellitus, como posibles factores relacionados para el desarrollo de CVV.	D NICE <i>Sherrard J, 2018</i> <i>Hainer BL, 2011</i> <i>Mtibaa L, 2017</i> <i>Martin JE, 2015</i>

2.2. Diagnóstico y paraclínicos

¿Cuál es la clasificación y el cuadro clínico de las vulvovaginitis, y las pruebas diagnósticas requeridas?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
<p>E</p>	<p>Los criterios para el diagnóstico de probabilidad de CVV son el flujo o secreción vaginal sin olor desagradable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observación de levaduras o pseudohifas en el examen en fresco del exudado vaginal (40- 60% de sensibilidad) • Observación de levaduras o pseudohifas en el frotis de exudado vaginal teñido con tinción de Gram (65% de sensibilidad) 	<p>4 NICE <i>Sherrard J, 2018</i></p>
<p>E</p>	<p>Los criterios para el diagnóstico de certeza de CVV son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flujo o secreción vaginal sin olor desagradable • Cultivo positivo a <i>Candida sp.</i> Se debe especificar si se trata de <i>C. albicans</i> o <i>Candida no albicans</i>. Si el cultivo se realizó en placas de medio de Saboraoud, se debe reportar si el crecimiento de colonias fue escaso, medio o abundante. • El aislamiento repetido de la misma especie de <i>Candida no albicans</i> puede indicar resistencia a antifúngicos • El cultivo de la levadura se considera el estándar de oro para el diagnóstico de CVV. 	<p>2+, 3 NICE <i>Sherrard J, 2018</i> <i>Mendling W, 2015</i> <i>Pineda J, 2017</i> <i>Workowski KA, 2015</i> <i>van Schalkwyk J, 2015</i></p>
<p>E</p>	<p>En el cuadro clínico de la CVV los signos y síntomas son inespecíficos. Los síntomas frecuentemente observados en pacientes con CVV son el flujo vaginal, prurito vulvar, dolor vulvar, dispareunia y disuria.</p>	<p>4 NICE <i>Workowski KA, 2015</i></p>
<p>E</p>	<p>En un estudio retrospectivo realizado en Túnez, se reportó que la leucorrea fue el síntoma más frecuente (72,25%), seguida del malestar vulvar (63,23%), dispareunia (32,25%) y disuria (24,92%). Resultados de la identificación de datos por anamnesis, clínicos y micológicos se deduce que el conocimiento del factores de riesgo y su manejo serían necesarios para prevenir la aparición de CVV, especialmente en su forma recurrente</p>	<p>3 NICE <i>Mtibaa L, 2017</i></p>

<p>R</p>	<p>Es aconsejable que el examen físico en la mujer con sospecha de CVV incluya: palpación abdominal en busca de dolor, evaluación de la vulva, revisión con espejo vaginal con inspección de paredes vaginales y cérvix; evaluar las características de la secreción: cantidad, consistencia, así como el examen pélvico bimanual en la integración de diagnóstico de probabilidad y diagnóstico diferencial.</p>	<p>D NICE <i>Sherrard J, 2018</i></p>
<p>R</p>	<p>Se recomienda utilizar los criterios para el diagnóstico de probabilidad y certeza de la CVV, resultando una mayor certidumbre para la toma de decisiones terapéuticas y la vigilancia de la respuesta clínica</p>	<p>D NICE <i>Sherrard J, 2018</i></p>
<p>E</p>	<p>En las pacientes con sospecha de CVV no complicada se debe considerar la toma de los siguientes paraclínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen en fresco con observación directa al microscopio de muestra del exudado vaginal (de las paredes vaginales), con una preparación con solución salina al 10% de KOH y del frotis teñido: tinción de Gram, en busca de levaduras en gemación, hifas o pseudohifas • preferentemente debiera también hacerse cultivo para determinar la especie de <i>Candida</i>. 	<p>4 NICE <i>Workowski KA, 2015</i> <i>Mendling W, 2015</i> <i>Pineda J, 2017</i></p>
<p>E</p>	<p>En 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 <i>Candida</i>. Reconociendo que <i>Candida albicans</i> representa el 85% a 90% de los casos de candidosis vulvovaginal y <i>Candida glabrata</i> representa casi la totalidad de los casos restantes.</p>	<p>2-, 3 NICE <i>Hainer BL, 2011</i> <i>Sherrard J, 2018</i></p>
<p>E</p>	<p>Las vulvovaginitis infecciosas a tomar en cuenta en el diagnóstico diferencial de CVV son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaginosis bacteriana • Trichomoniasis 	<p>3, 4 NICE <i>Sherrard J, 2018</i> <i>Schalkwyk J, 2015</i></p>
<p>E</p>	<p>Los elementos diferenciales de CVV son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • características del flujo vulvovaginal • Prurito • escoriación vulvar • lesiones satélites (cuadro 1) 	<p>4 NICE <i>Sherrard J, 2018</i> <i>van Schalkwyk J, 2015</i> <i>Mendling W, 2015</i></p>

	<p>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 una CVV complicada es indispensable la toma de cultivo de exudado vaginal</p>	<p>C, D NICE <i>Hainer BL, 2011 Sherrard J, 2018</i></p>
	<p>Los síntomas por sí mismos no discriminan entre las diferentes etiologías de la vulvovaginitis. Las pruebas de laboratorio deben ser realizadas bajo los hallazgos del cuadro clínico y examen físico. Por lo que se recomienda no realizar cultivos ante la sospecha de vulvovaginitis bacteriana debido a la posibilidad de un espectro de infección poli microbiana</p>	<p>B, C NICE <i>Hainer BL, 2011</i></p>
	<p>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</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>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, se recomienda su envío al siguiente nivel de atención</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Es necesario que el médico de primer contacto realice diagnóstico diferencial basado en la descripción del cuadro clínico: eritema y el edema de tejidos vulvares y vaginales, acompañados de prurito y secreción (exudado, flujo) vaginal espesa y blanca. De ser factible realizar examen en fresco del exudado de secreción vaginal.</p>	<p>C, D NICE <i>Sherrard J, 2018 van Schalkwyk J, 2015 Mendling W, 2015</i></p>
	<p>Considerar que los episodios agudos de CVV en apariencia causados por <i>Candida sp.</i>, muy frecuentemente son manejados empíricamente basados en la sintomatología de la paciente o auto medicados con antimicóticos, sin embargo no son elementos suficientes para elaborar el diagnóstico clínico de la CVV no complicada.</p>	<p>D NICE <i>Pineda J, 2017</i></p>

