

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2014

PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA
VAGINITIS INFECCIOSA
EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-081-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD
GENERAL



DIF
Nacional



ÍNDICE

Índice	2
1. Clasificación	3
2. Definición y Contexto	4
3. Historia Natural de la Vaginitis	5
4. Escalas de Clasificación Clínica	12
5. Diagramas de Flujo	15

1. CLASIFICACIÓN

CIE-10: N76.0 VAGINITIS AGUDA

GPC: PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE
VAGINITIS INFECCIOSA EN MUJERES EN EDAD
REPRODUCTIVA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO

Se entiende por cervicovaginitis infecciosa a la inflamación de la mucosa vaginal, cuya causa generalmente se debe a infecciones por hongos (cándida), bacterias (vaginosis) y protozooario por *trichomonas vaginalis* (Sociedad Española 2013).

Se caracteriza por uno o 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, siendo los más frecuentes *Gardnerella vaginalis* y *Estreptococo* del grupo B, así como *Candida albicans*, se incluye en este concepto la vaginosis bacteriana la cual se caracteriza por crecimiento excesivo de organismos anaeróbicos y pérdida de lactobacilos, perdiendo su acidez vaginal incrementándose el $\text{ph} >4.5$. (BASHH 2012, NICE, 2013, Donders, 2010, Sociedad Española 2013).

Una variedad clínica de la VB es la vaginosis bacteriana, causada por organismos anaerobios predominantemente (Donders, 2010)

Las infecciones genitales representan una de las primeras causas de consulta en unidades de atención médica, la sociedad española de Ginecología y Obstetricia reporta que en la consulta de atención primaria, especializada y de urgencias son el 20% del total de las consultas (Sociedad Española 2013). En la población americana negra se registra de entre el 45 al 55%, en la mujer asiática se reporta entre un 20 a 30%, (Donders, 2010).

La infección genital aumenta el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, resultados adversos del embarazo, riesgo de infección por inmunodeficiencia humana y problemas de infertilidad (Marrazzo, 2011).

La sospecha de infección genital femenino es ante sintomatología a que puede ser común como disuria, polaquiuria, prurito vulvar, dispareunia y leucorrea. Pudiendo ser difícil distinguir dichas infecciones entre sí solo sobre la base de la sintomatología, siendo absolutamente necesario fundamentarse en la exploración y el estudio microbiológico para establecer el diagnóstico (Cletilde Vallejo, 2010, Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013, Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR); sin embargo, existen casos asintomáticos hasta en un 60% (Marrazzo, 2011).

Se debe de diferenciar entre descarga vaginal o secreción vaginal normal debida a los cambios hormonales pre y post-ovulatorios, y la descarga anormal (secreción lechosa o blanquecina,, amarillenta, fétida semejando olor a pescado, pruriginosa, o ardor en genitales)

Es necesario contar con una herramienta clínica actualizada para ofrecer prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las Vaginitis infecciosas, ya que estas afectan la calidad de vida de las mujeres, se asocia en mujeres embarazadas a mayor incidencia de ruptura prematura de membranas (GPC Parto prematuro, IMSS), y finalmente analizar la literatura reciente ofrecerla a los profesionales en la toma de decisiones.

3. HISTORIA NATURAL DE LA VAGINITIS

PREVENCIÓN (FACTORES DE RIESGO)

Vaginosis bacteriana

Interrogar el hábito de lavado vaginal(duchas vaginales), cunnilingus receptivo, reciente cambio de pareja sexual, tabaquismo, uso de anticonceptivos hormonales, presencia de una infección de transmisión sexual(ITS), recomendando que sean evitadas.

Vaginitis por *Cándida sp*

Investigar factores de riesgo relacionados a candidiasis, tales como:

-Diabetes descontrolada, uso de contraceptivos orales, obesidad, empleo reciente de antimicrobianos, uso de corticoesteroides, quimioterapia o pacientes inmunocomprometidos.

Vaginitis por *tricomona V(TV)*.

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.

En pacientes con manifestaciones de infección con TV se deben evitar las relaciones sexuales incluyendo sexo oral hasta que ella y su(s) pareja(s) hayan completado el tratamiento y seguimiento.

Recomendar el uso de preservativo para promover el sexo protegido.

Vaginitis por *Chlamidya trachomatis (CHT)*

Es considerada enfermedad de transmisión sexual, por lo que se debe de promover el uso de preservativo para sexo seguro.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE VAGINITIS INFECCIOSA (CUADRO 1)

Ante la detección de descarga vaginal o leucorrea anormal el profesional de la salud deben considerar como causa frecuente:

- Vaginosis bacteriana
- Candidiasis
- Tricomoniasis
- *Chlamidya trachomatis*(CHT)

Para detección oportuna de vaginitis, infecciosa se debe de realizar historia clínica detallada en historia sexual (documentando número de parejas y uso de condón).

Toda mujer con historia de descarga vaginal anormal persistente debe ser examinada clínicamente (exploración ginecológica).

