

Guía para la práctica clínica: tratamiento de las infecciones vaginales

Introducción

La guía para la práctica clínica del tratamiento de las infecciones vaginales ha sido auspiciada y financiada por el Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología (CDF) y el Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP), instituciones independientes de la industria farmacéutica nacional e internacional.

La elaboración de esta guía se justifica porque en la práctica médica las infecciones vaginales representan un problema de salud frecuente. El 95 % de las pacientes consultan por flujo vaginal y las infecciones genitales en la infancia y premenarquia constituyen la causa ginecológica más frecuente en este grupo de edad. En los servicios de atención primaria de salud, estas afecciones en adolescentes, se encuentran entre las tres primeras causas de consulta, teniendo una incidencia mucho mayor en aquellas jóvenes con vida sexual activa, aunque también se ha encontrado entre adolescentes vírgenes.¹ Por otra parte, la ausencia de guías sobre el abordaje de estas infecciones con recomendaciones adaptadas a nuestro propio entorno y con los medicamentos disponibles en el cuadro básico de medicamentos de Cuba también justifica su elaboración y diseminación entre nuestros profesionales sanitarios.

Basada en la mejor evidencia disponible, esta guía de la práctica clínica es útil a los profesionales sanitarios porque les orienta en el manejo óptimo de estas infecciones y en la utilización adecuada de los recursos sanitarios disponibles, pero también proporciona beneficios a las pacientes, porque éstas reciben una atención homogénea y de calidad contrastada.

Autores de la guía:

- Dra. Miriam Cires Pujol, especialista 2do grado en Farmacología
- Dra. Elsie Freijoso Santiesteban, especialista 2do grado en Pediatría.
- Dr. Lázaro Silva Herrera, especialista 1er grado en Medicina General Integral,
- Dr. Eduardo Cutié León, especialista 1er grado en Ginecoobstetricia.
- Dra. Mirna Ortega, especialista Dirección PAMI del MINSAP
- Dr. Felix Sansó Soberats, especialista de 2do grado en Medicina General Integral
- Dr. Wilfredo Francisco, especialista de 1er grado en Medicina General Integral
- Dra. Maria Isela Lantero, Especialista Programa ETS-MINSAP

El grupo coordinador de la elaboración de la guía estuvo compuesto por:

- Dra. Miriam Cires Pujol, especialista 2do grado en Farmacología, Profesora Auxiliar, Ms Farmacoepidemiología
- Dr. Juan Antonio Furones Mourelles, especialista 2do grado en Farmacología, Profesor Auxiliar, Ms Farmacoepidemiología
- Dr. Julián Pérez Peña, especialista 2do grado en Administración de Salud, Ms. Salud Pública.
- Dr. Lázaro Silva Herrera, especialista 1er grado en Medicina General Integral,
- Dr. Felix Sansó Soberats, especialista de 2do grado en Medicina General Integral

Conflictos de intereses de los autores: ninguno.

Metodología de elaboración.

Esta guía ha sido adaptada según la metodología AGREE.

Los objetivos de la guía son:

- Establecer recomendaciones para el manejo terapéutico adecuado de pacientes con infección vaginal.
- Contribuir al enfoque multidisciplinario de pacientes con infección vaginal.
- Disminuir las residivas por infección vaginal.

Las recomendaciones de la guía son aplicables a pacientes con diagnóstico de vaginosis bacteriana e infección vaginal por candida albicans, trichomonas vaginalis, neisseria gonorrhoeae, chlamydia trachomatis, herpes genital y papiloma virus, tanto en el nivel primario de salud como en el secundario.

Por tanto, los beneficiarios de la guía son las pacientes del sexo femenino, de cualquier edad, que consulten por síntomas y signos de infección vaginal.

Los destinatarios de la guía son los profesionales sanitarios, los estudiantes de pregrado de las carreras de Medicina y Enfermería, los funcionarios de salud pública.

Para la elaboración de la guía se empleó una estrategia de búsqueda de información que incluyó revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías de práctica clínica. También se revisaron publicaciones secundarias como Clinical Evidence. Esta búsqueda se realizó entre mayo y septiembre del año 2002.

Como palabras clave se emplearon:

En idioma español: infección vaginal, vaginosis bacteriana, vulvovaginitis, enfermedades de transmisión sexual, moniliasis, candidiasis, trichomoniasis, herpes genital, antimicrobianos-uso.

