

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

Guía de Práctica Clínica

SEDENA

SEMAR

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

Evidencias y Recomendaciones

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-081-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las 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

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: Guía de Práctica Clínica, **Diagnóstico y Tratamiento de la Vaginitis Infecciosa en Mujeres en Edad Reproductiva, en el Primer Nivel de Atención**, México: Secretaría de Salud; **2008**.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

N76.0 Vaginitis aguda, B37.3 Candidiasis de la Vulva y Vagina
A 59.0 Tricomoniasis Urogenital

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

Autores

| | | | |
|---------------------------------------|--|---|---|
| Dra Agustina Consuelo Medécigo Micete | Médico Familiar MC en Epidemiología Clínica | IMSS División excelencia Clínica. CUMAE | Coordinador de Programa |
| Dr. Raúl Tomás Arrieta Pérez | Médico Familiar | IMSS. UMF 94 D.F | Encargado de Educación Médica |
| Dra. Laura Elena Cabrera Martínez | Médico Familiar | IMSS. UMF 8 Aguascalientes | Servicio de Consulta de Medicina Familiar |
| Dr. José Antonio Machorro Morales | Médico Familiar | IMSS, UMF 1 Orizaba . Ver. | Servicio de Consulta de Medicina Familiar |
| Dra. Brendha Ríos Castillo | Ginecología y Obstetricia | IMSS H G-O 3, La Raza D.F. | Adscrito el Servicio de Ginecología y Obstetricia |
| Dr. Francisco Javier Valádez Toscano | Médico General | IMSS Coordinación de Educación Médica. Jalisco | Coordinación Delegacional |
| Dr. Oscar Trejo Solórzano | Ginecología y Obstetricia | ISSSTE Hospital Regional “Adolfo López Mateos” | Adscrito el Servicio de Ginecología y obstetricia |

Validación Interna

| | | | |
|---------------------------------|-----------------|-------------------------------|---|
| Dr. Roberto Arias Raya | Médico Familiar | IMSS. HGZ/UMF 2 Irapuato Gto. | Adscrito al Servicio de Medicina Familiar |
| Dra. Natividad Hernández Laynes | Médico Familiar | IMSS. HG-O/UMF 13. D.F. | Educación Médica de la Unidad |
| Dra. Leticia Sánchez Flores | Médico Familiar | IMSS. UMF 33 D.F | Jefe de Departamento Clínico |

Revisor (es) Técnico Interinstitucional

Dr. Rafael Gerardo Buitron García Figueroa **Academia Mexicana de Cirugía**

Índice:

| | |
|---|----|
| 1. Clasificación..... | 5 |
| 2. Preguntas a responder por esta Guía..... | 6 |
| 3. Aspectos Generales..... | 7 |
| 3.1 Justificación..... | 7 |
| 3.2 Objetivo de esta Guía..... | 7 |
| 3.3 Definición..... | 8 |
| 4. Evidencias y Recomendaciones..... | 9 |
| 4.1 Prevención Secundaria..... | 10 |
| 4.1.1 Detección..... | 10 |
| 4.1.1.1 Factores de Riesgo (identificación de grupos de riesgo)..... | 10 |
| 4.2 Diagnóstico..... | 12 |
| 4.2.1 Diagnóstico Clínico. Ver anexo 6.3, tabla 1..... | 12 |
| 4.2.2 Pruebas Diagnósticas (laboratorio y gabinete)..... | 13 |
| 4.3 Tratamiento..... | 15 |
| 4.3.1 Tratamiento farmacológico de vaginosis bacteriana (VB) (Ver algoritmo 2)..... | 15 |
| 4.3.2 Tratamiento farmacológico de vaginitis por candida (VC) (Ver algoritmo 3)..... | 17 |
| 4.3.3 Tratamiento farmacológico de vaginitis por Tricomona v. (VT) (Ver algoritmo 4)..... | 19 |
| 4.4 Criterios de referencia al segundo nivel de Atención..... | 21 |
| 4.5 Vigilancia y Seguimiento..... | 21 |
| 4.6 Tiempo estimado de recuperación e incapacidad en caso de que Proceda..... | 22 |
| Algoritmos..... | 23 |
| 5. Definiciones Operativas..... | 27 |
| 6. Anexos..... | 29 |
| 6.1 Sistemas de niveles de evidencia y gradación de recomendaciones..... | 29 |
| 6.2 Anexos Clínicos..... | 30 |
| 6.3 Medicamentos..... | 31 |
| 7. Bibliografía..... | 33 |
| 8. Agradecimientos..... | 34 |
| 9. Comité Académico..... | 35 |
| 10. Directorio..... | 36 |
| 11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica..... | 37 |

1. CLASIFICACIÓN

| Registro IMSS-081-08 | |
|--|---|
| PROFESIONALES DE LA SALUD | Médico Familiar y Ginecólogo-Obstetra |
| CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD | N 76.0 (vaginitis aguda), B 37.3 (candidiasis de la vulva y vagina) y A 59.0 (tricomoniasis urogenital) |
| CATEGORÍA DE GPC | Primer nivel de atención Diagnóstico Tratamiento |
| USUARIOS POTENCIALES | Médicos Generales y Familiares, Personal de salud en formación (internado y servicio social) y Médicos Ginecólogos-Obstetras |
| TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA | Instituto Mexicano del Seguro Social: División de Excelencia Clínica CUMAЕ, UMF 94 D.F., UMF 8 Aguascalientes, UMF 1 Orizaba Ver., H G-O 3, La Raza D.F. Coordinación de Educación Médica. Jalisco |
| POBLACIÓN BLANCO (Consultar anexo IX Metodología) | Mujeres en edad reproductiva con vida sexual activa |
| FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR | Instituto Mexicano del Seguro Social: División de Excelencia Clínica CUMAЕ, UMF 94 D.F., UMF 8 Aguascalientes, UMF 1 Orizaba Ver., H G-O 3, La Raza D.F. Coordinación de Educación Médica. Jalisco |
| INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS | Historia clínica dirigida y examen vaginal Evaluación de riesgo de enfermedad de transmisión sexual Criterios de Hay/Ison para el diagnóstico de vaginosis bacteriana Auxiliares de laboratorio Tratamiento farmacológico |
| IMPACTO ESPERADO EN SALUD | Reducción de incidencia y prevención de reinfecciones y complicaciones Diagnóstico, tratamiento y referencia oportunos Mejorar la calidad de vida de las pacientes |
| METODOLOGÍA¹ | Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 5 Guías seleccionadas: 4 del período 2006-2007 Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por pares Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones |
| MÉTODO DE VALIDACIÓN | Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Revisión externa : Academia Mexicana de Cirugía |
| CONFLICTO DE INTERES | Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés |
| REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN | REGISTRO IMSS-081-08 FECHA DE ACTUALIZACIÓN a partir del registro 2 a 3 años |