Ante la referencia de flujo o descarga vaginal anormal, se debe de descartar que sea secundaria a uso o presencia de cuerpos extraños(Tampones, condones retenidos)

Vaginosis bacteriana

El diagnóstico clínico se establece ante la presencia de:

- Flujo o leucorrea vaginal fluida blanca o grisáceo.
- Fetidez y olor a pescado,
- Ausencia de dolor, comezón, picazón o irritación.

Esta recomendada con fines diagnóstico utilizar los criterios clínicos de Amsel o la tinción de gram.

Vaginitis por *Cándida sp*

El diagnóstico de candidiasis se fundamentara ante la presencia de: inflamación vulvar y vaginal, fisuras:

- Secreción adherente a la mucosa, blanquecino, con grumos (cottage cheese)
- No fetidez
- Eritema o enrojecimiento importante
- Pruriginosa
- Molestia al orinar.

Tricomoniasis vaginal

Documentar vaginitis tricomoniasis ante la presencia de:

- Flujo anormal o leucorrea amarillenta abundante, espumosa, gaseosa
- Fetidez
- Disuria (cuando hay infección uretral)
- Dolor pélvico bajo
- Vulvitis, vaginitis (edema, eritema, cervicitis)

Cuello uterino en fresa o con puntilleo rosado.

Investigar historia sexual o factores de riesgo de infección por virus de la inmunodeficiencia en casos recurrentes por su alta incidencia de tricomoniasis.

Chlamidya trachomatis (CHT)

Ante paciente asintomática o con ardor al orinar, dolor en hipogastrio; con prurito y escozor vaginal durante el coito y leucorrea amarillenta, fetidez, con Ph mayor de 4.5 se debe sospechar Chlamidya.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (LABORATORIO Y GABINETE)

El estudio microscópico del frotis (gram o estudio citológico cervicovaginal o papanicolau) son estudios fáciles y accesibles que pueden detectar vaginitis infecciosa como estudios complementarios, la medición del Ph vaginal puede ser útil en casos leves.

Está recomendado en forma inicial en pacientes con manifestaciones clínicas moderadas a severas la realización de estudios microscópico de secreciones cérvico-vaginales del tipo de papanicolau o gram, o determinación del PH.

La solicitud de estudios de laboratorio indicados en las pacientes requieren ser acompañados de hallazgos clínico con fines de tener un enlace con el personal que lo interpretará.

Vaginosis bacterina (VB)

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 :

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 cándida sp

Es recomendable solicitar estudio microscópico ya sea frotis en fresco, gram o citología de ante la sospecha de candidiasis,

Sólo en casos de recurrencia o vaginitis complicada el cultivo esta indicado.

Está indicado realizar los siguientes estudios para el diagnóstico de tricomona:

- Detección con el frotis convencional de Papanicolaou (Pap)
- Microscopia(60%) sensibilidad
- Cultivo para Trichomonas
- Pruebas de ácido nucleico (NAT)
- Punto de atención pruebas, como la prueba rápida de antígenos o sonda de ADN

Las mujeres con sospecha de enfermedad de transmisión sexual que soliciten pruebas de detección específicas se debe indicar la realización de:

Estudio de chlamydia, gonorrea o sífilis.

Chlamydia T.

En estudios de tamizaje es posible diagnósticas en muestras de orina chlamydia.

En casos persistentes pueden considerarse para el diagnóstico de chlamydia las pruebas de ampliación de ácidos nucleicos son específicas para diagnóstico de chlamydia (NAATs), y pruebas de radioinmunoanálisis y realización de cultivo en caso de disponer con el mismo.

TRATAMIENTO (ALGORITMO 2-4)

La paciente con referencia de descarga vaginal anormal o sospecha de vaginitis con o sin embarazo deben ser tratadas.

Vaginosis bacteriana

La paciente con referencia de descarga vaginal anormal con bajo riesgo de transmisión sexual y manifestaciones clínicas leves, está indicado iniciar tratamiento empírico, de acuerdo a las características clínicas etiológicas.

En mujeres no embarazadas con síntomas característicos de la BV, exámenes y otras pruebas se pueden omitir y el tratamiento empírico se puede iniciar.

Dar tratamiento a mujeres con VB cuando:

- Sean Sintomáticas

- Asintomáticas que serán programadas para procedimientos quirúrgicos

Asintomáticas que deseen tratarse

Indicar para el tratamiento de VB lo siguiente:

- 1) Metronidazol de 400 o 500 mg, vía oral dos veces al día por 5-7 días;
- 2) Metronidazol* 2g vía oral en un sola dosis

Metronidazol local vaginal por 5 días

Como tratamiento alternativo están:

- 1) Tinidazol 2 gr orales por dos días o 1 grm oral por 5 días
- 2) Clindamicina 300 mg oral por 7 días
- 3) Clindamicina local vaginal 100 mg por 3 días

En la paciente con embarazo y presencia de VB se debe tratar medicamente e informar a la paciente y a su acompañante que el no tratarla aumenta el riesgo durante el embarazo de aborto, partos prematuros y ruptura prematura, endometritis, por lo que debe de ser tratada y vigilada con fines de evitar estas complicaciones.

