

VULVOVAGINITIS

Las vulvovaginitis son la causa más frecuente de consulta ginecológica, suponen hasta un 20% de todas las consultas en mujeres de todas las edades. Se definen como la inflamación e irritación de la mucosa vaginal, vulvar y de la piel de los genitales externos.

La flora vaginal normal, cuya función principal es la protección de la mucosa frente a la colonización y proliferación de microorganismos patógenos, está dominada por lactobacilos aerobios, bacilo de Döderlein, que producen ácido láctico a partir de glucógeno, manteniendo así el pH vaginal ácido $< 4,5$ durante la edad reproductiva. Todo aquello que aumente el pH vaginal favorece las vulvovaginitis (hipoestrogenismo, lavados vaginales, menstruación, semen...).

El 90% de las vulvovaginitis en mujeres en edad fértil son a causa de los siguientes agentes infecciosos: vaginosis bacteriana (40-45%), candidiasis (20-25%), tricomonas (15-20%), vulvovaginitis herpética y la vulvovaginitis de causa no infecciosa (atrófica, alérgica, iatrógena) constituyen el 10% restante.

Los síntomas clínicos pueden ser variables, pero la mayoría constan de inflamación (enrojecimiento, prurito, edema, dispareunia, disuria) y a veces se acompaña de aumento del flujo (leucorrea).

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. La exploración ginecológica mediante la inspección de la vulva y de la vagina y la toma de una muestra de flujo vaginal para el examen en fresco completan la primera parte del estudio. El diagnóstico confirmatorio sólo se debe hacer mediante la realización de un cultivo vaginal, al cual sólo se recurrirá cuando los hallazgos clínicos y microscópicos sean dudosos o la vulvovaginitis sea de repetición resistente al tratamiento habitual.

VAGINOSIS BACTERIANA

Es la causa más frecuente de leucorrea vaginal. Tiene una prevalencia del 20-40% de todas las vulvovaginitis, en mujeres de cualquier edad. El mecanismo patogénico es desconocido, por lo cual no se considera una enfermedad de transmisión sexual. Se relaciona con el reemplazo de la flora vaginal normal que produce un pH ácido por otra con una gran concentración de anaerobios. Los lactobacillus se reducen o desaparecen y en su lugar predomina flora mixta, aerobia, principalmente *Gardnerella vaginalis* y también *Mycoplasma hominis* y anaerobia (*Prevotella bivia* y *Prevotella disiens*, *Porphyromonas*, *Fusobacterium*, *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Atopobium vaginae*, *Mobiluncus*).

La principal característica clínica es la leucorrea maloliente, con olor característico a pescado, cremosa, de coloración blanco-grisácea. Es infrecuente el edema y el eritema vulvar por la escasa reacción inflamatoria. Ocasionalmente también aparece dispareunia, prurito postcoital, molestias urinarias, fetidez postcoital, etc. La mitad de mujeres con edad reproductiva con criterios diagnósticos de vaginosis bacteriana no refieren ninguna sintomatología.

Los criterios diagnósticos para la vaginosis son cumplir tres de los cuatro "Criterios de Amsel":

- Flujo vaginal homogéneo (con color y cantidad variable), que se adhiere a las paredes vaginales.
- Olor a aminas (pescado) antes o cuando se añade hidróxido potásico a las secreciones vaginales.
- Presencia de células guía (clue cells). Se trata de células epiteliales cubiertas por cocobacilos en el examen microscópico.
- pH vaginal $> 4,5$.

La alteración de la flora vaginal y el aumento del pH vaginal aumenta también el riesgo de otras infecciones.

Además de la vulvovaginitis, en casos aislados se puede desarrollar también cervicitis, endometritis e incluso salpingitis. En mujeres embarazadas puede provocar corioamnionitis, amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas, recién nacido de bajo peso, aborto tardío y endometritis postparto.

TRATAMIENTO

Suele resolverse de forma espontánea. No se recomienda tratamiento en las mujeres asintomáticas exceptuando algunas situaciones particulares (antes de ciertos procedimientos invasivos diagnósticos y/o quirúrgicos, colocación de dispositivo intrauterino (DIU) o para reducir el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica).

El tratamiento de elección es el metronidazol o clindamicina por vía tópica u oral. Las formulaciones tópicas son igual de eficaces que las orales y con mejor tolerancia. Tanto el metronidazol como la clindamicina son fármacos anaerobicidas con actividad ante la mayoría de patógenos relacionados con la vaginosis bacteriana y muestran niveles de curación del 60-90%. Las pautas recomendadas son:

- Metronidazol 500 mg/8-12 h oral durante 7 días, o por vía vaginal en forma de óvulos, 500 mg/día, 5-7 días o tinidazol 1 g/día oral durante 5 días.
- Clindamicina 300 mg/6-8 h oral, 7 días o por vía vaginal en forma de crema al 2%, una aplicación diaria antes de acostarse, 5-7 días.
- Como alternativa puede emplearse la asociación de amoxicilina-clavulánico 500-125 mg/8 h, 7 días.