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la presencia de vaginitis infecciosa?
2. ¿Cuáles son los datos clínicos que ayudan al diagnóstico diferencial de las vaginitis infecciosas más frecuentes?
3. ¿En qué casos de vaginitis infecciosa se recomienda realizar cultivo de secreción vaginal?
4. ¿Cuáles son los esquemas de tratamientos recomendados en las vaginitis infecciosas no complicadas en embarazadas y no embarazadas?
5. ¿En qué casos de vaginitis se requiere dar tratamiento a la pareja?
6. ¿Cuáles son los criterios clínicos para referir a la paciente con vaginitis infecciosa al segundo nivel de atención?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

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

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

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

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

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

Esta guía pone a disposición del personal del Primer Nivel de Atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Orientar el abordaje de las mujeres con vaginitis infecciosas en el primer nivel de atención.
2. Identificar las recomendaciones basadas en la evidencia científica para el diagnóstico y tratamiento de las vaginitis infecciosas no complicadas en las mujeres en edad reproductiva.
3. Formular recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las vaginitis infecciosas no complicadas utilizando la evidencia, el consenso de expertos y las características propias de nuestro contexto.
4. Establecer los criterios de referencia al segundo nivel de atención en las pacientes con vaginitis infecciosa.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

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

Se ha definido a la vaginitis infecciosa como un síndrome caracterizado por uno ó más de los siguientes signos y síntomas: aumento en la cantidad de la secreción vaginal (flujo), prurito, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez o mal olor vaginal; secundario a la presencia de microorganismos patógenos.

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

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

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

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

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

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

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

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|---|--------------------|
| E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud | 2++ (GIB, 2007) |


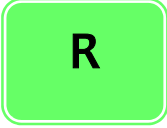

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia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

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

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|---|---------------------------------------|
| E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada | 1a [E: Shekelle] Matheson, 2007 |

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.1.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía

| | |
|---|----------------|
|  | EVIDENCIA |
|  | RECOMENDACIÓN |
|  | BUENA PRÁCTICA |

4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.1.1 DETECCIÓN

4.1.1.1 FACTORES DE RIESGO (IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS DE RIESGO)

Evidencia / Recomendación

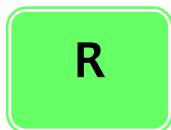
En vaginitis recurrente por *Candida sp*:

Nivel / Grado



Se consideran como factores de riesgo para el desarrollo de vaginitis por *Candida sp* (VC), el uso de ropa sintética y ajustada así como de irritantes locales

IV
BASH and VIH 2007



Evitar el uso de ropa sintética y ajustada así como de irritantes locales (lociones, sustancias y jabones perfumados).

C
BASH and VIH 2007



Los factores de riesgo inherentes al huésped, son diabetes mellitus no controlada, inmunodeficiencia e hiperestrogenismo que incluye tratamiento hormonal sustitutivo ó anticonceptivo, alteración de la flora normal vaginal secundario al uso de antibióticos de amplio espectro.

IV
FFPRHC and BASHH 2006

R

En VC recurrente, investigar la presencia de los factores de riesgo inherentes al huésped

C
FFPRHC and BASHH 2006

E

Dentro de los factores del huésped que influyen en la presencia de vaginitis recurrente por *Candida*, se encuentra la diabetes mellitus (dm) no controlada.

IV
BASH and VIH 2007

R

Optimizar el control metabólico en pacientes portadoras de dm.

C
BASH and VIH 2007

R

En pacientes con vaginitis severa o recurrente sin diagnóstico de dm, realizar la detección específica de dm.

C
BASH and VIH 2007

En vaginitis por *Tricomona v.*:

E

Se considera a una mujer con alto riesgo para ser portadora de una enfermedad de transmisión sexual, si presenta las siguientes características: edad \leq de 25 años con cambio de pareja ó con más de una pareja sexual en el último año

IV
FFPRHC and BASHH 2006

R

En toda mujer que acude a consulta con datos de vaginitis infecciosa, investigar antecedentes sexuales, para identificar factores de riesgo para enfermedad de transmisión sexual

C
FFPRHC and BASHH 2006

E

La vaginitis por *Tricomona v.* es una enfermedad de transmisión sexual.

I b
BASH and VIH 2007

R

Se deben evitar las relaciones sexuales incluyendo sexo oral hasta que ella y su(s) pareja(s) hayan completado el tratamiento y seguimiento.

A
BASH and VIH 2007

R

Practicar sexo protegido (uso de condón).

A
BASH and VIH 2007

R

Se debe realizar la detección de otras enfermedades de transmisión sexual, tanto en hombres como en mujeres, en el caso de presentar factores de riesgo para otras enfermedades de transmisión sexual.

C
BASH and VIH 2007

R

Informar a la mujer que la infección (VT), es de transmisión sexual y tratar a su(s) pareja(s) de los últimos 6 meses.

A
BASH and VIH 2007

4.2 DIAGNÓSTICO

4.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO. VER ANEXO 6.3, TABLA 1.

Evidencia / Recomendación

E

En un porcentaje importante (>50%) de mujeres asintomáticas se puede aislar *Gardnerella v.*, como parte de la flora vaginal normal.

Nivel / Grado

III
BASH and HIV (2006)

R

No se realiza diagnóstico de VB ante la presencia de *Gardnerella v.* en mujeres asintomáticas.