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

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

Es recomendable iniciar antibioticoterapia ante la presencia de VB para prevenir durante el embarazo ruptura prematura de membranas.

No es recomendable usar clindamicina durante la lactancia.

No está indicada en todos los casos la detección ni el tratamiento en la(s) pareja(s), sin embargo, puede considerarse en base al criterio clínico del profesional de la salud.

Si la paciente con VB es portadora de Dispositivo Intrauterino(DIU) debe de sugerirse el cambio por otro método.

Candidiasis vaginal (Algoritmo 3)

El uso de azoles por cualquier vía de administración(oral o vaginal) está justificado,

El uso de azoles esta recomendado en candidiasis sintomática ((itraconazol, ketoconazol, fluconazol)

El uso de azoles * para tratamiento de la candidiasis vulvovaginal no complicada,debe ser a través del uso de:

Tratamiento tópico

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

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

Tratamiento oral

- Fluconazol cápsulas 150 mg en una dosis única o
- Itraconazol cápsulas 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.

No es necesario tratar a la pareja sexual por vaginitis candidatica.

Las mujeres embarazadas asintomáticas con VC no requieren tratamiento.

Las mujeres con candidiasis vulvovaginal complicada deben recibir un tratamiento más agresivo que las mujeres con un episodio no complicado, requiriéndose por vía sistémica y local.

Vaginitis candidiásica recurrente

El tratamiento de elección para VC recurrente:

Inducción:

Ketoconazol* tabletas de 200mg, media tableta al día por 14 días

Miconazol crema 2%, 1 aplicación intravaginal diaria por 14 días

Mantenimiento: Ketoconazol* tabletas de 200mg, media tableta al día por 6 meses

Itraconazol* oral 50 a 100 mg diario por 6 meses

Fluconazol* capsulas de 100 mg, una vez a la semana por 6 meses

*No se use en embarazo o lactancia.

El tratamiento de pareja en los casos de VC no es considerado útil.

En Candidiasis no es necesaria la abstinencia, ya que no esta documentada como necesaria.

Trocomona vaginal(TV) ver algortimo 4.

El tratamiento de la VT debe ser sistémico (oral) a través de uso de metronidazol o Tinidazol como segunda opción para obtener la curación.

Si a través de frotis o papanicolau se reporta Trichomonas y no se cuenta con prueba confirmatoria a través de cultivo, dar tratamiento indicado.

El tratamiento de elección de las VT es:

1) Metronidazol oral 500 mg, dos veces al día por 7 días

2) Metronidazol oral 2 gr, en dosis única

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.

Durante el embarazo puede administrarse metronidazol dos gramos en una dosis.

Durante la lactancia se debe suspender la misma en caso de requerir uso de metronidazol por lo menos 12 a 24 hrs. iniciar lactancia después de haber concluido el medicamento.

El uso de metronidazol local esta justificado principalmente en el tratamiento de tricomoniasis.

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

Para prevenir la reinfección, las mujeres con tricomoniasis deben evitar las relaciones sexuales hasta que ellas y sus parejas hayan recibido tratamiento ni contacto sexual genital ni oral.

Deben revalorarse en un periodo no mayor de 3 meses a las pacientes con VT ya que la reinfección se encuentra en un 17%.

Debe evitarse la ingesta de bebidas alcohólicas (efecto antabuse.)

Chlamydia T.algortimo 4

En el tratamiento de primer línea se debe de indicar los siguientes regímenes :

- Azitromicina 1 g oral en una sola dosis.
- Doxiciclina 100mg VO 2 veces al día x 7 días.

Como régimen alternativo están:

- Eritromicina base 500mg cada 6 hrs por 7 días.
- Levofloxacin 500mg VO una vez al día x 7 días.
- Ofloxacin 300mg cada 12 hrs x 7 días.

No indicar doxiciclina o levofloxacin durante el embarazo.

El tratamiento de pareja esta indicado en los casos de Chlamydia trachomatis(CHT).

En caso de no poder administrar Azitromicina o eritromicina en CHT el uso de amoxicilina o clindamicina deben considerarse.

UTILIDAD DE PREBIÓTICOS EN VAGINOSIS BACTERIANA(VB)

Pueden consierarse si se cuenta con el recurso el uso de probióticos al documentar que existe ausencia o disminuón de flora vaginal normal (lactobacilos).