En idioma inglés: sexually transmitted diseases, bacterial vaginosis, chlamydial infections, vaginal discharge, antimicrobial therapy, viral infections.

Clasificación de las evidencias científicas y de las recomendaciones terapéuticas.

Las evidencias se clasificaron en:

Nivel I: datos procedentes de ensayos clínicos controlados y aleatorizados, metaanálisis y revisiones sistemáticas.

Nivel II: resultados de estudios de cohortes o casos y controles.

Nivel III: información basada en estudios no controlados o consenso de expertos.

Las recomendaciones (Rec.) se clasifican en:

Buenas (Rec. A): basada en la categoría I de evidencia.

Regular (Rec. B): basada directamente en la categoría II de la evidencia o extrapolada de la categoría I.

Baja (Rec. C): basada directamente en la categoría III o extrapolado de las categorías II y III.

Los autores de la guía desarrollaron una metodología formal de consenso, por votación, para arribar a las recomendaciones finales de la guía. Se aceptó la aprobación o el rechazo cuando el 75% o más de los autores estuvieron de acuerdo o no en cada uno de los aspectos evaluados.

Para el proceso de validación de la guía, el documento preliminar fue sometido a evaluación externa por un grupo de expertos nacionales, miembros de la Comisión del Formulario Nacional y que representan el Grupo Nacional de Ginecobstetricia y el Grupo Nacional de Medicina Familiar, que no habiendo participado del desarrollo de la guía, evaluaron la misma.

La guía se actualizará cada dos años o en un periodo más breve si se publican nuevas evidencias.

Para su diseminación la guía se imprimirá en una versión corta y se publicará en formato plano en el Boletín de Información Terapéutica, que será distribuido a todos los centros de salud del país. También estará disponible en formato electrónico en la página web del CDF: <http://www.cdf.sld.cu/boletines.htm>

Para aplicar sus recomendaciones, los prescriptores tendrán en cuenta la disponibilidad de algunos medicamentos regulados según el nivel de atención de salud. Así, en aquellos casos donde se considere prescribir clindamicina o fluconazol, se requerirá de interconsulta en el segundo nivel de atención de salud. Estas regulaciones pueden cambiar según disponibilidad del medicamento y se deben revisar antes de prescribir.

Para su monitorización y/o auditoría se tendrán en cuenta las pacientes tratadas con el tratamiento de elección, para la infección vaginal que presenta, sin contraindicaciones para el mismo.

Resumen de las recomendaciones.

Tratamiento no farmacológico

No	RECOMENDACIÓN	GRADO
1	No utilizar ducha vaginal, geles y agentes antisépticos locales.	C
2	Practicar una técnica adecuada de higiene vulvo-vaginal.	C
3	Corregir anomalías anatómo-funcionales asociadas.	C
4	Comenzar tratamiento en presencia de signos y síntomas de infección vaginal mientras se espera por la confirmación diagnóstica.	C
5	El uso de estrógenos intravaginales durante la postmenopausia puede prevenir infecciones recurrentes.	C

Tratamiento farmacológico de la vaginosis bacteriana

No	RECOMENDACIÓN	GRADO
1	En las niñas el tratamiento de elección es el metronidazol, en dosis única o durante 7 días, por vía oral o tópica.	C
2	En la mujer no embarazada el tratamiento de elección es el metronidazol, por vía oral durante 7 días o tópica por 5 días.	C
3	En la mujer embarazada el tratamiento de elección es el metronidazol oral durante 7 días. El metronidazol se iniciará a partir del segundo trimestre de la gestación.	C
4	La clindamicina oral durante 7 días es el fármaco de segunda elección en todas las pacientes.	C

Tratamiento farmacológico de la candidiasis vulvovaginal

No	RECOMENDACIÓN	GRADO
1	En las niñas el tratamiento de elección es la nistatina tópica durante 14 días o el fluconazol oral, en dosis única. La violeta de genciana por vía tópica durante 14 días, es el fármaco de segunda elección.	C
2	En la mujer no embarazada el tratamiento de elección es el clotrimazol por vía tópica, durante 3 ó 7 días. La nistatina tópica durante 14 días o el fluconazol oral en dosis única, son los fármacos de segunda elección.	C
3	En la mujer embarazada el tratamiento de elección es el clotrimazol o la nistatina durante 14 días.	C