C
BASH and HIV (2006)

4.2.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (LABORATORIO Y GABINETE)

Evidencia / Recomendación

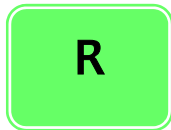
Nivel / Grado

Vaginosis Bacteriana (VB)



Una concentración alta de *Gardnerella v*, se ha asociado con la presencia de VB

III
BASH and HIV (2006)



En caso de contar con el recurso (frotis de exudado vaginal con tinción de Gram), utilice los criterios de Hay/Ison para el diagnóstico de VB:

C
BASH and VIH 2007

Grado 1 (Normal): predominan los *lactobacilos*

Grado 2 (Intermedio): hay flora mixta con algunos *lactobacilos* presentes, pero también se observan morfotipos de *Gardnerella* o *Mobiluncus*.

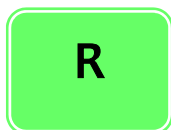
Grado 3 (VB) predominan *Gardnerella* o *Mobiluncus*, se observan pocos *lactobacilos*, o ausencia de los mismos

Vaginitis por *Candida sp*



El estudio microscópico de rutina y el cultivo son las pruebas estándar para el diagnóstico de VC

III
BASH and VIH 2007



Debe realizarse el estudio microscópico de rutina y el cultivo ante la sospecha de VC complicada

C
BASH and VIH 2007



Para el diagnóstico de VC recurrente se debe realizar examen microscópico del frotis y cultivo (documentar diagnóstico)

IV
BASH and VIH 2007

R

Ante la sospecha de VC recurrente, solicitar frotis y cultivo

C
BASH and VIH 2007

Vaginitis por de *Trichomona v*

E

La observación directa de *Trichomona v* en el frotis en fresco, tiene una sensibilidad aproximada de 70% en mujeres y de 30% en hombres.

III
BASH and VIH 2007

R

La lectura del frotis para búsqueda de *Trichomona v* debe realizarse lo más pronto posible, después de que se toma la muestra, ya que la movilidad del parásito disminuye conforme pasa el tiempo.

C
BASH and VIH 2007

R

Se debe dar tratamiento a la(s) parejas(s) sexual(es) (varón) en casos de VT sin solicitar estudios aún si se encuentra(n) asintomático(s).

C
BASH and VIH 2007

E

El cultivo en medio Diamond's es el estándar de oro para el diagnóstico de VT

III
BASH and VIH 2007

R

En casos en donde se requiera un diagnóstico preciso de VT se debe realizar el cultivo de secreción vaginal.

C
BASH and VIH 2007

E

El reporte de tricomonas en la citología cervical (DOC) solo tiene 58% de sensibilidad y 8% de falsos positivos.

III
BASH and VIH 2007

R

Si se reporta *Trichomona v.* en el resultado de citología vaginal, confirmar diagnóstico a través de cultivo de secreción vaginal. Si no se dispone del cultivo, dar tratamiento indicado.

C
BASH and VIH 2007

4.3 TRATAMIENTO

4.3.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE VAGINOSIS BACTERIANA (VB) (VER ALGORITMO 2)

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|---------------------------|---|
| E | La prevalencia de VB es mayor en mujeres con enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Ila BASH and HIV (2006) |
| R | Dar tratamiento a mujeres sintomáticas con VB. B BASH and HIV (2006) |
| E | La VB se ha asociado con la presencia de endometritis posterior a cesáreas u otros procedimientos gineco-obstetricos Ib BASH and HIV (2006) |
| R | Dar tratamiento a mujeres asintomáticas con VB que se van a someter a algún procedimiento gineco-obstetrico (inserción de DIU, biopsia endometrial, cesárea electiva, legrados). A BASH and HIV (2006) |
| E | El tratamiento de VB con metronidazol oral es costo efectivo Ia BASH and HIV (2006) |
| R | El tratamiento de elección para VB es: 1) Metronidazol* 500 mg, vía oral dos veces al día por 7 días; ó 2) Metronidazol* 2g vía oral en un sola dosis * Debe evitarse la ingesta de bebidas alcohólicas (efecto antabuse) A BASH and HIV (2006) |
| E | La clindamicina y el tinidazol (2 gr en dosis única) han demostrado ser efectivos para tratar la VB. Ia BASH and HIV (2006) |

R

Como tratamiento alternativo (en caso de alergia o intolerancia al metronidazol) se puede usar:

1) Clindamicina crema vaginal al 2%, una vez al día por 7 días;

ó

2) Clindamicina 300 mg, oral dos veces al día por 7 días

La VB se ha asociado con abortos, parto pretérmino y ruptura prematura de membranas.

A
BASH and HIV (2006)

E

No hay evidencia de efectos teratogénicos con el uso de metronidazol oral en mujeres en el primer trimestre de embarazo.

Ib
BASH and HIV (2006)

E

En embarazadas sintomáticas con antecedente de parto pretérmino y/ó ruptura prematura de membranas (RPM) está indicado el tratamiento con metronidazol oral.

Ia
FFPRHC and BASHH 2006

R

Cuando se administra clindamicina oral a mujeres que amamantan, aparecen pequeñas cantidades de clindamicina en la leche materna.

A
FFPRHC and BASHH 2006

E

No usar clindamicina oral durante la lactancia.

III
BASH and HIV (2006)

R

El uso de dosis altas (2 gr) de metronidazol en el tratamiento de la VB en mujeres que se encuentran amamantando, puede afectar el sabor de la leche materna.

C
BASH and HIV (2006)

E

No utilizar esquemas de tratamiento con dosis altas de metronidazol, en mujeres que estén amamantando.

III
BASH and HIV 2006

R

C
BASH and HIV (2006)

E

No se observa una disminución en la frecuencia de recaídas o re-infección de VB cuando se da tratamiento a la pareja masculina.