2.3. Tratamiento Farmacológico

¿Cuál es el tratamiento de la CVV de acuerdo a su clasificación?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
<div style="background-color: #003366; color: white; padding: 10px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 2em;">E</div>	<p>En el tratamiento para la paciente con CVV No complicada considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • basado en signos y síntomas más resultados del exudado vaginal • La pareja masculina no requiere tratamiento si está asintomática • en mujeres asintomáticas con cultivo positivo para <i>Candida sp.</i>, no prescribir tratamiento. 	<p style="text-align: center;">4 NICE <i>Sherrard J, 2018</i> <i>Pineda J, 2017</i></p>
<div style="background-color: #006633; color: white; padding: 10px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 2em;">R</div>	<p>Se puede ofrecer tratamiento empírico, con base en la clínica y características de la secreción vaginal, en mujeres consideradas con bajo riesgo de enfermedad por transmisión sexual: CVV no complicada siempre y cuando no presenten síntomas de infección de tracto reproductivo alto. En la mujer no embarazada, el tratamiento bucal e intravaginal son opciones para la CVV no complicada con tasas similares de curación.</p>	<p style="text-align: center;">B, D NICE <i>Pineda J, 2017</i> <i>Hainer BL, 2011</i></p>
<div style="background-color: #003366; color: white; padding: 10px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 2em;">E</div>	<p>El tratamiento dirigido para pacientes con CVV complicada se basa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CVV con base en signos y síntomas más el resultado del examen en fresco y/o tinción de Gram, más cultivo del exudado vaginal. • Para determinar el tipo y duración del tratamiento de la CVV, deben considerarse los hábitos de la paciente, el tipo de candidosis que presenta y la especie de <i>Candida</i> involucrada. 	<p style="text-align: center;">2+, 3 NICE <i>Sherrard J, 2018</i></p>
<div style="background-color: #003366; color: white; padding: 10px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 2em;">E</div>	<p>Los medicamentos de elección en el tratamiento de la CVV son los azoles o polienos, en sus presentaciones intravaginal o azoles por vía bucal y se consideran igualmente efectivos. Una sola dosis oral de 150 mg de fluconazol demostró una eficacia terapéutica excelente y buena tolerancia.</p>	<p style="text-align: center;">2++, 3 NICE <i>Sherrard J, 2018</i> <i>van Schalkwyk J, 2015</i> <i>Mikamoa H, 2015</i></p>

E	Las formulaciones tópicas de curso corto, es decir, dosis única y los regímenes cortos de 1-3 días, muestran efectividad en la CVV no complicada	2+ NICE <i>Workowski KA, 2015</i> <i>Akimoto GL, 2014</i>
E	El tratamiento con azoles, da como resultado el alivio de los síntomas y cultivos negativos entre 80-90% de los pacientes después de que el tratamiento es completado, ya sea administrado por vía oral o intravaginal. En general, el tratamiento estándar de dosis única es igual de efectivo comparado con los largos.	2+ NICE <i>Sherrard J, 2018</i> <i>Workowski KA, 2015</i> <i>Akimoto GL, 2014</i>
E	Se realizó un ensayo clínico aleatorizado en Japón con un total de 157 mujeres con CVV no complicada, las cuales recibieron una dosis única por vía bucal de 150 mg de fluconazol. La tasa de eficacia para el resultado terapéutico: eficacia clínica y micológica en forma individual por paciente fue del 74,7% (74/99) en el día 28. Con respecto a la eficacia clínica y micológica en el día 28 en la población, las tasas de cura, cura o mejoría y erradicación fueron 81.6%, 95.9% y 85.9%, respectivamente. Los eventos adversos relacionados con el tratamiento más comunes fueron diarrea y náuseas (1.9% para cada uno).	2+ NICE <i>Mikamoa H, 2015</i>
E	El tratamiento de CVV en hospederos con diabetes implica el control de la enfermedad subyacente y de acuerdo a la variedad clínica de CVV la selección del esquema.	2+, 4 NICE <i>Sherrard J, 2018</i> <i>Pappas PG, 2016</i> <i>Akimoto GL, 2014</i>
E	Los esquemas de tratamiento de la CVV en pacientes VIH seropositivas no difieren de los recomendados para pacientes VIH seronegativas	3 NICE <i>Pappas PG, 2016</i>
E	El costo de los tratamientos por vía bucal e intravaginales son más baratos que los tratamientos por vía bucal	3 NICE <i>Pappas PG, 2016</i>