Tratamiento farmacológico de la trichomonas vaginalis

No	RECOMENDACIÓN	GRADO
1	En las niñas el tratamiento de elección es el metronidazol, en dosis única o durante 7 días, por vía oral. El tinidazol oral en dosis única es el fármaco de segunda elección.	C
2	En la mujer no embarazada el tratamiento de elección es el metronidazol oral durante 7 días. El metronidazol o el tinidazol oral y en dosis única, son los fármacos de segunda elección.	C
3	En la mujer embarazada el tratamiento de elección es el metronidazol oral en dosis única. El clotrimazol tópico por 7 días es el fármaco de segunda elección.	C

Tratamiento farmacológico de la chlamydia trachomatis

No	RECOMENDACIÓN	GRADO
1	Tratamiento a los miembros de la pareja, sin esperar por los resultados de las pruebas diagnósticas.	C
2	En las niñas el tratamiento de elección es azitromicina oral en dosis única o doxiciclina durante 7 días. La eritromicina, o tetraciclina en mayores de 8 años, son los fármacos de segunda elección.	C
3	En la mujer no embarazada el tratamiento de elección es azitromicina oral en dosis única o doxiciclina durante 7 días. La Eritromicina u ofloxacina son los fármacos de segunda elección.	C
4	En la mujer embarazada el tratamiento de elección es eritromicina o amoxicilina por 7 días. La eritromicina o azitromicina son los fármacos de segunda elección.	C

Tratamiento farmacológico de la neisseria gonorrhoeae

No	RECOMENDACIÓN	GRADO
1	En las niñas el tratamiento de elección es ceftriaxona en dosis única. La amoxicilina más probenecid son los fármacos de segunda elección	C
2	En la mujer no embarazada el tratamiento de elección es ceftriaxona en dosis única o una fluorquinolona. Para incluir la acción sobre chlamydia se añade doxiciclina por 10 días o azitromicina en dosis única.	C
3	En la mujer embarazada el tratamiento de elección es ceftriaxona en dosis única. La espectinomicina es una alternativa.	C

Tratamiento farmacológico del herpes genital

No	RECOMENDACIÓN	GRADO
1	En todas las pacientes el tratamiento de elección es aciclovir oral por 7-10 días ante un primer episodio. Durante el embarazo se trata si la infección ponga en peligro la vida de la madre.	C
2	En todas las pacientes las recurrencias se tratan con aciclovir por 2-5 días hasta 6 meses.	C

Tratamiento farmacológico del papiloma virus

No	RECOMENDACIÓN	GRADO
1	En la mujer no embarazada el tratamiento de elección es podofilina tópica hasta 6 semanas. La alternativa de este tratamiento es el uso de interferón alfa por 3 semanas.	C

Intervención.

La infección vaginal o síndrome de flujo vaginal es un proceso infeccioso de la vagina caracterizado por uno o más de los siguientes síntomas: flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez vaginal, determinados por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo en la vagina y como resultado de un desbalance ambiental en el ecosistema vaginal. Se presenta en las mujeres cuando tienen infección en la vagina (también llamada vaginitis) o en el cuello del útero (cervicitis), siendo esta última más severa y puede ocasionar complicaciones graves.^{1,2,3}

Actualmente se han producido cambios en los patrones de infección como consecuencia de la modificación de los comportamientos sexuales. La *Chlamydia*, el herpes genital y el papiloma humano son ahora más frecuentes que la gonorrea y la sífilis. Solo en los Estados Unidos se reportan cada año de 4 a 8 millones de casos nuevos de *Chlamydia*. Se han generalizado las cepas de *Neisseria gonorrhoeae* resistentes a la penicilina y a la tetraciclina, además se ha modificado la resistencia de la *Trichomonas vaginalis* al metronidazol.⁴

Las secreciones vaginales normales se caracterizan por ser: inodoras, claras, viscosas, pH ácido menor de 4.5, no contienen neutrófilos y no fluyen durante el examen con espéculo. La flora vaginal está constituida por lactobacillus spp La mucosa vaginal de la niña, a diferencia de la mujer adulta, es delgada con ausencia de glucógeno y lactobacilos acidófilos de Doderlein, pH neutro (7-8), medio que favorece el cultivo de microorganismos. Anatómicamente la cercanía del ano a la uretra y vagina favorece la contaminación fecal y urinaria.⁵ En las niñas puede existir una secreción vaginal fisiológica en el momento del nacimiento y premenarquia y en la mujer durante algunas etapas del ciclo menstrual, relacionado con el coito, durante el embarazo y la lactancia.