Ib
BASH and HIV 2006

R

No está indicada la detección ni el tratamiento en la(s) pareja(s) en el caso de VB

A
BASH and HIV (2006)

4.3.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE VAGINITIS POR CÁNDIDA (VC) (VER ALGORITMO 3)

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El 90% de los episodios de vulvovaginitis por *Candida*, se deben a *Candida albicans*, el 10% restante se debe a otras especies menos frecuentes como: *C glabrata*, *C tropicalis* y *C Krusei*

III
Botero K, 2006

E

C glabrata, *C tropicalis* y *C Krusei*, se asocian a candidiasis vaginal complicada (4 ó más episodios por año, síntomas y signos severos, cuadros en mujeres con otra patología como diabetes, inmunosupresión, otras condiciones vaginales) y resistencia al tratamiento habitual

III
ACOG PRACTICE BULLETIN, 2006

✓/R

Enviar a segundo nivel de atención, los casos de candidiasis vaginal complicada, para su manejo de acuerdo a cultivos y sensibilidad a tratamientos.

✓
Buena Práctica

E

Todos los azoles tópicos y orales así como la nistatina local, tienen una efectividad alrededor del 80% en el tratamiento de candidiasis vulvovaginal no complicada.

Ib
BASH and HIV 2007

R

La elección de azoles (itraconazol, ketoconazol, fluconazol) * para tratamiento de la candidiasis vulvovaginal no complicada, dependerá de su disponibilidad y costo
Tratamiento tópico

A
BASH and HIV (2006)

1) Miconazol** crema 2%, una aplicación (5 gramos) en vulva y vagina al día, durante 7 días

ó

2) Nistatina óvulos o tabletas vaginales de 100 000 U, una aplicación vaginal al día, durante 14 días

Tratamiento oral

Fluconazol capsulas 250 mg en una dosis única

ó

Itraconazol capsulas 200 mg cada 12 horas por 1 día.

* Contraindicados en el embarazo y lactancia

** Los azoles tópicos pueden causar irritación vulvovaginal, misma que debe considerarse si persisten los síntomas

** Daña los condones y diafragmas de látex.

El tratamiento de la pareja masculina asintomática, de pacientes con VC, no disminuye la frecuencia de recurrencia de la VC.

E

Ia
BASH and HIV 2007

R

No dar tratamiento a la(s) pareja(s) masculina(s), si ésta(s) se encuentra(n) asintomática(s).

A
BASH and HIV (2006)

E

La colonización de vagina con especies de *Candida* no se asocia con parto prematuro, ni con recién nacidos con bajo peso al nacimiento.

Ila
BASH and HIV 2007

R

Las mujeres embarazadas asintomáticas con VC no requieren tratamiento.

B
BASH and HIV (2006)

E

Los azoles (itraconazol, ketoconazol, fluconazol) vía oral durante el embarazo, pueden tener efectos teratogénicos.

Ib
BASH and HIV 2007

R

Use sólo tratamientos locales por 14 días en caso de VC sintomática durante el embarazo.

A
BASH and HIV (2006)

Tratamiento de VC recurrente:

E

El tratamiento de inducción seguido del de mantenimiento en la VC recurrente, tiene una efectividad de 90% por un período de 6 meses y de 40% por un año.

Ib
BASH and VIH 2007

R

Tratamiento de elección para VC recurrente:
Inducción: Itraconazol oral 200mg cada 12 horas por un día (dosis única)
ó
Miconazol crema 2%, 1 aplicación intravaginal diaria por 14 días
Mantenimiento: Ketoconazol* tabletas de 200mg, media tableta al día por 6 meses
ó
Itraconazol* oral 50 a 100 mg diario por 6 meses
ó
Fluconazol* capsulas de 100 mg, una vez a la semana por 6 meses
*No se use en embarazo o lactancia

A
BASH and HIV (2006)

4.3.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE VAGINITIS POR TRICOMONA V. (VT) (VER ALGORITMO 4)

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

En 90% de los casos de VT hay infección por *Trichomona v.* de la uretra y glándulas para-uretrales en la mujer.

Ib
BASH and VIH 2007

R

El tratamiento de la VT debe ser sistémico (oral) para obtener la curación.

A
BASH and HIV (2006)

E

La mayoría de las cepas de *Trichomona* son muy sensibles al metronidazol y fármacos relacionados (tasa de cura de 95%)

Ib
BASH and VIH 2007

R

El tratamiento de elección de las VT es:
1) Metronidazol oral 500 mg, dos veces al día por 7 días
ó
2) Metronidazol oral 2 gr, en dosis única

A
BASH and HIV (2006)

R

El tratamiento alternativo de las VT es:
Tinidazole 2 gr en una dosis única
Cuando haya falla al tratamiento valorar:
-Cumplimiento del tratamiento y excluir vomito del metronidazol
-Posibilidad de reinfección
-Que la pareja haya recibido tratamiento

Anécdota
BASH and VIH 2007

E

No hay evidencia de efectos teratogénicos con el uso de metronidazol en el primer trimestre de embarazo.

Ia
BASH and VIH 2007

R

En las embarazadas con diagnóstico de VT sintomática se debe dar tratamiento (metronidazol oral a mismas dosis que en las no embarazadas).

A
BASH and HIV (2006)

E

La detección y tratamiento de VT durante el embarazo no se asocia con parto pretérmino ni con bajo peso del recién nacido.

Ib y IIa
BASH and VIH 2007

R

No se recomienda el tamizaje de rutina para búsqueda de *Trichomona v.* durante el embarazo, pero está indicado el tratamiento en caso de diagnóstico de VT.

A y B
BASH and VIH 2007

E

La transmisión de *Trichomona v.* en adultos es casi exclusivamente por vía sexual, la infección sólo se da por inoculación intravaginal o intrauretral del parásito.

Ib
BASH and VIH 2007

R

En el caso de VT se debe dar tratamiento simultáneo a la(s) pareja(s).