<p>R</p>	<p>La excelente respuesta al fluconazol, tanto en las mujeres no diabéticas o con diabetes, sugiere que este antimicótico sigue siendo la opción terapéutica de primera línea</p>	<p>D NICE Sherrard J, 2018 Pappas PG, 2016 Akimoto GL, 2014</p>
<p>R</p>	<p>En el tratamiento de la CVV no complicada no hay diferencia entre los esquemas tópicos versus vía bucal. Los azoles tópicos pueden requerir tratamientos más prolongados para resolverla</p> <ul style="list-style-type: none"> • La duración de los esquemas de tratamiento para CVV no complicada y complicada es diferente <p>Las preferencias de la paciente, seguridad y el costo determinarán la prescripción del tratamiento antimicótico en las pacientes con CVV no complicada</p>	<p>B, D NICE Pappas PG, 2016 Sherrard J, 2018 Workowski KA, 2015 van Schalkwyk J, 2015</p>
<p>E</p>	<p>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, con vigilancia de la respuesta terapéutica</p>	<p>3 NICE Workowski KA, 2015</p>
<p>E</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En el tratamiento de la CVV no hay diferencia entre los esquemas tópicos versus vía oral. En la CVV no complicada se alcanzan una respuesta > de 90%. • La diferencia en los esquemas de tratamiento para CVV no complicada y complicada es la duración del mismo. • El tratamiento con azoles falla cuando C. glabrata es el agente etiológico 	<p>2+, 4 NICE Sherrard J, 2018 Workowski KA, 2015</p>
<p>E</p>	<p>Los agentes tópicos en dosis terapéuticas generalmente no causan efectos secundarios sistémicos, aunque pueden ocurrir quemaduras locales o irritación en 1 a 10% de los casos. Los azoles orales ocasionalmente causan náuseas, dolor abdominal y cefalea. La terapia con los azoles orales se ha asociado raramente con elevaciones anormales de las enzimas hepáticas.</p>	<p>2+, 4 NICE Sherrard J, 2018 Workowski KA, 2015 Mendling W, 2015</p>

<p>E</p>	<p>El itraconazol causa significativamente más efectos secundarios durante el tratamiento sistémico comparado con el fluconazol, por ejemplo, reacciones anafilácticas, cefalea, etc.</p>	<p>2+, 4 NICE Sherrard J, 2018 Workowski KA, 2015 Mendling W, 2015</p>
<p>R</p>	<p>La decisión para prescribir o recomendar un tratamiento antimicótico en la paciente con CVV no complicada en relación a la vía de administración por vía bucal o intravaginal debiera considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo • preferencias de tratamiento de las pacientes • contraindicaciones 	<p>B, D NICE Sherrard J, 2018 Workowski KA, 2015</p>
<p>R</p>	<p>Se recomienda que antes de indicar un tratamiento para CVV se tomen en cuenta las preferencias de la paciente así como alergias, intolerancia y posibles reacciones adversa</p>	<p>D NICE Workowski KA, 2015</p>
<p>E</p>	<p>En la CVV no complicada: leve a moderada o periódica considerar regímenes farmacológicos cortos o de dosis única de acuerdo a los medicamento disponibles como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nistatina 100 000 U, una tableta u óvulo vaginal, por vía vaginal durante 14 días • Fluconazol 150 mg por vía oral, dosis única • Itraconazol 200 mg por vía oral, dos veces al día, durante un día • Isoconazol 600 mg óvulo vaginal, dosis única <p>La aplicación tópica de los azoles es más efectiva que la nistatina. El tratamiento con azoles da como resultado el alivio de los síntomas y cultivos negativos en 80% -90% de pacientes que completan la terapia</p>	<p>2+, 4 NICE Sherrard J, 2018 Workowski KA, 2015 Pineda J, 2017</p>
<p>E</p>	<p>En una revisión sistemática se concluyó en mujeres con CVV no complicada no embarazadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los imidazoles intravaginales reducen los síntomas de la CVV en pacientes no embarazadas. • Los imidazoles intravaginales: butoconazol, clotrimazol, Miconazol, pueden reducir los síntomas en comparación con el placebo, y todos parecen tener una eficacia similar al compararse entre sí. • Los imidazoles intravaginales: clotrimazol, miconazol y 	<p>2++ NICE Martin JE, 2015</p>

	<p>econazol e imidazoles orales: fluconazol o itraconazol son equivalentes en la eficacia para lograr la cura clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> El itraconazol oral parece reducir los síntomas persistentes en 1 semana en comparación con el placebo, pero no se ha estudiado si es superior en eficacia en comparación con el fluconazol vía bucal. 	
E	<p>Otros tratamientos intravaginales no disponibles en la institución son:</p> <ul style="list-style-type: none"> comprimidos vaginales de Clotrimazol 500 mg una sola vez o 200 mg una vez al día durante 3 días Miconazol óvulo vaginal 1200 mg en una sola dosis o 400 mg una vez al día durante 3 días 	<p>2+, 3 NICE <i>Sherrard J, 2018</i> <i>Workowski KA, 2015</i></p>
E	<p>La nistatina intravaginal reduce los síntomas en comparación con el placebo, sin embargo no existen estudios que comparen: imidazoles intravaginales, fluconazol oral o itraconazol oral.</p>	<p>2++ NICE <i>Martin JE, 2015</i></p>
R	<p>El médico tratante debe considerar el beneficio del tratamiento antimicótico empírico ante la falta de herramientas diagnósticas útiles en mujeres con CVV no complicada en mujeres consideradas con bajo riesgo de enfermedad por transmisión sexual y que no presenten síntomas de infección de tracto reproductivo, requiriendo seguimiento a corto plazo y en caso de falta de respuesta clínica derivar al siguiente nivel de atención</p>	<p>D NICE <i>Pineda J, 2017</i></p>
E	<p>En la CCV complicada indicar Fluconazol 150 mg por vía bucal una dosis y repetir a las 72 h una segunda dosis La CVV en hospederos con enfermedades subyacentes: diabetes, VIH, manejo con corticoesteroides, ya identificada:</p> <ul style="list-style-type: none"> Control de la comorbilidad enfermedad No prescribir tratamiento corto Nistatina 100 000 UI una tableta u óvulo vaginal, por vía vaginal durante 14 días O fluconazol 100 mg, 150 mg o 200 mg por vía bucal cada tercer día por tres dosis (días 1, 4 y 7). 	<p>2+, 4 NICE <i>Sherrard J, 2018</i> <i>Pineda J, 2017</i> <i>Workowski KA, 2015</i> <i>Martin JE, 2015</i></p>