Las principales situaciones que favorecen las infecciones vaginales son una deficiente higiene genito-anal, nuevo o múltiples parejas sexuales, baños en piscinas y tinas, durante el embarazo, la diabetes, las parasitosis, la incontinencia urinaria o fecal, el estrés, las malformaciones congénitas, el uso frecuente de antibióticos, hormonas, preparaciones contraceptivas de uso oral o tópico y la medicación vaginal, así como las deficiencias inmunológicas.⁶

Las formas de presentación más frecuentes de la Infección vaginal son:^{7,8,9}

Cuadro clínico	Agente etiológico
Leucorrea blanquecina escasa, pH < 4,5 Prurito vulvar y/o irritación, eritema	Candida albicans
Leucorrea amarilla profusa, pH > 5 Prurito vulvar	Trichomonas vaginalis
Leucorrea fétida blanco-grisácea, pH > 4,5 Olor a aminas (pescado) de la secreción vaginal después de la adición de hidróxido de potasio 10 %, presencia de células guías (criterios de Amsel)	Gadnerella vaginalis Haemophilus vaginalis Anaerobios (bacteroides, peptoestreptococos porphyromonas) Mobiluncus spp Mycoplasma hominis
Leucorrea anormal, sangramiento post-coital / Intermenstrual, dolor abdominal bajo, ardor al orinar	Chlamydia trachomatis
Leucorrea purulenta, dolor y dificultad al orinar, fiebre escasa y faringitis	Neisseria gonorrhoeae
Leucorrea, ardor o sensación quemante genital y perineal, dolor y lesiones vesiculares y pústulas, fiebre e inflamación perineal	Herpes Genital

Teniendo en cuenta, que en una misma mujer pueden coexistir mas de una forma clínica (vaginitis y/o cervicitis), y si el examen ginecológico no permite afirmar la presencia de un agente etiológico en particular, el tratamiento deberá ser enfocado de forma sindrómica, a las tres infecciones mas frecuentemente asociadas con el síndrome de flujo vaginal: trichomoniasis, candidiasis y vaginosis bacteriana. Con menor frecuencia estas infecciones son producidas por *N gonorrhoeae* y *C. Trachomatis*.

Objetivos del tratamiento:

- Brindar un alivio rápido de los síntomas y signos de infección
- Tratar las infecciones adecuadamente
- Erradicar los agentes patógenos de la vagina
- Prevenir el desarrollo de complicaciones del tracto genital superior
- Prevenir futuras infecciones de transmisión sexual en el paciente individual y en la comunidad.

Recomendaciones generales ^{8,10,11}

- No utilizar duchas vaginal, geles y agentes antisépticos locales (Rec. C)
- Practicar una técnica adecuada de higiene vulvo-vaginal (Rec C)
- Corregir anomalías anatomo-funcionales asociadas (Rec C)
- Comenzar tratamiento en presencia de signos y síntomas de infección vaginal mientras se espera por la confirmación diagnóstica (Rec. C)
- El uso de estrógenos intravaginales durante la postmenopausia puede prevenir infecciones recurrentes (Rec C)

Criterios terapéuticos por grupos de pacientes:

I.- Vaginosis bacteriana

a) Niñas: el uso de medicamentos por vía vaginal en estas pacientes se reservará para aquellos casos con una amplia abertura himeneal y siempre precedido de una adecuada explicación a los familiares ⁵

Tratamiento de primera elección (Rec. C) ^{11,16,17}

Metronidazol: 40 mg x kg oral (máx 2 g) una sola dosis

15 mg x kg x día c / 8 h (máx 1 g) x 7 días

gel vaginal 0.75 %, 1 aplic 2v/ día x 7 días

Alternativa: Clindamicina 8 a 20 mg x kg x día oral, 2 veces al día x 7 días

b) Mujer no embarazada:

Tratamiento de primera elección (Rec. C) ¹⁶⁻²⁰

Metronidazol 500 mg oral, 2 veces al día por 7 días ó gel vaginal 0.75 %, 1 aplicación 2v/ día x 5 días

Alternativa: Clindamicina 300 mg oral, 2 veces al día x 7 días

Nota: se deberá aconsejar a las pacientes que eviten el consumo de alcohol durante el tratamiento con metronidazol y en las 24 horas posteriores al mismo.

c) Mujer embarazada:

Se dispone de pocos datos acerca de los preparados vaginales para uso tópico en la gestante, por lo que se prefiere emplear la vía oral.