A
BASH and VIH 2007

4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación

✓/R

Se recomienda el envío al segundo nivel, de mujeres con vaginitis infecciosas en los siguientes casos:

- Portadoras de VIH
- Sin respuesta al tratamiento
- Mujeres con candidiasis vulvovaginal, con especies diferentes de *C. albicans* que no responden al tratamiento

Nivel / Grado

✓
Buena Práctica

4.5 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación

E

En caso de vaginitis infecciosa los tratamientos tienen una efectividad alta, si los síntomas remiten y no hay factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual, no se requiere de una nueva consulta

Nivel / Grado

IV
BASH and HIV (2006),

R

Orientar al paciente para que acuda a consulta en caso de persistencia o recurrencia de síntomas

C
BASH and HIV (2006),

4.6 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN E INCAPACIDAD EN CASO DE QUE PROCEDA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



La vulvovaginitis por *Candida spp* severa puede ser incapacitante para las actividades de la vida diaria y laboral

✓
Buena Práctica

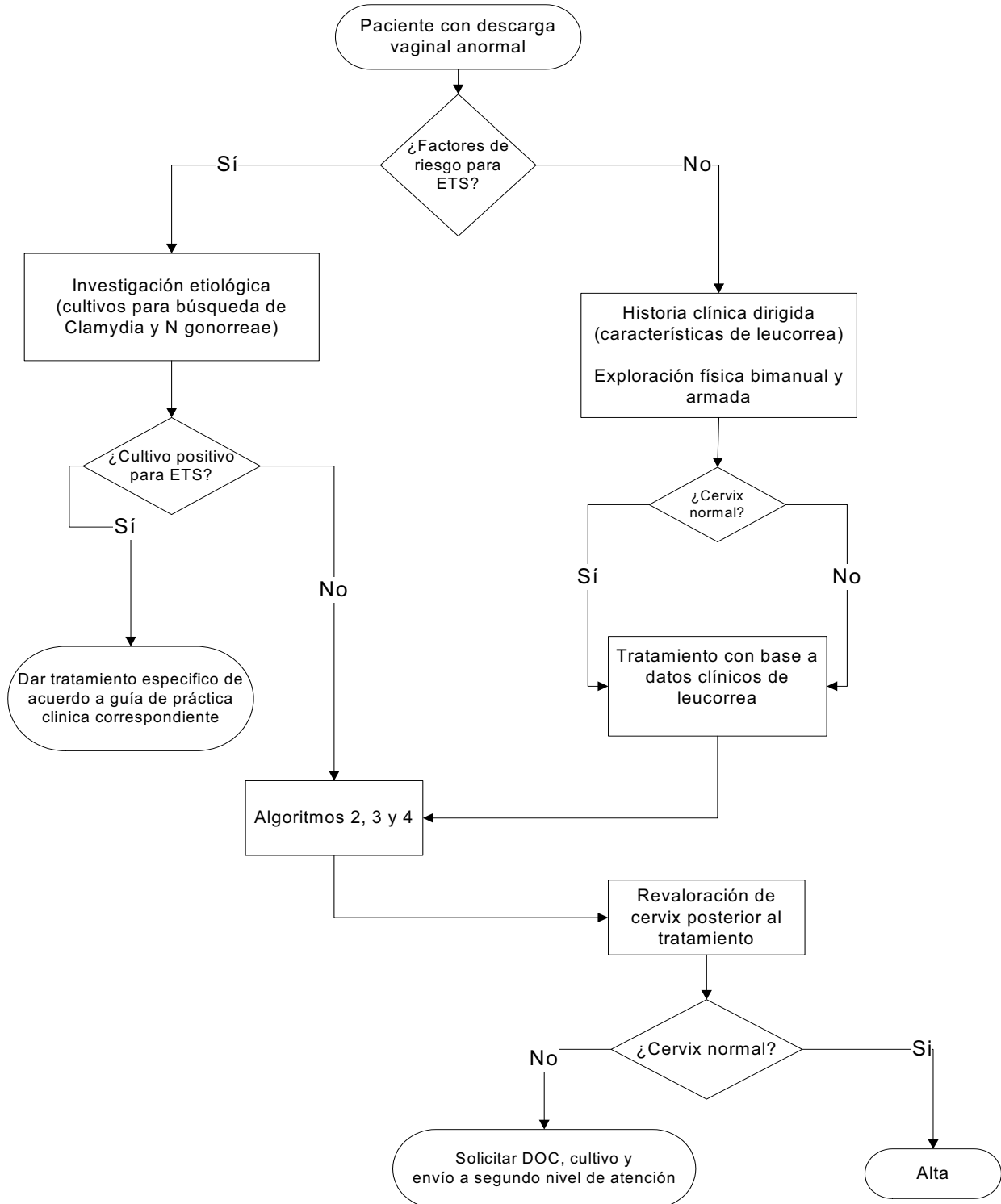


Expedir certificado de incapacidad temporal para el trabajo de 1 a 3 días en caso necesario