CRITERIOS DE REFERENCIA DEL PRIMER AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

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

SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA

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

TIEMPO ESPERADO DE RECUPERACIÓN E INCAPACIDAD EN CASO DE QUE PROCEDA

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

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

4. ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Cuadro 1 Características clínicas de las vaginitis infecciosas

	Vaginitis Bacteriana	Vaginitis Candidiasis	Tricomoniasis	Chlamydia trachomatis
Características	Causa más frecuente de vaginitis infecciosa. Secreción vaginal. No se transmite sexualmente.	No se transmite sexualmente.	Es una ITS el diagnóstico debe hacerse en forma confiable porque habrá implicaciones para el paciente.	Es una ITS el diagnóstico debe hacerse en forma confiable porque habrá implicaciones para el paciente.
Secreción vaginal	Homogéneo, acuoso	Espesa, blanquecina	Puede ser espumosa	Flujo amarillento
El olor	Mal olor	Sin mal olor	Mal olor	Mal olor
Síntomas asociados	Por lo general, ninguno.	Disuria, dispareunia	Síntomas como disuria y dolor abdominal bajo.	En ocasiones se presenta asintomática o con ardor al orinar y dolor en hipogastrio; con prurito y escozor vaginal durante el coito.
Signos típicos	Descarga vaginal y edema vulvar.	Puede parecer normal o edema vulvar y vaginal, puede haber fisuras o lesiones.	Puede parecer normal o con descarga espumosa, se puede presentar vulvitis, vaginitis, cervicitis, cuello en uterino es frambuesa.	Problema importante para controlar esta infección es la ausencia de síntomas, la cual alcanza a 75% de mujeres y 50% de hombres.
pH vaginal normal 3.5 a 4.5	> 4.5	> 4.5	> 4.5	> 4.5

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

Cuadro 2 Clasificación de Candidiasis Vulvovaginal

No complicada <ul style="list-style-type: none">• Evento esporádico o poco frecuente• Con molestias de leve o moderada• Probablemente producida por <i>Candida albicans</i>• Mujer no inmunocompetente
Complicada <ul style="list-style-type: none">• Candidiasis recurrente• Candidiasis severa• Candidiasis producida por candidiasis no <i>albicans</i>• Mujer con diabetes, inmunosupresión o desnutrición.

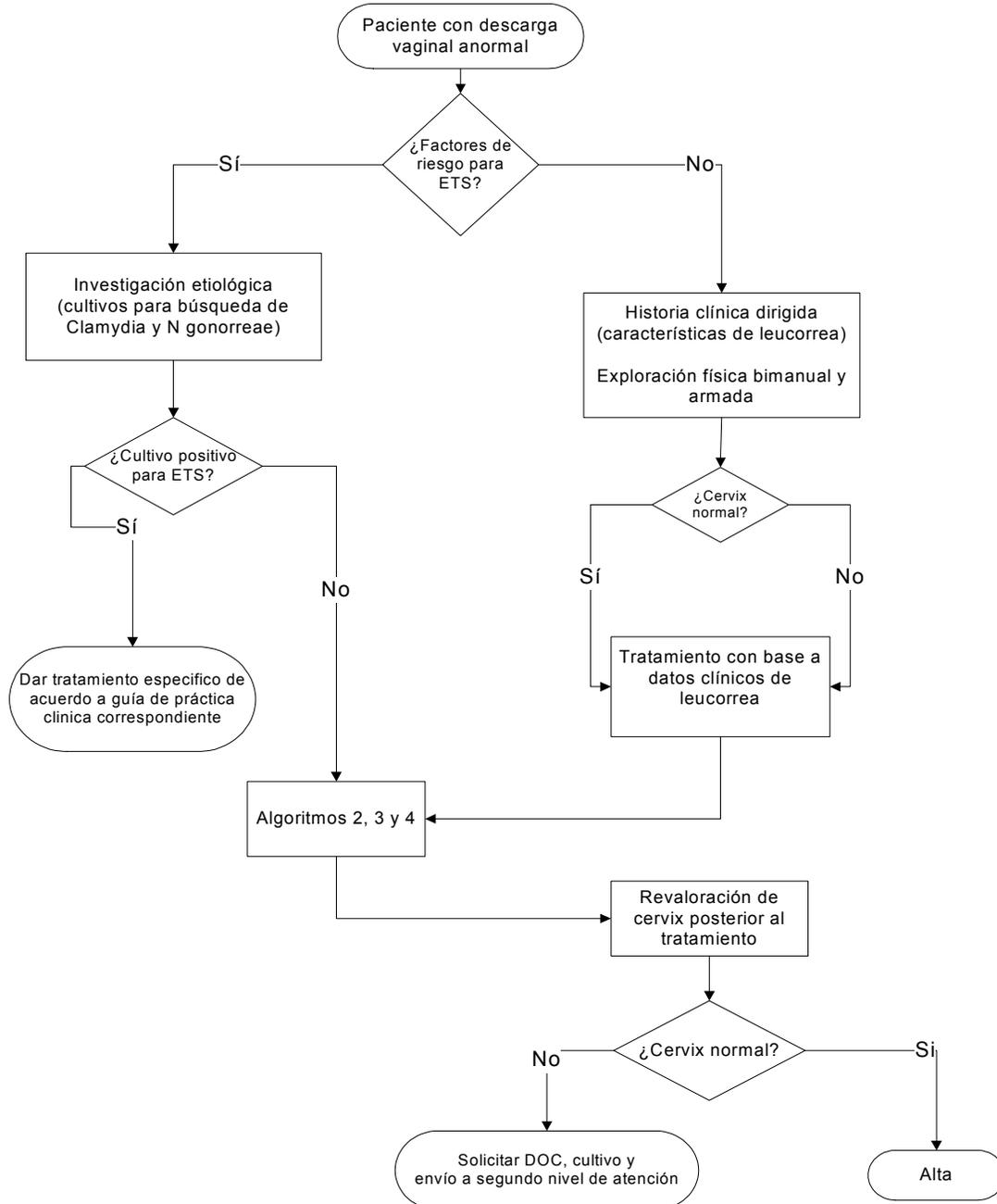
Fuente: .- Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR.