No se recomienda el uso de la crema vaginal de clindamicina porque existen estudios clínicos controlados que indican un incremento en el número de partos pretérminos en gestantes tratadas con este preparado ⁷.

Tratamiento de primera elección (Rec. C) ¹⁶⁻³²

Metronidazol 250 mg oral, 3 veces al día x 7 días

Alternativa: Clindamicina 300 mg oral, 2 veces al día x 7 días

El metronidazol se iniciará a partir del segundo trimestre de la gestación. El metronidazol 2 g por vía oral en dosis única no es tan efectivo como un curso de 7 días de duración. En pacientes incumplidores de esquemas de tratamiento múltiples, esta pudiese ser una alternativa.

II.-Candidiasis vulvovaginal ^{11,16-18, 35}

a) Niñas:

Tratamiento de primera elección (Rec C) ^{11,16,17}

Nistatina 1 tab vaginal 100000 Uds ó crema x 14 días

Fluconazol 3 a 6 mg / kg / día oral dosis única

Alternativa (Rec C) ^{11,16-17} Violeta de genciana (solución acuosa al 1%) 1 aplicación día x 14 días

b) Mujer no embarazada

Tratamiento de primera elección (Rec C) ^{16-18,35}

Clotrimazol 100 mg tab vag. x 7 días ó 100 mg dos veces / día x 3 días

Alternativas (Rec C) ^{16-18,35}

Nistatina 1 tab vaginal 100,000 uds x 14 días ó 1 aplicación vaginal (crema) / día x 14 días

Fluconazol 150 mg oral dosis única

c) Mujer embarazada

Tratamiento de primera elección (Rec C) ^{16-18,20,35}

Clotrimazol 100 mg tab vaginal x 7 días ó Nistatina 1 aplicación vaginal x 14 días

Nota: como fármacos de primera elección para estos tratamientos se encuentran el clotrimazol al 2% y el miconazol al 2%, en crema, que no se disponen en nuestro mercado farmacéutico en la actualidad.

Candidiasis recurrente. El tratamiento óptimo no ha sido establecido, sin embargo un tratamiento inicial intensivo durante 14 días con la combinación clotrimazol 100 mg ó

nistatina 100 000 unidades intravaginal una vez al día + fluconazol 150 mg oral una vez por semana, seguido de un régimen alternativo por lo menos de seis meses es recomendado: ketoconazol 100 mg oral una vez al día o fluconazol 150 mg una vez por semana durante 6 meses reduce la frecuencia de infecciones.¹⁸

El compañero sexual no deberá ser tratado, excepto que tenga una balanitis sintomática o una dermatitis del pene.¹⁷

III. Trichomonas vaginalis

a) Niñas

Tratamiento de primera elección (Rec C)^{11,16,17}

Metronidazol 40 mg x Kg. oral (Max 2 g) una sola dosis ó 15 mg x Kg. x día c/8 h (Max1g / d) x 7 días

Alternativa (Rec C)^{11,16,17} Tinidazol 50 mg x kg oral (Max 2 g) dosis única

b) Mujeres no embarazada .

Tratamiento de primera elección (Rec C)^{14,16-18,20,32,34}

Metronidazol 500 mg oral 2 veces al día x 7 días

Alternativa (Rec C)^{14,16-18,20,32,34}

Metronidazol 2 g dosis única oral ó Tinidazol 2 g dosis única oral

Nota: El uso de preparados por vía tópica, posiblemente no alcance los niveles terapéuticos en uretra y glándulas perineales y es considerablemente menos eficaz para el tratamiento de la trichomoniasis que las preparaciones orales de metronidazol y no se recomienda.

El compañero sexual deberá ser tratado y debe evitarse el contacto sexual mientras se realice el tratamiento.

El seguimiento no es necesario en pacientes asintomáticas. Si fracasa el tratamiento, el paciente deberá ser tratado posteriormente con el esquema de dosis múltiple.

c) Mujer embarazada

Tratamiento de primera elección (Rec C)¹⁶⁻¹⁸

Metronidazol 2 g dosis única oral (no se recomienda su uso durante el primer trimestre del embarazo) Rec A³³

El compañero sexual deberá ser tratado y debe evitarse el contacto sexual mientras se realice el tratamiento.