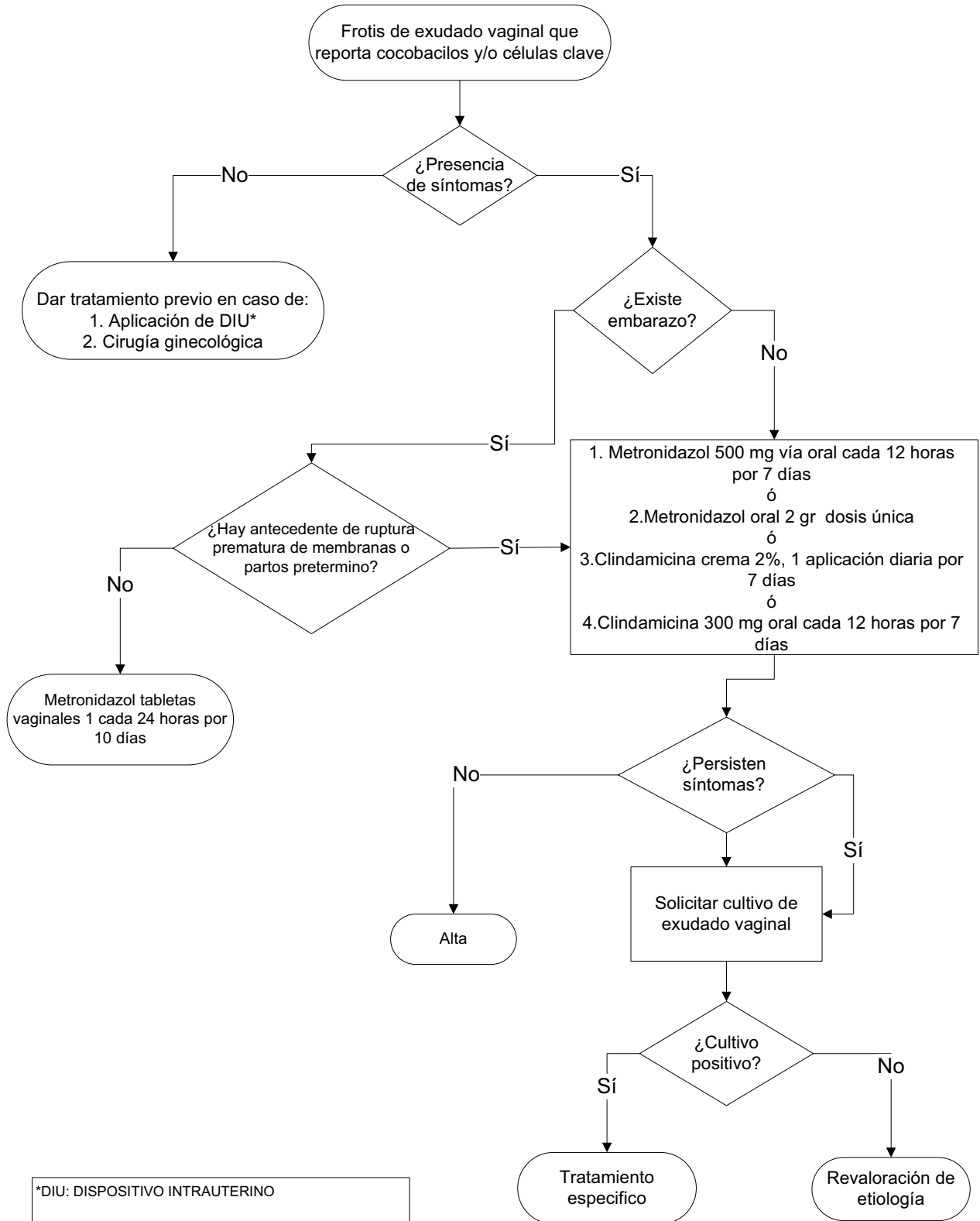
✓
Buena Práctica

ALGORITMOS

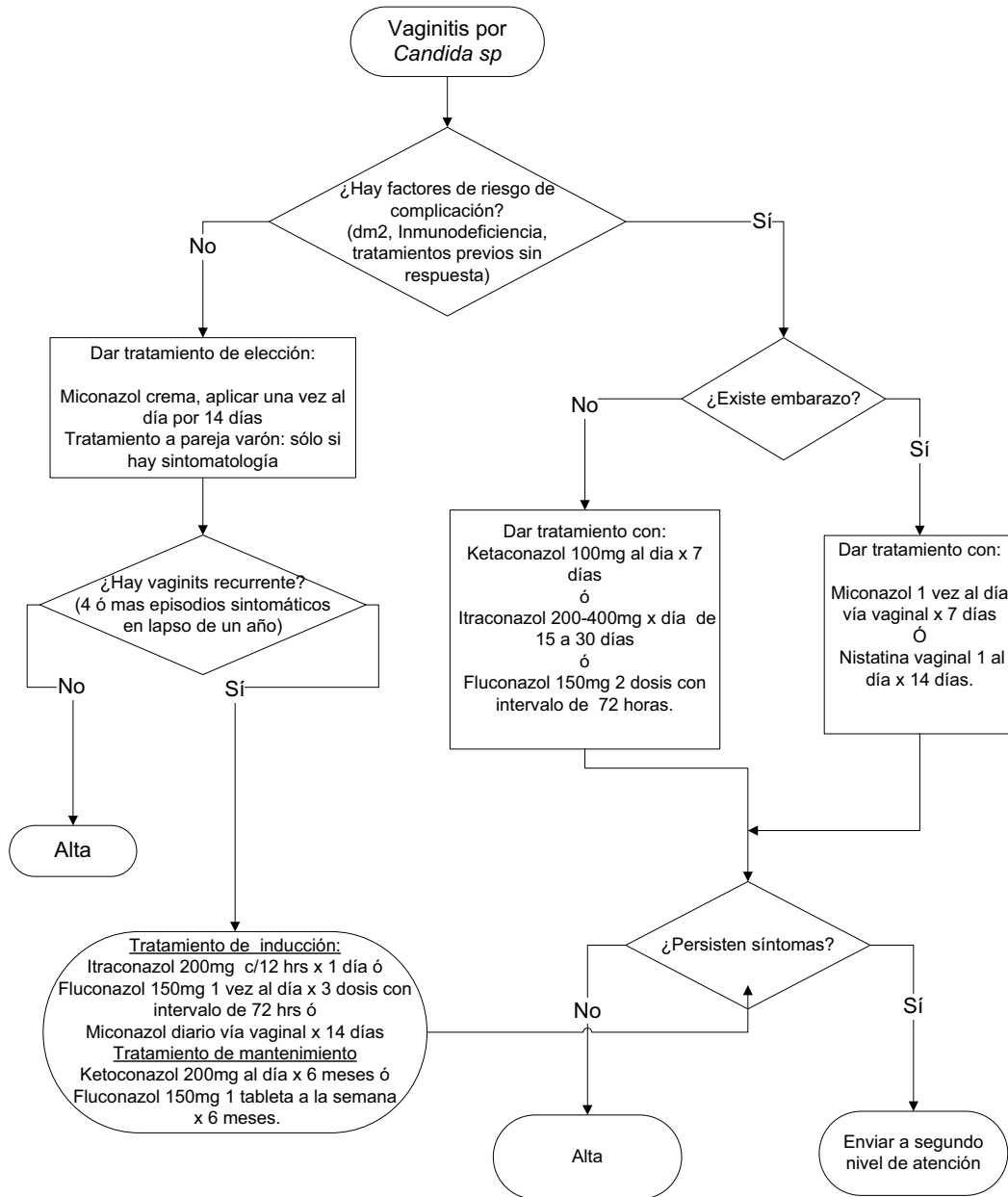
Algoritmo 1
Abordaje de la paciente con descarga vaginal anormal