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

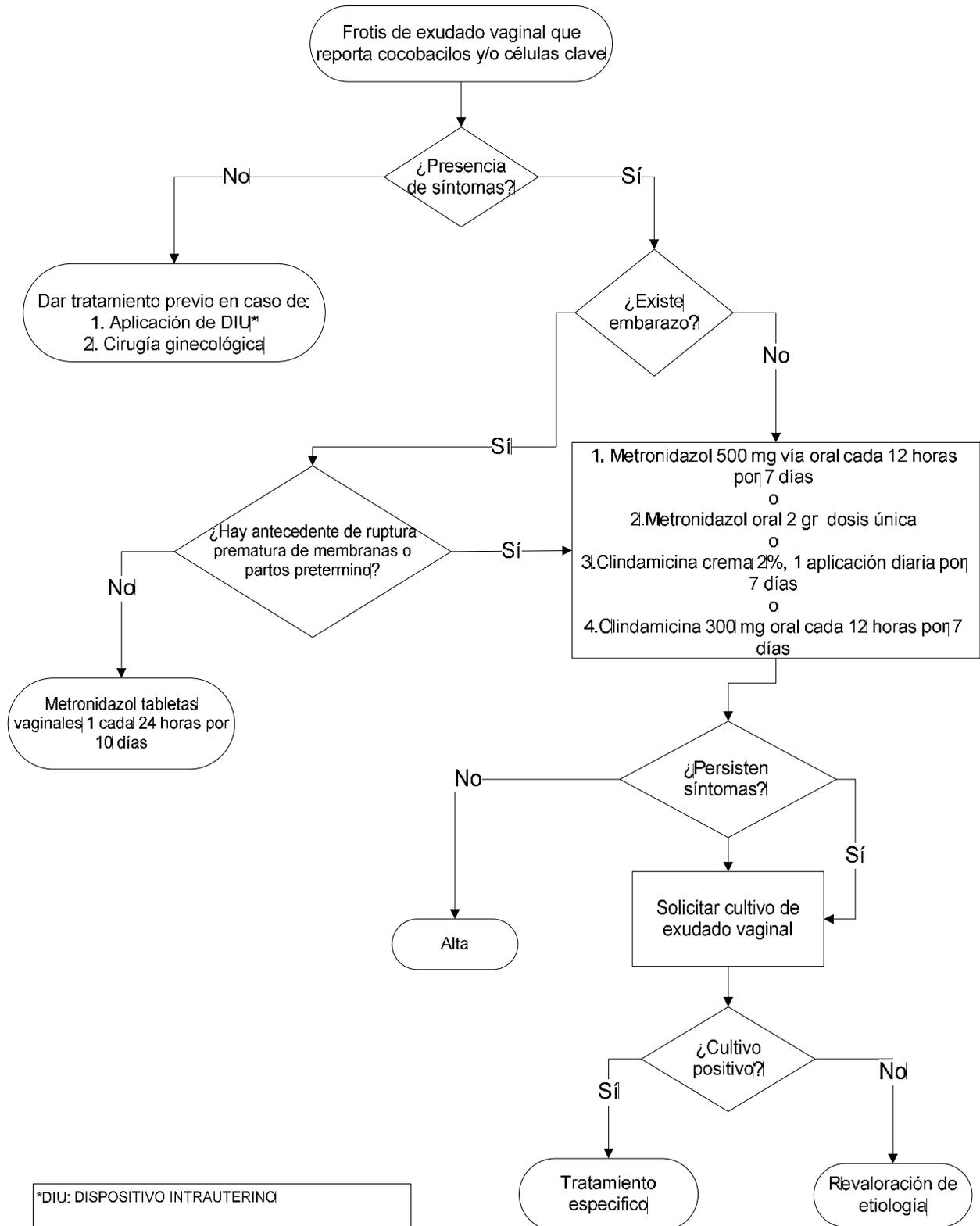
Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	tiempo (período de uso)
Metronidazol	VB Y VT Tratamiento de elección: Metronidazol 500 mg vía oral dos veces al día Metronidazol oral 2g VB. + embarazo: Metronidazol tabletas vaginales 1 cada 24 horas	Caja 30 tabletas de 500mg Caja con 10 óvulos o tabletas vaginales 500mg c/u	7 Días Dosis única 10 días
Clindamicina	VB tratamiento alterno: Clindamicina crema vaginal al 2 % una vez al día Clindamicina 300 mg, oral dos veces al día	Tubo crema vaginal 2% Caja con 16 capsulas 300MG	7 días 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 VC Recurrente: Miconazol crema 2% 1 aplicación intravaginal diaria	Tubo crema 20gr 2%	7 días 14 días
Itraconazol	VC Recurrente: <u>Inducción:</u> Itraconazol 200mg cada 12 horas, vía oral dosis única <u>Mantenimiento:</u> Itraconazol 50 a 100 mg Diarios	Caja con 15 Capsulas 100mg	Dosis única 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 o tabletas de 100mg	1 vez al día x 3 dosis con intervalo de 72hrs 1 a la semana x 6 meses