Alternativa (Rec C):¹⁷ Clotrimazol 1 tab vag / día x 7 días

IV. Chlamydia trachomatis.

En presencia de signos y síntomas de infección por chlamydia deberá comenzarse tratamiento a los miembros de la pareja, sin esperar por los resultados de las pruebas diagnósticas(Rec C)³⁶

a) Niñas

Tratamiento de primera elección (Rec C)^{11,16,17,18}

Azitromicina 1 g dosis única oral ó Doxiciclina 4 mg x kg x dia max 200 mg c /12 h x 7 días

Alternativas : Eritromicina 40 mg x kg x dia (cada 6 hs) x 7 días ó Tetraciclina* 25-50 mg x kg x dia (cada 6 horas) x 7 días

*solo en niñas mayores de 8 años de edad

b) Mujeres no embarazadas:

Tratamiento de primera elección (Rec C) ^{16-18 ,36-40}

Doxiciclina 100 mg 2 veces / día oral x 7 días ó Azitromicina 1 g oral dosis única

Alternativas: Eritromicina base 500 mg 4 veces al día oral x 7 días u Ofloxacina 200 mg / 12 h oral x 7 días

En la infección recurrente: Eritromicina base 500 mg 4 veces al día oral x 7 días + Metronidazol 2 g dosis única oral

El compañero sexual deberá ser tratado y debe evitarse el contacto sexual mientras se realice el tratamiento. Se recomienda tratamiento concomitante para la neisseria gonorrhoeae.

c) Mujer embarazada

Tratamiento de primera elección (Rec C) ^{16-18, 37, 38 ,39}

Eritromicina base 500 mg oral 4 veces al día x 7 días ó Amoxicillina 500 mg oral 3 veces al día x 7 días

Alternativas: Eritromicina base 250 mg 4 veces al día x 14 días ó Azitromicina 1 g oral dosis única

El compañero sexual deberá ser tratado y debe evitarse el contacto sexual mientras se realice el tratamiento.

V. Neisseria gonorrhoeae

a) Niñas:

Tratamiento de primera elección: (Rec C) ^{11, 16-19}

Ceftriaxona 125 mg IM dosis única. Si infección severa 50 mg x kg x día IM x 7 días ó Penicilina procaínica G 100,000 Uds x kg IM dosis única (en dos sitios de inyección) + Probenecid 25 mg x kg x día (Max 1 g) dosis única oral

Alternativas: Amoxicillin 50 mg x kg x día dosis única oral + Probenecid 25 mg x kg x día (Max 1 g) dosis única oral

b) Mujeres no embarazadas:

Tratamiento de primera elección (Rec C) ^{16-19, 41-43}

Ceftriaxona 125 mg IM dosis única ó Ciprofloxacina 500 mg oral dosis única u Ofloxacina 400 mg oral dosis única ó Norfloxacina 800 mg oral en dosis única.

Otro esquema sugerido es adicionar a los esquemas anteriores (para cubrir la posibilidad de infección por chlamydia):

Doxiciclina 100 mg 2 veces / día oral x 10 días ó Azitromicina 1 g oral dosis única

c) Mujer embarazada:

Tratamiento de primera elección (Rec C) ¹⁶⁻¹⁹

Ceftriaxona 125 mg IM dosis única

Alternativa: Espectinomomicina 2 g IM dosis única (no está en LBM)

Nota: Evaluar y tratar al compañero sexual.

VI. Herpes Genital

a) Niñas (Primer episodio)

Tratamiento de primera elección: (Rec C) ^{11, 16-19}

Aciclovir 200 mg Oral 3 v/día x 7 a 10 días

Recurrencia: Aciclovir 400 mg 2 v / día x 2 a 5 días (hasta 6 meses)

b) Mujer no embarazada (Primer episodio)

Tratamiento de primera elección: (Rec C) ^{11, 16-19}

Aciclovir 400 mg Oral 3 v/día x 7 a 10 días ó 10 mg x kg x día (cada 8 h)

Alternativa: Aciclovir 200 mg Oral 5 v/día x 7 a 10 días

Recurrencia: Aciclovir 400 mg oral 3 v/ día x 5 días (hasta 6 meses)

Infecciones severas: Aciclovir 5 a 10 mg / kg cada 8 horas IV x 5 días

Supresión de recurrencia : Aciclovir 400 mg oral 2 v/día x 2 a 5 días

c) Mujer embarazada*(Primer episodio)