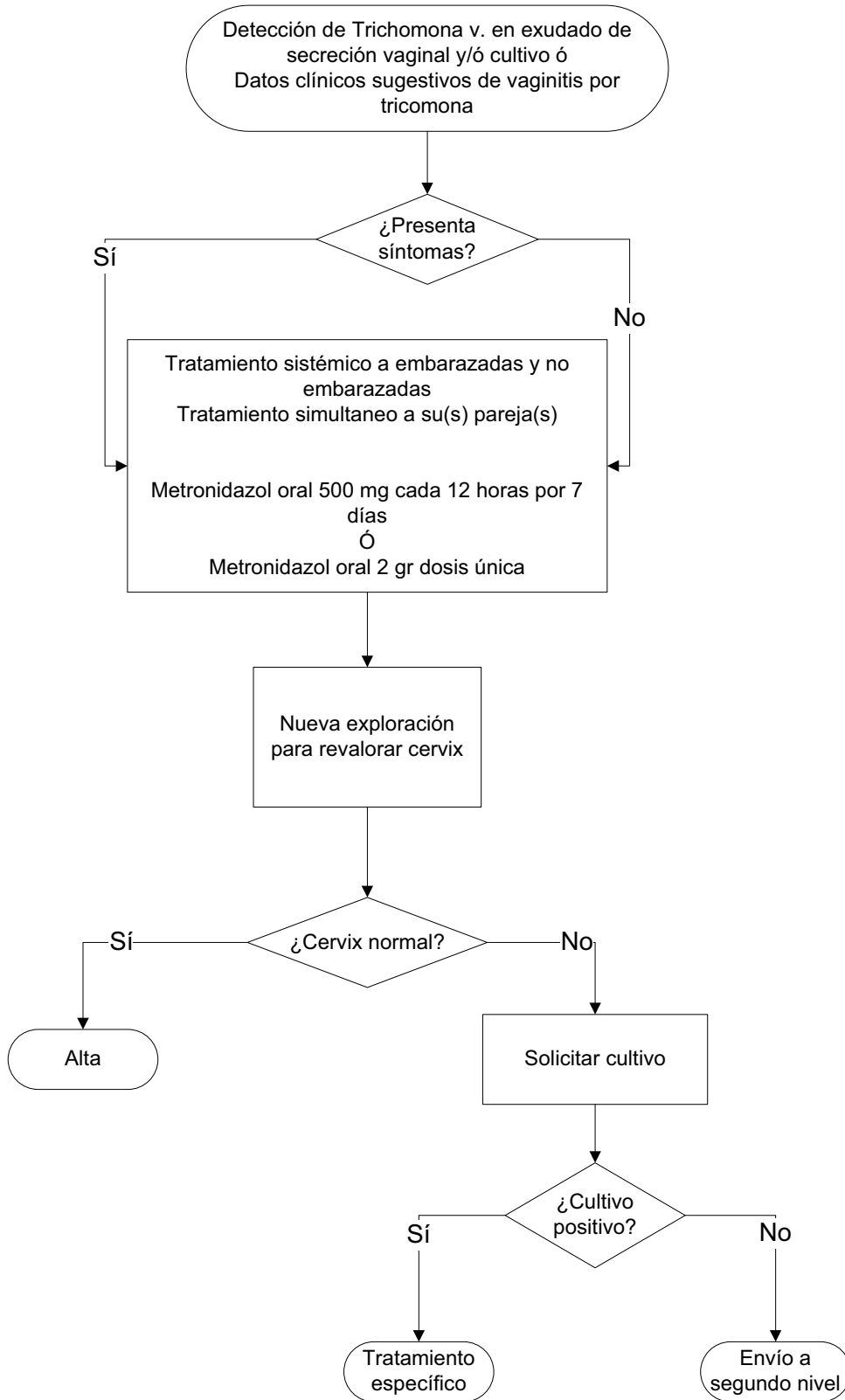
Algoritmo 2
Tratamiento de vaginosis bacteriana (VB)



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



Algoritmo 4
Tratamiento de vaginitis por *Trichomona v.*



5. DEFINICIONES OPERATIVAS

Dispareunia: sensación de ardor o dolor al coito.

Disuria: sensación de ardor o dolor al orinar.

Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP): es un término general que hace referencia a la infección del revestimiento del útero, las trompas de Falopio o los ovarios. La mayoría de los casos son causados por las mismas bacterias de las enfermedades de transmisión sexual (clamidia, gonorrea, micoplasma, estafilococo y estreptococo), que también pueden penetrar en el organismo después de procedimientos ginecológicos (inserción de un dispositivo intrauterino, parto, aborto ó biopsia de endometrio). Los síntomas más comunes además de secreción vaginal anormal son: dolor abdominal, fiebre, escalofríos, náuseas con y sin vómitos.

Descarga vaginal anormal (leucorrea): escurrimiento de secreción vaginal atípica asociada frecuentemente a ardor y/o prurito así como mal olor vaginal.

Vaginitis: espectro de condiciones que causan síntomas vaginales tales como prurito, ardor, irritación y secreción vaginal anormal.

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

Vaginitis infecciosa: síndrome que se caracteriza por uno ó más de los siguientes signos y síntomas: secreción vaginal, prurito, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez o mal olor vaginal; secundario a la presencia de microorganismos patógenos.

Vaginosis bacteriana (VB): síndrome que se caracteriza por un sobre crecimiento de cualquiera de los siguientes microorganismos: *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella*, *Mycoplasma hominis*, *Bacteroides*, *Fusobacterium* y *Mobiluncus*; que reemplaza a los lactobacilos y se acompaña de un aumento en el pH (hasta de 7.0). Se define como una infección a nivel vaginal, sin respuesta inflamatoria (en 1983 cambió el nombre de vaginitis inespecífica a vaginosis bacteriana). Es la causa más común de descarga vaginal anormal. La VB puede tener un comienzo y remisión espontánea; aunque su prevalencia es mayor en las mujeres sexualmente activas que en las no activas, actualmente no se considera de transmisión sexual; aproximadamente el 50 % de los casos pueden cursar asintomáticas (FFPRHC and BASHH, 2006).