5. DIAGRAMAS DE FLUJO

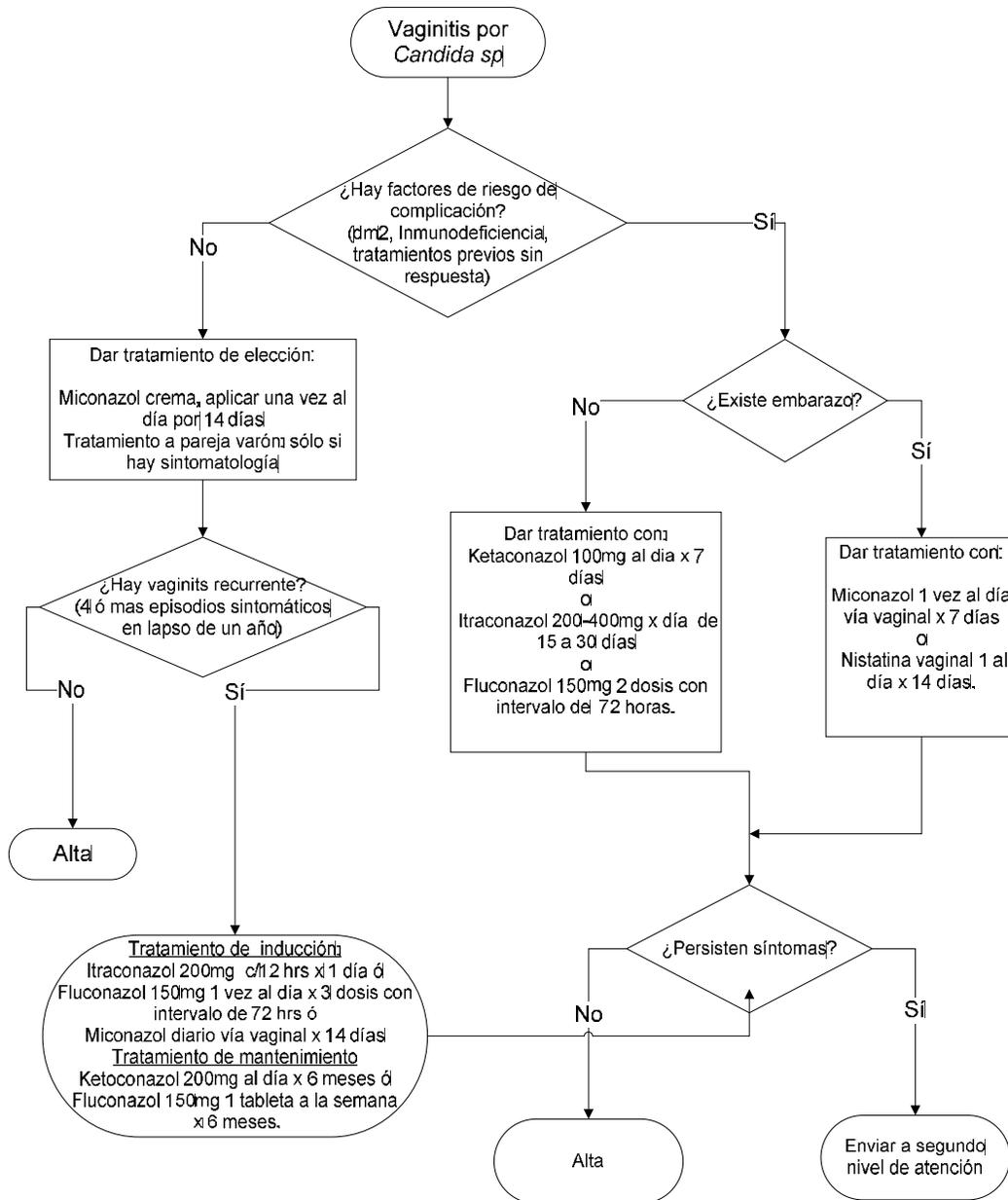
Algoritmo 1
Abordaje de la paciente con descarga vaginal anormal