Si se elige el tratamiento con metronidazol oral, debe tenerse en cuenta que se debe evitar el consumo de alcohol hasta 24 horas después de finalizar el tratamiento para evitar el efecto disulfiram. No es necesario evitar el coito durante el tratamiento ni tratar a la pareja sexual si ésta no tiene síntomas (balanitis).

La crema de clindamicina es de base oleosa y puede afectar la efectividad de los preservativos y los diafragmas, por lo que no se recomienda el uso de estos productos hasta las 72 horas siguientes a la finalización del tratamiento, ya que, su uso en este período, podría asociarse con una

disminución de la eficacia anticonceptiva y de la protección frente a las enfermedades de transmisión sexual.

Se recomienda evitar el uso de duchas vaginales (riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria), uso de gel de ducha y agentes antisépticos.

El tratamiento de la vaginosis es muy eficaz, en torno al 80-90% de los casos. Si desaparece la sintomatología no es necesaria la comprobación clínico-microbiológica de curación ni seguimiento posterior. En caso de recidiva, se puede retratar con la misma pauta, o con otro principio activo o posología. En este caso sí se recomienda la abstención del coito o uso de preservativos.

En caso de mujeres gestantes se recomienda tratar a las que presentan síntomas o las que tienen factores de riesgo de parto prematuro. Las pautas con clindamicina o con metronidazol tópico son de elección durante el primer trimestre del embarazo, para evitar riesgos en el desarrollo embrionario y también en caso de intolerancia a la vía oral. Durante el resto del embarazo se recomienda administración oral de metronidazol (250 mg/8h durante 7 días) o clindamicina (300 mg/12h durante 5-7 días). Las dosis de metronidazol son menores que las utilizadas en pacientes no gestantes. Se prefiere la vía oral para mejor cobertura sobre patógenos que puedan haber ascendido al tracto genital superior. Otras pautas alternativas son: metronidazol 2 g/día, durante 2 días.

Algunos estudios señalan que una doble terapia con tratamiento antibiótico con metronidazol o clindamicina más un probiótico mejora las recidivas y las tasas de infecciones vaginales, pero no hay evidencia significativa para concluir que los probióticos orales o tópicos disminuyan las vaginosis o las recurrencias.

VULVOVAGINITIS CANDIDASICA

La infección vulvo-vaginal (CVV) por *Cándida* es la segunda causa más frecuente de vulvovaginitis después de la vaginosis bacteriana. Se estima que al menos un 75% de las mujeres presentan un episodio de candidiasis a lo largo de su vida, y entre un 40-45% sufrirán un segundo episodio. Los hongos del género *Candida* habitan en prácticamente

todas las mucosas, en la mujer principalmente en el tubo digestivo y la vagina. No se conoce con exactitud cómo *Candida* pasa de ser comensal a patógena, aunque uno de los principales mecanismos que favorecen la candidiasis son los cambios que se producen en la flora vaginal.

Se han descrito múltiples factores predisponentes como el embarazo (cambios hormonales en el epitelio vaginal), tratamiento con antibióticos en pacientes previamente colonizadas, diabetes (el aumento de la glucosa en las secreciones vaginales favorece la multiplicación de la *Candida*) y otras alteraciones metabólicas, estrés, inmunosupresión, anticonceptivos hormonales de alta dosis y predisposición familiar.

La especie más frecuente, responsable del 85-95% de las vulvovaginitis, es la *C. albicans*.

CLÍNICA

Los síntomas principales son prurito, escozor o quemazón en la zona vulvovaginal. El prurito se presenta en más del 90% de las infecciones, siendo su intensidad variable, desde leve hasta intolerable. La leucorrea o aumento del flujo no se produce siempre, y se caracteriza por ser de color blanco, consistencia grumosa (aspecto de leche cortada o yogur) y adherente a la mucosa vulvovaginal. También aparecen frecuentemente otros síntomas como disuria, dispareunia y sensación de inflamación genital.

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico es muy importante una buena anamnesis y la clínica. En la exploración destaca el aspecto de la secreción vaginal y el eritema vulvar.

El pH vaginal no se modifica y permanece ácido. Se puede utilizar el examen en fresco, es muy específico pero poco sensible y se observan micelos en caña de bambú o esporas.

El cultivo es la prueba más sensible y específica, pero como se tarda unos 4 días en obtener el resultado siempre se debe iniciar el tratamiento de forma empírica.

TRATAMIENTO

El tratamiento habitual se realiza con los siguientes fármacos:

- Tratamiento con imidazoles tópicos: clotrimazol o miconazol. Sus efectos adversos más frecuentes son irritación, enrojecimiento y quemazón de la vulva, que aparecen en el 1-10% de las mujeres tratadas. Por sus excipientes oleosos puede reducir la eficacia y la seguridad de los productos de látex, como preservativos y diafragmas, cuando se aplica en el área genital. Este efecto es temporal y aparece sólo durante el tratamiento.
- Tratamiento con triazoles orales: fluconazol en una única dosis o itraconazol en dos dosis repartidas en un solo día. A las dosis utilizadas tienen muy pocos efectos adversos.