<p>E</p>	<p>Posterior a la terapia inicial, el régimen de tratamiento por 6 meses con un agente antifúngico disminuye la recurrencia de la CVV complicada / persistente. El tratamiento adecuado incluye fluconazol vía bucal 150 mg una vez por semana durante seis meses o itraconazol vía bucal 200 mg 2 veces por día, un día por mes durante seis meses</p>	<p>2++, 4 NICE <i>Workowski KA, 2015</i> <i>Delrene DJ, 2011</i> <i>van Schalkwyk J, 2015</i></p>
<p>R</p>	<p>Candidosis vulvovaginal recurrente. Tratamiento de inducción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nistatina 100 000 U, una tableta u óvulo vaginal, por vía vaginal durante 14 días, o durante 21 días en caso de enfermedad por <i>C. glabrata</i> • O Fluconazol 100 mg, 150 mg o 200 mg por vía bucal cada tercer día por 3 dosis (días 1, 4 y 7). <p>Tratamiento de mantenimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluconazol 100mg, 150 mg o 200 mg por vía bucal una sola dosis, una vez por semana, durante 6 meses. 	<p>A NICE <i>Delrene DJ, 2011</i></p>
<p>E</p>	<p>En un estudio aleatorizado, doble ciego se incluyeron 343 mujeres se administró 150 mg de fluconazol o placebo una vez por semana durante 6 meses. Al término del tratamiento, 90.8 % del grupo de tratamiento con fluconazol y 35.9 % del grupo placebo estaban en remisión. 6 meses después de terminada la terapia, 42.9 % del grupo de tratamiento fue asintomático frente al 21,9 % del grupo placebo</p>	<p>2+ NICE <i>Delrene DJ, 2011</i></p>
<p>E</p>	<p>En otro estudio en mujeres con CVV en las que utilizo itraconazol y clotrimazol se observaron tasas de curación clínica a 6 meses de 66.7% del grupo con itraconazol y 100 % del grupo con clotrimazol</p>	<p>2+, 4 NICE <i>Sherrard J, 2018</i> <i>Workowski KA, 2015</i></p>
<p>R</p>	<p>Se recomienda que los médicos pretendan lograr la remisión micológica en mujeres con CVV recurrente antes de iniciar terapia de mantenimiento en las pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los regímenes adecuados para la remisión micológica incluyen 7 a 14 días de terapia tópica o fluconazol vía bucal (100, 150 o 200 mg) cada tercer día para un total de 3 dosis. • Los regímenes de mantenimiento incluyen fluconazol vía bucal (100, 150 o 200 mg) una vez por semana durante 6 meses o, si no es factible, 200 mg de crema tópica de clotrimazol 2 veces por semana 	<p>C, D NICE <i>Sherrard J, 2018</i> <i>Workowski KA, 2015</i> <i>Delrene DJ, 2011</i></p>



<p>E</p>	<p>Una alternativa del tratamiento a largo plazo por un año con fluconazol para la CVV persistente o recurrente con una eficacia del 77%:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 veces por semana 200 mg primera semana • Una vez por semana de la semana 2 a la 8 • Una vez cada 2 semanas del 3 al 6 mes • Una vez al mes del mes 7 al 12 	<p>B NICE <i>Matheson A, 2017</i></p>
<p>E</p>	<p>Se requiere iniciar con Tratamiento de inducción, en caso de enfermedad por <i>C. Glabrata</i> con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluconazol 150 mg por vía bucal cada tercer día por 3 dosis (días 1, 4 y 7) • continuar tratamiento de mantenimiento con fluconazol 150 mg por vía bucal una sola dosis, una vez por semana, durante 6 meses. • No existen ensayos clínicos aleatorizados, solo estudios pequeños que comparan el ácido bórico intravaginal 600 mg, por 7 a 14 días contra nistatina intravaginal o fluconazol oral, con una eficacia limitada (curación hasta 70%) contra <i>C. glabrata</i> 	<p>B NICE <i>Sherrard J, 2018</i> <i>Matheson A, 2017</i> <i>Belayneh M, 2017</i></p>
<p>E</p>	<p>En la CVV por <i>Candida no albicans</i> prescribir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nistatina 100 000 U, una tableta u óvulo vaginal, durante 21 días. 	<p>D NICE <i>Nyirsjesy P, 2014</i></p>
<p>E</p>	<p>En mujeres sintomáticas no embarazadas con CCV no complicada no se encontraron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ensayos clínicos aleatorizados que compararan el aceite de té de árbol intravaginal con otras intervenciones enumeradas en la revisión. • ensayos clínicos aleatorizados que comparara el ajo o el yogur, utilizado por vía vaginal u oral, con otras intervenciones. • ensayos clínicos aleatorizados que compararan la duchas intravaginales con otras intervenciones • sin embargo si existen estudios observacionales que sugieren una posible asociación con efectos adversos graves, como enfermedad inflamatoria pélvica, endometritis y embarazo ectópico. 	<p>4 NICE <i>Martin JE, 2015</i></p>

	<p>En el embarazo, únicamente los azoles tópicos pueden ser utilizados en el primer trimestre de la gestación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clotrimazol crema por 14 días • Nistatina 100 000 U, una tableta u óvulo vaginal, por vía vaginal durante 14 días 	<p>B NICE <i>Pappas PG, 2016</i> <i>Sherrard J, 2018</i> <i>Workowski KA, 2015</i> <i>Delrene DJ, 2011</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Al identificar la etiología de la CVV complicada por <i>C. Glabrata</i> se deberá iniciar tratamiento de inducción por 3 días y continuar tratamiento de mantenimiento por 6 meses con fluconazol. No se recomienda el uso del ácido bórico por su baja efectividad y efecto secundario de irritación vulvovaginal. • En la CVV por <i>Candida no albicans</i> prescribir nistatina 	<p>B, D NICE <i>Sherrard J, 2018</i> <i>Matheson A, 2017</i> <i>Belayneh M, 2017</i> <i>Nyirsjesy P, 2014</i></p>
	<p>No se encontró evidencia de alta calidad en mujeres no embarazadas con CVV no complicada que compare los efectos de tratamientos alternativos o complementarios con otras intervenciones, por lo tanto no se recomiendan su uso.</p>	<p>D NICE <i>Martin JE, 2015</i></p>

2.4. Criterios de Referencia

¿Cuáles son los criterios para referir a una paciente a un segundo nivel de atención?