Tratamiento de primera elección: (Rec C) ^{11, 16-19}

Aciclovir 400 mg Oral 3 v/día x 7 a 10 días

Alternativa: Aciclovir 200 mg Oral 5 v/día x 7 a 10 días

* Solo se tratará cuando la infección ponga en peligro la vida de la madre

VII - Papiloma virus

Las lesiones deberán ser removidas tanto química como físicamente. Los tratamientos se deben continuar hasta la desaparición de las lesiones.

a) Niñas: aparece excepcionalmente.

b) Mujer no embarazada:

Tratamiento de primera elección: (Rec C) ^{4, 17,18}

Podofilina 25 % una vez por semana hasta 6 semanas (lavar después de 4 horas de aplicado)

Alternativa. (Rec C) ⁷ Interferón alfa 2b 1 mill Uds (0.1 ml) intralesión 3 v x semana durante 3 semanas.

Si no hay respuesta al tratamiento se puede utilizar fluoracilo crema al 5%, aplicarla 1 ó 2 veces al día durante 3 ó 4 semanas. Crioterapia, laserterapia ó electrocirugía.

c) Mujer embarazada.

No se trata hasta finalizar el embarazo. Emplear las pautas recomendadas en la mujer no embarazada.

Categorías de fármacos según clasificación Food and Drug Administration:

Categoría B: penicilinas, metronidazol, nistatina, clindamicina, ceftriazona, azitromicina, probenecid, eritromicina, clotrimazol,

Categoría C: quinolonas,. miconazol, fluconazol, aciclovir, podofilina.

Categoría D: doxiciclina, tetraciclina

Bibliografía:

1. Peláez Mendoza J. Infecciones Genitales en niñas y adolescentes Ginecología Infanto-Juvenil Capitulo III
2. Harrison's Principles of Internal medicine 14 th Edition 1998 .
3. British Medical Journal 318: 790-792 March 20 , 1999
4. Modelo OMS de Información sobre Prescripción de Medicamentos. Medicamentos utilizados en las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH. OMS, Ginebra. 1998.
5. Perez Prado C y Morales L. Patología de los Organos Genitales Externos y Canal Inguinal.En : Cruz M. Tratado de Pediatría . Capitulo 93: 1307-1319. 5ta Ed. España 1983
6. Leberherz TB Chapter 35 Infections and benign Diseases of the Vagina, Cervix and Vulva. In : Essentials of Obstetrics and Gynecology 3er Ed. WB SAUNDERS COMP. USA 1998
7. Joesoef M, Schmid G. Bacterial Vaginosis. In : Clinical Evidence. BMJ