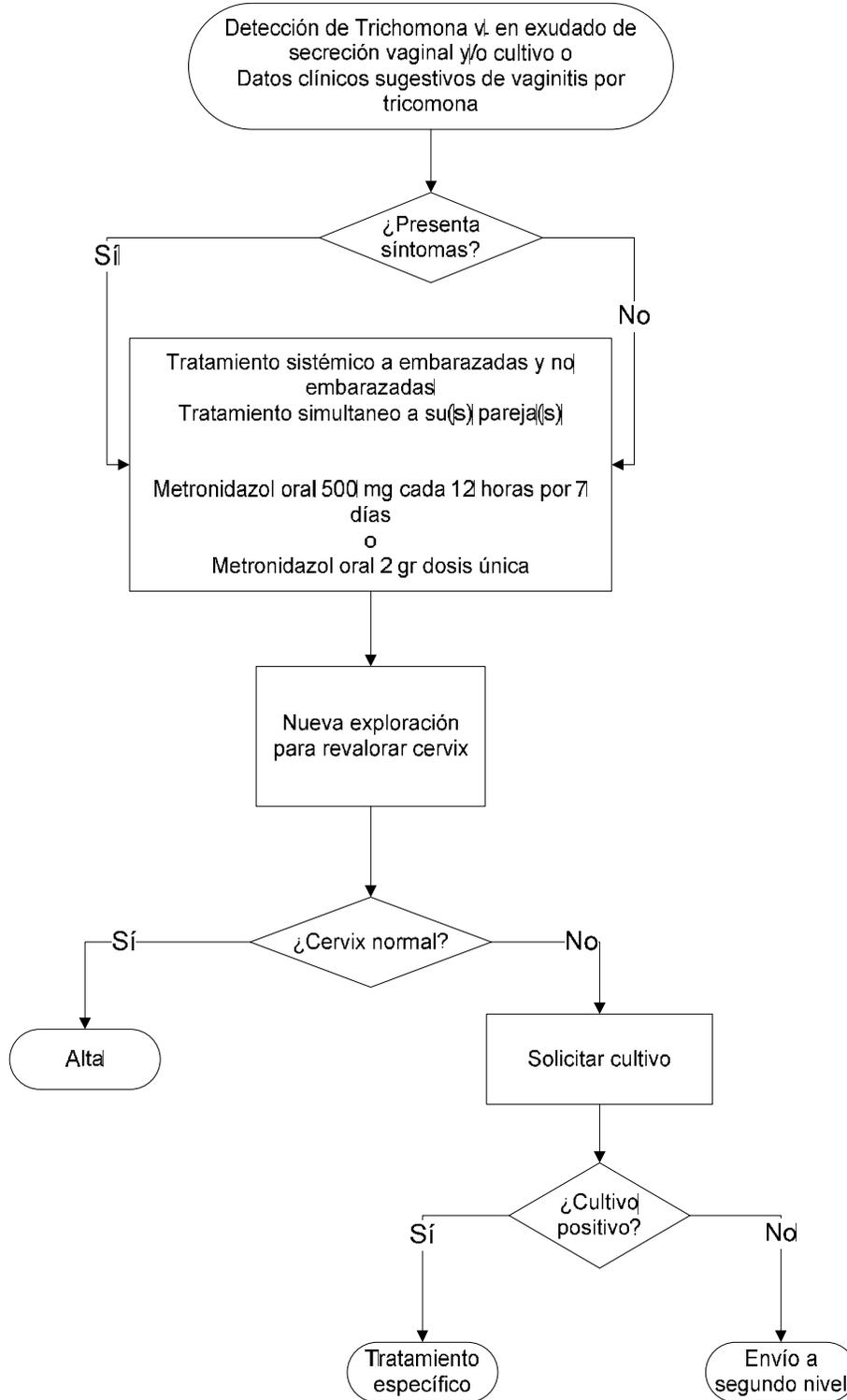
Algoritmo 2
Tratamiento de vaginosis bacteriana (VB)



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



Algoritmo 4
Tratamiento de vaginitis por *Trichomona v.*



CUADRO DE MEDICAMENTOS

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de **Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la vaginitis infecciosa en la mujer en edad reproductiva en el primer nivel de atención** del **Cuadro Básico de <IMSS y del Cuadro Básico Sectorial:**