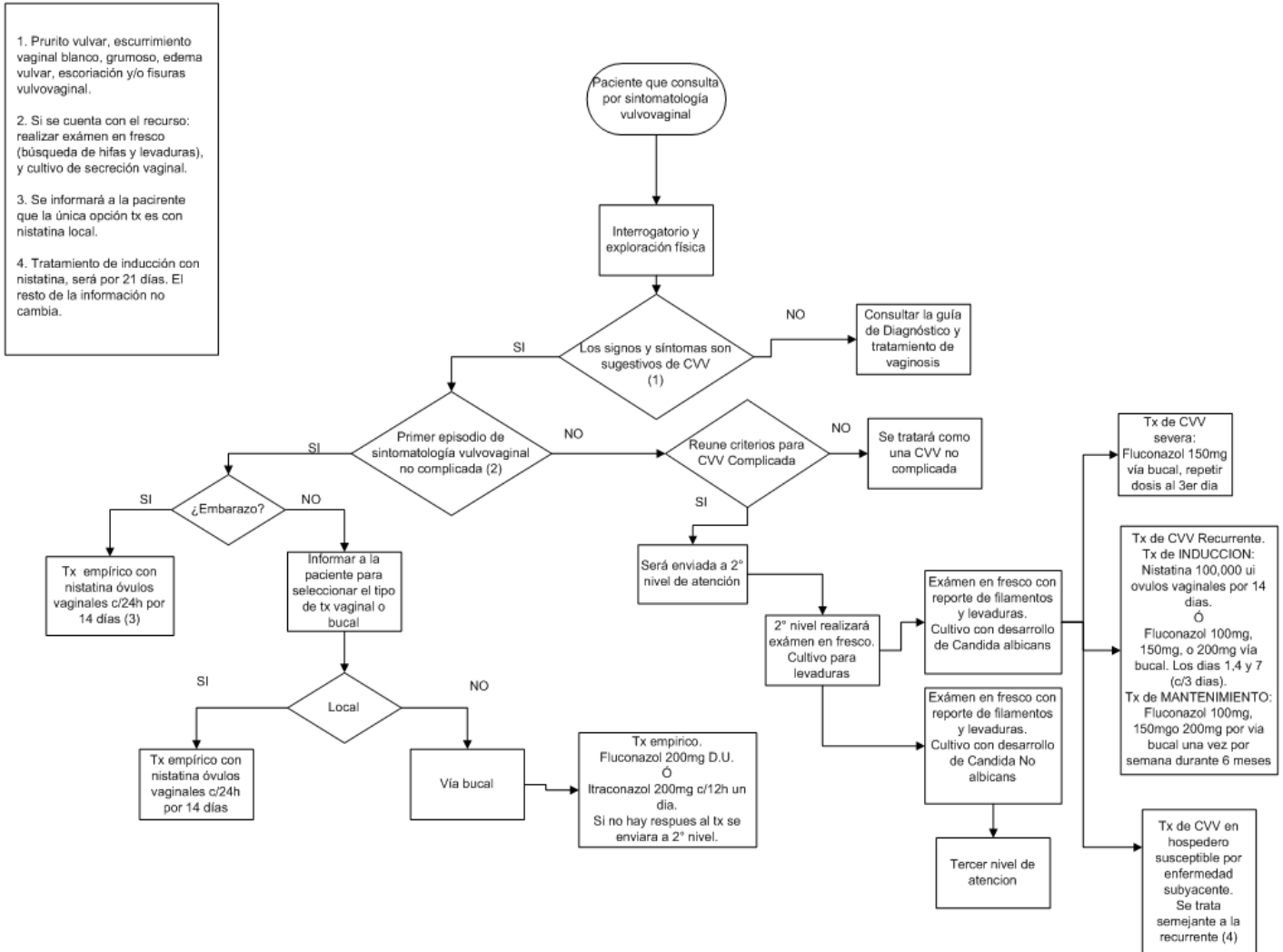
EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
 <p>Educar a la paciente sobre la historia natural de la enfermedad, la posibilidad de recidiva, así como los cuidados generales, los factores que la exacerban, la seguridad y efectos secundarios de los medicamentos.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
 <p>Si no existe mejoría en una paciente con CVV no complicada, enviar al siguiente nivel de atención.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

	<p>Las mujeres con CVV que debieran ser enviadas del primer nivel de atención al segundo nivel de atención al servicio de Ginecología, son aquellas con CVV no complicada que recibieron tratamiento empírico y no hubo respuesta. A fin de que a las pacientes se les practiquen los exámenes paraclínicos necesarios, se establezca el diagnóstico etiológico de certeza y se prescriba tratamiento específico.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Las pacientes con CVV recurrente que debieran ser enviadas de segundo nivel al tercer nivel de atención, son aquellas mujeres 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, así como la imposibilidad de determinación de resistencia, esto con el objetivo de identificar la especie e iniciar tratamiento específico. El envío será al servicio de Infectología en el tercer nivel de atención.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

3. ANEXOS

3.1. Diagramas de Flujo

3.1.1. Algoritmo



3.2. Cuadros o figuras

CUADRO 1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN VULVOVAGINITIS INFECCIOSA