8. Publishing Group London Issue 6 December 2001 pag. 1208-1247.
9. American Medical Association Drug Evaluation Annual 1994 USA. James B. Peter . Use and Interpretation of Tests in Infectious Disease Fourth Ed. USA 1996.
10. Behets Frieda M, Miller WC , Cohen Myron Syndromic treatment of gonococcal and Chlamydial infections in women seeking primary care for the genital discharge syndrome: decision-making. Bulletin of the WHO 2001, 79: 1070-1075.
11. Nelson John D. Pocket Book of Pediatric Antimicrobial Therapy. Twelfth Ed. 1996-1997. USA 1996.
12. Carey J.C. and others Metronidazole to prevent Preterm Delivery in Pregnant Women with asymptomatic bacterial vaginosis in The New England Journal of Medicine Vol 342 No. 8 February 24, 2000 pags 534-39
13. Brocklehurst P, Hannah M, Mc Donald H Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy In The Cochrane Library 2, 2001 Oxford: Update Software
14. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. Diseases characterized by vaginal discharge JAMA Women´s STD Information Center 1998. URL: <http://www.ama-assn.org> online 26 / 11 / 01
15. Lamont RF . Antibiotics for the prevention of the preterm birth in The New England Journal of Medicine Vol 342 No. 8 February 24, 2000 pags 581-82
16. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy. 2000. 30th ED
17. Therapeutic Guidelines Antibiotic 10th ed. 1998. Australia.
18. Anónimo. The Medical Letter. Vol 41 (Issue 1062) September 24, 1999.
19. Radcliffe K, Cowan F, Ahmed-Jushuf I, FitzGerald M, Wilson J. Clinical. Effectiveness Group (CEG). The Medical Society for the Study of Venereal Diseases (MSSVD) Web site. On line 21/02/02.
20. Batteiger Byron E. International Congress of sexually transmitted infections: 2nd Joint meeting of the International Society for Sexually transmitted diseases research (ISSTD) and the international union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI) June 24-27, 2001 Berlin, Germany URL:<http://www.medscape.com> online 26/11/01
21. Vermeulen GM, Bruinse HW. Prophylactic administration of clindamycin 2 % vaginal cream to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women with an increased recurrence risk: a randomised placebo-controlled double-blind trial Br J Obstet Gynecol 1999 Jul 106:652-7.
22. Larsson PG et al Treatment with 2 % clindamycin vaginal cream prior to first trimester surgical abortion to reduce signs of postoperative infection: a prospective , double blinded, placebo-controlled, multicenter study. Acta Obstet Gynecol Scand 2000 May 79:390-306.
23. Kekki M et al Vaginal clindamycin in preventing preterm birth and periparturient infections in asymptomatic women with bacterial vaginosis : a randomized, controlled trial. Obstet Gynecol 2001 May 97:643-8
24. Danti L et al Streptococcus group B and pregnancy: the therapeutic role of topical intravaginal clindamycin Minerva Ginecol 1997 May Vol 49 Issue 5: 235-40
25. Caballero Pozo Raquel y colb. Vaginosis bacteriana. RESUMED 2000;13 (2):63-75 Cuba
26. Joesoef MR, Schmid GP. Bacterial vaginosis: review of treatment options and potential clinical indications for therapy. Clin Infect Dis 1995 Apr;20:S72-S79
27. Colli E, Bertulesi C et al. Bacterial vaginosis in pregnancy and preterm birth: evidence from the literature. Journal Int Med Res Vol 24 Issue 4: 317.24
22. Majeroni BA Bacterial vaginosis: an update am Fam Physician 1998 Mar 57:1285-9,1291
29. Ou MC, Pang CC et al Antibiotic treatment for threatened abortion during the early first trimester in women with previous spontaneous abortion. Acta Obstet Gynecol Scand Aug Vol 80 Issue 8:753-6
30. Bernstein PS Screening for bacterial vaginosis in pregnancy . The American College of Obstetricians and Gynecologists 48 th Annual Clinical 2000
31. Mc Donald HM et al Bacterial Vaginosis in pregnancy and efficacy of short-course oral metronidazole treatment : a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 1994 Sep 84; 343-8
32. Jama Women´s Health STD Information Center Vaginal Infections Public Health Service U.S. Department of Health and Human Services June 1998
- 33.- Gülmezoglu AM Interventions for trichomoniasis in pregnancy (Cochrane Review) In The Cochrane Library 4, 2001 Oxford: Update Software
34. Hermida Porto Leticia Guia clínica de Vulvovaginitis Medicina Familiar y Comunitaria Coruña España mayo 2001 URL: <http://www.fisterra.com>. on line:16/05/01.
35. Eckert LO et al Vulvovaginal candidiasis: clinical manifestations, risk factors, management algorithm Obstet gynecol 1998 Nov;92 (5):757.
36. Scott Gordon, Thompson C, Noone A, Clements G, Davis B. Duncan B et al. Management of genital Chlamydia trachomatis infection. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish intercollegiate

Guidelines network (SIGN) : 2000 Mar.26 p (SIGN publication; no. 42) on line 21/2/02. url: <http://www.guideline.gov>

37. Brocklehurst P, Rooney G Interventions for treating genital chlamydia trachomatis infection in pregnancy
Cochrane Database Syst Rev 2000 : CD 000054

38. Adair CD, Gunter M et al Chlamydia in pregnancy: a randomized trial of azithromycin and erythromycin
Obstet Gynecol 1998 Feb Vol 91 Issue 2 : 165-8

39. Hueston WJ, Lenhart Jill Treatment of chlamydia in pregnancy: A Decision Analysis to guide antibiotic selection. Archives of Family Medicine Vol 6 pp 551-555 Nov 1997.

40. Wehbeh HA, Rugeirio RM, Shahem S, Lopez G, Ali Y Single dose azithromycin for Chlamydia in pregnant women. J Reprod Med 1988 Jun 43:909-14.

41. Donders GG Treatment of sexually transmitted bacterial diseases in pregnant women Drugs 2000 Mar Vol 59 issue 3:477-85

42. Amsden GW Erythromycin, Clarithromycin and Azithromycin: are the differences real ? Clin Ther Volume 18 Issue 1:56-72.