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS							
CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
010.000.1969.00	Azitromicina	Una tableta de 500 mg cada 24 hrs por tres días o dos tabletas (un gramo oral) en una dosis	Contiene 3 tabletas de 500 mg	Durante 1 o tres días	Diarrea, heces blandas, malestar abdominal, náuseas, vómito y flatulencia.	Se han precipitado ergostismos al administrarla con otros antibioticos macrólidos, pues reducen su metabolismo hepático.	Hipersensibilidad al fármaco, usarse con precaución en pacientes con prolongación del intervalo QT y arritmias.
010.000.1969.01	Azitromicina	Dos tabletas de 500 mg cada 24 por dos días hrs por tres días o dos tabletas (un gramo oral) en una dosis	Contiene 4 tables de 500 mg	Durante 2 o tres días	Diarrea, heces blandas, malestar abdominal, náuseas,, vómito y flatulencia.	Se han precipitado ergostismos al administrarla con otros antibioticos macrólidos, pues reducen su metabolismo hepático.	Hipersensibilidad al fármaco, usarse con precaución en pacientes con prolongación del intervalo QT y arritmias.
010.000.2133.00	Clindamicina	300 mg cada 12 u 8 horas	Envase con 16 cápsulas de 300 mg c/u	Durante 7 días	náusea, vómito,hipersensibilidad, colitis pseudomembranosa	Antagoniza al cloranfenicol y eritromicina, aumenta efecto de relajantes, con caolin, disminuye su absorción, con loperamida mayor diarria.	Hipersensibilidad al fármaco, Colitis ulcerativa o insuficiencia hepática
010.000.1940.00	Doxiciclina	100 mg cada 12 hrs durante	Caja de 10 tabletas o	Durante 7 días	Anorexia, náusea, vómito, diarrea, prurito,	Interfiere el efecto de los	Hipersensibilidad al fármaco, usarlo con

		7 días	cápsulas de 100mg		fotosensibilidad, colitis, reacciones alérgicas, defectos de esmalte en niños y retraso del crecimiento óseo.	anticonceptivos hormonales y la heparina, disminuye la concentración plasmática en anticonvulsivos. Sustancias con contenido de calcio, hierro o magnesio disminuyen su absorción intestinal.	precaución en insuficiencia hepática, renal, alteraciones de la coagulación, úlcera gastroduodenal.
010.000.1941.00	Doxiciclina	100 mg cada 12 hrs durante 7 días	Caja de 28 tabletas o cápsulas de 50mg.	Durante 7 días	Anorexia, náusea, vómito, diarrea, prurito, fotosensibilidad, colitis, reacciones alérgicas, defectos de esmalte en niños y retraso del crecimiento óseo.	Interfiere el efecto de los anticonceptivos hormonales y la heparina, disminuye la concentración plasmática en anticonvulsivos. Sustancias con contenido de calcio, hierro o magnesio disminuyen su absorción intestinal.	Hipersensibilidad al fármaco, usarlo con precaución en insuficiencia hepática, renal, alteraciones de la coagulación, úlcera gastroduodenal.
010.000.1971.00	Eritromicina	500 mg cada 8 hrs	Envase con 20 cápsulas o tabletas de 500mg cada una.	Durante 7 días	Anorexia, vómito, diarrea, prurito, erupciones cutáneas, gastritis aguda, ictericia colestática.	Puede incrementar el efecto adverso con corticoesteroides, teofilina, alcaloides del centeno, warfarina, ciclosporina, bromocriptina, digoxina, disopramida	Hipersensibilidad al fármaco, colestasis, enfermedad hepática.
010.000.2016.00	Ketoconazol	200 a 400 mg al día	Envase con 10 tabletas de 100mg cada una.	Durante 1 día	Diarrea, vómito, ginecomastia	Los antiácidos, atropínicos y antihistamínicos H2 reducen su absorción, al igual que la rifampicina e	Hipersensibilidad al fármaco.

						isoniacida.	
010.000.5267.00	Fluconazol	Una tableta de 100, 150 o 200 mg en dosis única.	Envase con 10 tabletas de 200 mg cada una	Un día y repetir a los 15 días	Diarrea, vómito,, dolor abdominal, disfunción hepática, síndrome de Stevens Johnson.	Puede aumentar las concentraciones plasmáticas de fenitoina, sulfonamidas y ciclosporinas.	Hipersensibilidad al fármaco.
010.000.1308.00	Metronidazol tabletas	500 mg cada 8 hrs .	Envase con 30 tabletas	Durante 7 días	Vértigo, cefalea, náuseas, vómito, anorexia, cólicos, diarrea, calambres abdominales, depresión, insomnio.	Con ingestión de alcohol se produce el efecto antabuse, con la ciclosporina puede aumentar los riesgos de neurotoxicidad	Hipersensibilidad al fármaco.
010.000.0891.00	Mlconazol	Una aplicación de 20 mg una a dos veces al día.	Envase tubo crema con 20 gramos.	14 días o por 6 semanas	Dermatitis de contacto	Ninguna de importancia	Hipersensibilidad al fármaco.
010.000.20428.00	Tinidazol	De 1 a 2 gramos dosis por uno o dos días única.	Envase con 8 tabletas de 500 mg	1 o 2 días continuo.	Vértico, cefalea, náuseas, vómito, anorexia, cólicos,	Aumenta los efectos anticoagulantes de la warfarina; los barbitúricos inhiben su acción.	Hipersensibilidad al fármaco,, e insuficiencia hepática o renal.

Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

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

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
2014

ISBN en trámite