Síntomas					Signos	
Enfermedad	Etiología	Características del flujo vaginal	Dolor	Prurito	Vagina	Vulva
Candidosis vulvovaginal	<i>Candida albicans</i> , <i>Candida krusei</i> , <i>Candida glabrata</i>	Blanco, grumoso, sin olor	Ardor vulvar, disuria, dispareunia	Frecuente	Inflamación y edema	Escoriaciones y lesiones satélites
Vaginosis bacteriana	<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , bacterias anaerobias: <i>Prevotella sp</i> , <i>Mobiluncus sp</i>	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	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Verde-amarillo	Disuria, edema vaginal, dispareunia	No es un síntoma primario	Inflamación severa (signo de cérvix en fresa)	Eritema vulvar

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

3.3. Listado de Recursos

3.3.1. Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de **Candidosis vulvovaginal**

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS							
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.1566 .00	Nistatina	100,000 UI por día Intravaginal	Óvulos / tabletas vaginales con 100,000 UI, envase con 12 óvulos	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.
010.000.5267 .00	Fluconazol	150 o 200 mg por día, por vía bucal.	100mg/envase con 10 cápsulas o tabletas	CVV no complicada: Dosis única. CVV grave: 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.
010.000.2018 .00	Itraconazol	200 mg 2 veces al día, por Vía bucal	100 mg/ 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 grave	Con antiácidos, atropínicos y antihistamínicos se reduce su absorción. Con rifampicina e isoniazida disminuye su efecto terapéutico.	Hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia hepática, alcoholismo, lactancia.

3.4. Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos acerca de la temática **Diagnóstico y tratamiento de la candidosis vulvovaginal en mujeres mayores de 12 años de edad**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica, la cual abarcó hasta el 08 de enero del 2019.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en español e inglés.
- Documentos publicados los últimos **10 años** (rango extendido).
- Documentos enfocados **diagnóstico y tratamiento**.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.
- Documentaciones de acceso con suscripción o paga

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

3.4.1. Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema **Diagnóstico y tratamiento de la candidosis vulvovaginal en mujeres mayores de 12 años de edad** en PubMed. La búsqueda se limitó a estudios en humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idioma inglés y español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el(los) término(s) < **vulvo vaginal candidosis / candidiasis, uncomplicated vulvovaginal candidosis, oral or intra- vaginal anti-fungal treatment of vulvovaginal candidosis, guideline, infections in gynecology and obstetrics, management of candidosis, classification, diagnosis, drug therapy, epidemiology, MeSh utilizados en la búsqueda**>. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio <# 43> resultados, de los cuales se utilizaron <13> documentos para la elaboración de la guía.

3.4.2. Segunda Etapa

BÚSQUEDA	RESULTADO
<Búsqueda de PubMed correspondiente>.	<# de documentos obtenidos como resultado>
PubMed	43

Algoritmo de búsqueda:

Search	Add to builder	Query	Items found
#15	Add	Search vulvovaginal candidiasis guideline and diagnosis and review systematic Sort by: Best Match	<u>1</u>
#14	Add	Search vulvovaginal candidiasis guideline and diagnosis and review systematic Sort by: Best Match	<u>0</u>
#13	Add	Search vulvovaginal candidiasis guideline and diagnosis Sort by: Best Match	<u>42</u>
#12	Add	Search vulvovaginal candidiasis guideline and treatment and meta analysis Schema: all Sort by: Best Match	<u>0</u>
#11	Add	Search vulvovaginal candidiasis guideline and treatment and meta analysis Sort by: Best Match	<u>0</u>
#10	Add	Search vulvovaginal candidiasis guideline and treatment and meta analysis Schema: all Sort by: Best Match	<u>0</u>
#9	Add	Search vulvovaginal candidiasis guideline and treatment and meta analysis Sort by: Best Match	<u>0</u>
#8	Add	Search vulvovaginal candidiasis guideline and treatment and review systematic Sort by: Best Match	<u>3</u>
#6	Add	Search vulvovaginal candidiasis guideline and treatment Sort by: Best Match	<u>62</u>
#4	Add	Search vulvovaginal candidiasis guideline Sort by: Best Match	<u>73</u>
#1	Add	Search vulvovaginal candidiasis Sort by: Best Match	<u>3843</u>

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

3.4.3. Tercera Etapa (Si aplica)

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el término MeSH Terms: sexually transmitted diseases; guidelines as topic; disease management; vaginal discharge. Publication Type: guideline< **meta-analysis as topic; Candida, candidiasis vulvovaginal; guidelines as topic; therapeutics, recurrent vulvovaginal candidiasis, review systematic, guidelines and recommendations.** A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

SITIOS WEB	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists.	1	1
Infectious Diseases Society of America.	1	1
World Health Organisation. WHO	1	1
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Clinical Practice Guideline. SOGC	1	1
National Center for Infectious Diseases. CDC. www.cdc.gov	1	1
Total	5	5

En los siguientes sitios Web no se obtuvieron resultados:

- The National Institute for Health and Care Excellence. NICE. www.nice.org.uk,
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN. www.sign.ac.uk/ <https://www.sign.ac.uk/>
- National guideline clearinghouse. NGC. <https://www.ahrq.gov/topics/national-guideline-clearinghouse-ngc.html><https://www.ahrq.gov/gam/index.html>

En resumen, de <43> resultados encontrados, <18> fueron útiles para el desarrollo de esta guía.