Vaginitis por *Candida* (VC): síndrome que tiene como agente causal en el 90% de los casos a *Candida albicans*, el otro 10 % puede tener como factor etiológico a *C. glabrata*, *C. tropicales*, *C. krusei*, *C. parapsilosis* y *Saccharomyces cerevisiae*. El 10 a 20% de las mujeres en edad reproductiva pueden ser colonizadas por *Candida sp*, pero cursar asintomáticas, estas mujeres no requieren tratamiento. (BASH and VIH, 2007).

Vaginitis por *Candida* complicada: presencia de vulvovaginitis por *Candida sp* que presenta además alguno de los siguientes datos: embarazo, síntomas severos, cuadros recurrentes (más de 4 episodios por año), especies de candida diferentes a *albicans*; y huésped con hiper estrogenismo, diabetes mellitus ó inmunodeficiencia. (BASH and VIH, 2007).

Vaginitis recurrente por *Candida albicans*: se define como la presencia de al menos 4 episodios al año, sintomáticos y documentados de candidiasis vulvovaginal, con resolución parcial de síntomas entre los episodios; tiene una prevalencia de aproximadamente 5 % en las mujeres en edad reproductiva.

Vaginitis por *Trichomona vaginalis* (VT): síndrome que tiene como agente causal a *Trichomona vaginalis*, que es un protozooario flagelado, en la mujer se localiza en la vagina, uretra y glándulas para-uretrales. La infección del tracto urinario como único sitio de infección se da en un porcentaje cercano al 5 %, mientras que la infección uretral en la vaginitis se da en 90 % de los casos. En los hombres la infección es generalmente de la uretra (FFPRHC and BASHH, 2007).

Vaginitis persistente: persistencia de signos y síntomas de vaginitis, a pesar del tratamiento.

6. ANEXOS

6.1 SISTEMAS DE NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADACIÓN DE RECOMENDACIONES

Se utilizó la misma clasificación en todas las guías de referencia

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

| Recomendación | Evidencia |
|---------------|---|
| A | Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib |
| B | Estudios con un nivel de evidencia IIa, IIb y III |
| C | Estudios con un nivel de evidencia IV |

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

6.2 ANEXOS CLÍNICOS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE LABORATORIO DE LAS VAGINITIS INFECCIOSAS

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

*Son células del epitelio vaginal cubiertas con numerosos cocobacilos

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

6.3 MEDICAMENTOS

Medicamentos indicados en el tratamiento de Vaginitis por *Candida spp* (VC), *Trichomona v*, (VT) y Vaginosis Bacteriana (VB).

| Principio activo | Dosis recomendada | Presentación | tiempo (período de uso) |
|---------------------|---|---|---------------------------|
| Metronidazol | VB Y VT Tratamiento de elección: Metronidazol 500 mg vía oral dos veces al día ó Metronidazol oral 2g | Caja 30 tabletas de 500MG | 7 Días Dosis única |
| | VB. + embarazo: Metronidazol tabletas vaginales 1 cada 24 horas | Caja con 10 óvulos o tabletas vaginales 500mg c/u | 10 días |
| Clindamicina | VB tratamiento alterno: Clindamicina crema vaginal al 2 % una vez al día | Tubo crema vaginal 2% | 7 días |
| | Clindamicina 300 mg, oral dos veces al día | Caja con 16 capsulas 300MG | 7 días |
| Nistatina | VC No complicada Nistatina óvulos o tabletas vaginales, una al día | Tabletas vaginales de 100 000 U con 12 tabletas | 14 días |
| Miconazol | VC No complicada: Miconazol crema 2%, 1 aplicación intravaginal diaria | | 7 días |
| | VC Recurrente: Miconazol crema 2% 1 aplicación intravaginal diaria | Tubo crema 20gr 2% | 14 días |
| Itraconzol | VC Recurrente: <u>Inducción:</u> Itraconazol 200mg cada 12 horas, vía oral dosis única | Caja con 15 Capsulas 100mg | Dosis única |
| | <u>Mantenimiento:</u> Itraconazol 50 a 100 mg Diarios | | 6 meses |

| | | | |
|--------------------|---|--|--|
| Ketoconazol | VC Recurrente: Ketoconazol* tabletas de 100mg (media tableta) al día por 6 meses | Caja 10 tabletas 200mg | Media tableta al día por 6 meses |
| Fluconazol | VC Recurrente: <u>Inducción:</u> Fluconazol 150mg <u>Mantenimiento:</u> Fluconazol 150mg | Caja con 10 capsulas ó tabletas de 100mg | 1 vez al día x 3 dosis con intervalo de 72hrs 1 a la semana x 6 meses |

7. BIBLIOGRAFÍA

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

8. AGRADECIMIENTOS

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

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

| NOMBRE | CARGO/ADSCRIPCIÓN |
|--------------------------------|--|
| Srita. Laura Fraire Hernández | Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE |
| Srita. Alma Delia García Vidal | Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE |
| Sr. Carlos Hernández Bautista | Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE |
| Lic. Cecilia Esquivel González | Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HE CMN La Raza) |
| Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez | Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HO CMN S. XXI) |

9. COMITÉ ACADÉMICO

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

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

10. DIRECTORIO

DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza
Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno
Director de Prestaciones Médicas

Dr. Francisco Javier Méndez Bueno
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez
Coordinadora de Áreas Médicas

11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

| | |
|---|-----------------------------------|
| Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad | Presidenta |
| Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud | Titular |
| Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad | Titular |
| Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud | Titular |
| Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud | Titular |
| Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General | Titular |
| Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional | Titular |
| Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México | Titular |
| Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social | Titular |
| Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | Titular |
| Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos | Titular |
| Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia | Titular |
| Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico | Titular |
| Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud | Titular |
| Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño | Titular |
| Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud | Titular |
| M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud | Titular y suplente del presidente |
| Dr. Franklin Libenson Violante Secretaría de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México | Titular 2008-2009 |
| Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco | Titular 2008-2009 |
| Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas | Titular 2008-2009 |
| Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina | Titular |
| Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía | Titular |
| Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. | Asesor Permanente |
| Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC | Asesor Permanente |
| Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales | Asesor Permanente |
| Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C. | Asesor Permanente |
| Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C. | Asesor Permanente |
| Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud | Secretario Técnico |