3.5. Escalas de Gradación

Escala de NICE

NIVELES DE EVIDENCIA	
1++	Meta análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo
1+	Meta análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgos
1-	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y alta probabilidad de establecer una relación causal
2+	Estudios de cohortes y casos y controles con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	
A	Al menos un meta análisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuestos por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población guía y que demuestra gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada de estudios clasificados como 2++
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

3.6. Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico(s) Clínico(s):		Candidosis	
CIE-9-MC / CIE-10		B37.3 Candidosis de la vulva y de la vagina B37.4 Candidosis de otras localizaciones urogenitales	
Código del CMGPC:		GPC-IMSS-609-19	
TÍTULO DE LA GPC			Calificación de las recomendaciones
Diagnóstico y tratamiento de candidosis vulvovaginal en mujeres mayores a 12 años de edad			
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA		NIVEL DE ATENCIÓN
Mujeres mayores de 12 años	Infectología Pediátrica, Pediatría, Medicina Familiar, Medicina Interna, Infectología Adultos, Ginecología y Obstetricia		Primer y segundo Nivel de atención
CLASIFICACIÓN			
Se clasificó La CVV no complicada o episódica: mujer previamente sanas con sintomatología de leve a moderada y sin antecedentes de síntomas persistentes o recurrentes, con menos de 4 episodios al año.			
La CVV complicada se puede presentar como CVV grave: cuando a la exploración se encuentran signos intensos de eritema vulvar extenso, edema, escoriaciones y fisuras, o la CVV episódica con sintomatología grave o infección persistente por <i>Candida no albicans</i> .			
La CVV recurrente o persistente se presentan en hospederos susceptibles con una condición subyacente como: embarazo, diabetes mellitus, infección por VIH y 4 o más episodios de CVV en un periodo de un año			
DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS			
Los criterios para el diagnóstico de probabilidad de CVV son:			
<ul style="list-style-type: none"> • flujo o secreción vaginal sin olor desagradable. • Observación de levaduras o pseudohifas en el examen 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) 			
Los criterios para el diagnóstico de certeza de CVV son:			
<ul style="list-style-type: none"> • Flujo o secreción vaginal sin olor desagradable • Cultivo positivo a <i>Candida sp.</i> Se debe especificar si se trata de <i>C. albicans</i> o <i>Candida no albicans</i>. Si el cultivo se realizó en placas de medio de Saboraud, se debe reportar si el crecimiento de colonias fue escaso, medio o abundante. • El aislamiento repetido de la misma especie de <i>Candida no albicans</i> puede indicar resistencia a antifúngicos 			
Se consideró al cultivo de la levadura el estándar de oro para el diagnóstico de CVV, primordialmente en la CVV complicada			
TRATAMIENTO			
En la CVV no complicada: leve a moderada o periódica considerar regímenes farmacológicos cortos o de dosis única de acuerdo a los medicamento disponibles como:			
<ul style="list-style-type: none"> • Nistatina 100 000 U, una tableta u óvulo vaginal, por vía vaginal durante 14 días • Fluconazol 150 mg por vía oral, dosis única • Itraconazol 200 mg por vía oral, dos veces al día, durante un día • isoconazol 600 mg óvulo vaginal, dosis única 			

<p>Otros tratamientos intravaginales no disponibles en la institución son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos vaginales de Clotrimazol 500 mg una sola vez o 200 mg una vez al día durante 3 días • Miconazol óvulo vaginal 1200 mg en una sola dosis o 400 mg una vez al día durante 3 días 	
<p>El médico tratante debe considerar el beneficio del tratamiento antimicótico empírico ante la falta de herramientas diagnósticas útiles en mujeres con CVV no complicada en mujeres consideradas con bajo riesgo de enfermedad por transmisión sexual y que no presenten síntomas de infección de tracto reproductivo, requiriendo seguimiento a corto plazo y en caso de falta de respuesta clínica derivar al siguiente nivel de atención</p>	
<p>En la CCV complicada indicar Fluconazol 150 mg por vía bucal una dosis y repetir a las 72 h una segunda dosis</p>	
<p>La CVV en hospederos con enfermedades subyacentes: diabetes, VIH, manejo con corticoesteroides, ya identificada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de la comorbilidad enfermedad • No prescribir tratamiento corto • Nistatina 100 000 UI una tableta u óvulo vaginal, por vía vaginal durante 14 días • O fluconazol 100 mg, 150 mg o 200 mg por vía bucal cada tercer día por tres dosis (días 1, 4 y 7). 	
<p>Un régimen de tratamiento para 6 meses con un agente antifúngico disminuye la recurrencia de la CVV complicada (persistente). El tratamiento adecuado incluye fluconazol vía bucal 150 mg una vez por semana durante 6 meses o itraconazol vía bucal 200 mg 2 veces por día, un día por mes durante 6 meses</p>	
<p>El tratamiento de inducción para la CVV recurrente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nistatina 100 000 U, una tableta u óvulo vaginal, por vía vaginal durante 14 días, o durante 21 días en caso de enfermedad por <i>C. glabrata</i> • O Fluconazol 100 mg, 150 mg o 200 mg por vía bucal cada tercer día por 3 dosis (días 1, 4 y 7). <p>Tratamiento de mantenimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluconazol 100mg, 150 mg o 200 mg por vía bucal una sola dosis, una vez por semana, durante 6 meses. 	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)	
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)	

4. GLOSARIO

Educación para la salud al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambio de actitudes, con el propósito de inducir comportamiento o conductas para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

Grupo de edad al conjunto de individuos que se caracteriza por pertenecer al mismo rango de edad. Se establecen por diversos estándares estadísticos y su clasificación permite señalar características especiales para el mismo. También se le llama grupo etáreo.

Irritante Cualquier material que causa reacción de un tejido. Un proceso irritante no es causa de una respuesta inmune en contraste con una respuesta alérgica.

Primer nivel de atención: aquel cuidado de salud primario que se otorga a los pacientes fuera de los hospitales. El cuidado primario de los individuos se otorga por los servicios proporcionados por médicos familiares, enfermeras y otros profesionales del área.

Prurito comezón rascado intenso

Recaída: aquella situación en la que un paciente se ve afectado, durante el periodo de convalecencia de una enfermedad, nuevamente por los síntomas de la misma.

Recidivante significa que una enfermedad que aparentemente ya está remitida vuelva a reaparecer con los mismos síntomas.

Referencia decisión médica en la que se define el envío de pacientes a un nivel de mayor capacidad resolutive para la atención de un daño específico a la salud, con base a criterios técnico médicos y administrativos.

Reinfección una infección que se presenta durante el curso de otra infección y es causada por un microorganismo diferente.

Segundo nivel de atención médica el cuidado provisto a nivel hospitalario

Unidad de contra referencia: unidad de atención médica de menor complejidad a la cual se envía un paciente para continuar su tratamiento en forma integral, de acuerdo a su condición clínica y necesidades de cuidados de su salud.

Unidad de referencia: unidad de atención médica de mayor complejidad o capacidad resolutive, a la cual se envía transitoriamente un paciente para el tratamiento de un daño a la salud específico.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Anuarios de Morbilidad, SUIVE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos http://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_enfermedad.html acceso 17 agosto 2017
2. Akimoto GL, Rodrigues MH, Estivalet ST. Prevalence of Candida Albicans and Non-Albicans Isolates From Vaginal Secretions: Comparative Evaluation of Colonization, Vaginal Candidiasis and Recurrent Vaginal Candidiasis in Diabetic and Non-Diabetic Women de São Paulo Medical Journal 2014;132(2):116-120
3. Belayneh M, Sehn E, Korownyk C. Recurrent vulvovaginal candidiasis. Canadian Family Physician 2017; 63: 455
4. DelRene DJ. Clinical Inquiries Treatment of Recurrent Vulvovaginal Candidiasis. *Am Fam Physician* 2011 Jun 15; 83(12):1482-1484. <https://www.aafp.org/afp/2011/0615/p1482.pdf>
5. Hainer BL, Gibson MV. Vaginitis diagnóstico y tratamiento. *Am Fam Physician* 2011; 83(7):807-816.
6. Martin JE, Candidiasis (vulvovaginal). *Clinical Evidence* 2015;03:815 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4360556/pdf/2015-0815.pdf>
7. Matheson A, Mazza D. Recurrent vulvovaginal candidiasis: A review of guideline recommendations. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2017; 57: 139–145. DOI: 10.1111/ajo.12592
8. Mendling W. Guideline: Vulvovaginal Candidosis (AWMF 015/072), S2k(excluding chronic mucocutaneous candidosis)*. *Mycoses*, 2015,58(Suppl. 1), 1–15
9. Mikamoa H, Matsumizub M, Nakazuruc Y, Okayamac A, Nagashimaab M. Efficacy and safety of a single oral 150 mg dose of fluconazole for the treatment of vulvovaginal candidiasis in Japan. *Journal of Infection and Chemotherapy* 2015; 21 (7): 520-526
10. Mtibaa L, Fakhfakh N, Kallel A, Belhadj S, Belhaj Salah N, Bada N, et al. Vulvovaginal candidiasis: Etiology, symptomatology and risk factors. *Journal de Mycologie Médicale* 2017; 27, 153-158 <https://doi.org/10.1016/j.mycmed.2017.01.003>
11. Nyirsjesy P. Manejo de Vaginitis Persistente. *Obstet Gynecol* 2014;124:1135-46
12. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, Clancy CJ, Marr KA, Ostrosky-Zeichner L, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2016 15;62(4):e1-50. doi: 10.1093/cid/civ933. Epub 2015 Dec 16.

13. Pineda J, Cortés A, Uribarren T. Candidosis vaginal. Revisión de la literatura y situación de México y otros países latinoamericanos. *Méd. Risaralda* 2017; 23 (1): 38 - 44
14. Ragnathan L, Poongothai GK, Sinazer AR, Kannaiyan K, Gurumurthy H, Jaget N, et al. Phenotypic Characterization and Antifungal Susceptibility Pattern to Fluconazole in Candida species Isolated from Vulvovaginal Candidiasis in a Tertiary Care Hospital. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(5):DC01-4. doi: 10.7860/JCDR/2014/7434.4311. Epub 2014 May 15.
15. Sherrard J, Wilson J, Donders G, Mendling W, Jensen JS, 2018. European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. *Int J STD AIDS.* 2018 Nov;29(13):1258-1272. doi: 10.1177/0956462418785451. Epub 2018 Jul 27.
16. SINAVE/DGE/Salud/sistema de notificación de casos nuevos/
<http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia-boletin-epidemiologico>, boletin@dgepi.salud.gob.mx. acceso 01 julio 2018
17. van Schalkwyk J, Yudin MH. Vulvovaginitis: Screening for and Management of Trichomoniasis, Vulvovaginal Candidiasis, and Bacterial Vaginosis. SOGC Clinical Practice Guideline, No. 320, 2015. *J Obstet Gynaecol Can* 2015;37: 266–74. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30316-9](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30316-9)
18. Workowski KA, Bolan GA. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. Diseases Characterized by Vaginal Discharge. *MMWR Recomm Rep* 2015;64(No. RR-3):[75-78]. Recommendations and Reports / Vol. 64 / No. 3 MMWR / June 5, 2015 / Vol. 64 / No. 3 <https://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm/> <https://www.cdc.gov/std/tg2015/candidiasis.htm> acceso 17 de septiembre 2018

6. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades del **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 autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades del **IMSS y la Secretaría de Salud**, que participaron en los procesos de **validación y verificación** por su valiosa colaboración en esta guía.

7. COMITÉ ACADÉMICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

Dr. Efraín Arizmendi Uribe	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dra. Dulce Alejandra Balandrán Duarte	Coordinadora Técnico de Excelencia Clínica
Dr. Antonio Barrera Cruz	Jefe del Área del Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa del Área de Innovación de Procesos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfin Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Manuel Vázquez Parrodi	Coordinador de Programas Médicos
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador
Lic. Óscar Percastegui Cerna	Analista Coordinador