En el tratamiento de la candidiasis no complicada en mujer no gestante se puede usar tanto la vía vaginal como la oral. Las pautas habituales de clotrimazol tópico son: óvulos de 500 mg en una sola aplicación, óvulos de 100 mg c/24 h durante 5 días, crema al 1% 1 aplicación durante 7-10 días. Por vía oral fluconazol 150 mg en dosis única. También se pueden usar otros azoles como miconazol, tioconazol o terconazol en aplicación tópica.

En la mujer embarazada se recomienda tratar solo por vía vaginal, con clotrimazol crema o óvulos de 100 mg durante 7 días. No se recomienda el uso de fluconazol por el riesgo de teratogenia, ni el uso de ácido bórico intravaginal por el aumento del riesgo de defectos en el nacimiento.

En caso de infección recurrente (definida como la aparición de 4 o más episodios de candidiasis vulvovaginal en 1 año) grave y pacientes inmunodeprimidas o diabéticas se prefiere elegir pautas más largas de entre 7-14 días de tratamiento con un azol tópico o administrar una dosis de fluconazol de 150 mg oral y repetirla cada 3 días, 2-3 veces. Como régimen de mantenimiento para evitar las recidivas se puede emplear clotrimazol, 1 comprimido vaginal de 500 mg una vez a la semana o fluconazol 100-150 mg 1 comprimido a la semana durante 6 meses.

En algunas ocasiones la infección recurrente se debe a *C. glabrata* u otra especie de *Candida* no *albicans*. En estos casos se debe practicar un cultivo para confirmar el diagnóstico e identificar la especie de *Candida*. En caso de infección por *C. glabrata* el tratamiento de elección es: cápsulas de gelatina con 600 mg de ácido bórico u óvulos con 100.000 U de nistatina, intravaginal una vez al día durante 2 semanas.

Es importante tener en cuenta que tanto el fluconazol como el itraconazol oral pueden interaccionar con múltiples fármacos ya que son inhibidores potentes del Citocromo P450 (CYP2C9, CYP3A4, CYP2C19). Se debe monitorizar a los pacientes en tratamiento concomitante con fluconazol y medicamentos de estrecho margen terapéutico sustratos del citocromo.

TRICOMONIASIS

Es la enfermedad de transmisión sexual no vírica con más prevalencia a nivel mundial. Es responsable de hasta un 25% de las vaginitis, aunque su incidencia está en descenso. La transmisión perinatal es la única forma de transmisión no sexual documentada. *Trichomona vaginalis* es un protozoo anaerobio que se transmite en adultos únicamente por vía sexual. Puede asociarse a infección por gonococo o *Chlamydia* en un 10-20% de los casos.

La infección tiene dos fases diferenciadas, una en la que el protozoo se adhiere a la mucosa vaginal por medio de varias proteínas y otras moléculas de superficie, tanto de la *T. vaginalis* como del huésped y la coloniza. Otra fase es en la que ejerce su poder patógeno. La lesión celular se produce por medio de varios efectores incluyendo varios tipos de proteasas y fosfolipasa A2. El periodo de incubación puede durar de 7 a 21 días.

En varones los síntomas suelen ser más leves y desaparecen en semanas. Ocasionalmente origina uretritis, epididimitis y prostatitis. En general en torno al 80% de las pacientes cursan de forma asintomática. Cuando se producen síntomas cursan con prurito, disuria y leucorrea importante, que suele ser de color amarillo-verdosa y maloliente. Los síntomas suelen empeorar durante la menstruación. A veces provoca hemorragias puntiformes en el cérvix. Algunos de los riesgos de la infección son: la

infección por *T. vaginalis* que puede provocar uretritis y cistitis, aumento de riesgo de contagio por VIH, riesgo de parto pretérmino en embarazadas e infección del neonato durante el parto o exacerbación de los síntomas si se presenta asociada con infección por *Mycoplasma hominis*.

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es el metronidazol o tinidazol 2 g vía oral dosis única. Se puede reforzar empleando metronidazol vía vaginal (en gel u óvulos durante 5 días).

En la gestante durante el primer trimestre se utiliza el metronidazol vía tópica en forma de óvulos o crema. A partir del primer trimestre puede administrarse una dosis única de 2 g de metronidazol.

Debemos tratar a la pareja ya que se trata de una enfermedad de transmisión sexual. En las recurrencias debemos asegurarnos de que la pareja ha realizado el tratamiento correctamente y reiniciar el tratamiento con la pauta larga (metronidazol 500 mg c/12 h durante 7 días o metronidazol 2 g c/24 h durante 5 días). Se han aislado cepas resistentes a metronidazol en pacientes con infección recurrente después del tratamiento con este antibiótico. En este caso se podría emplear paromomicina intravaginal en combinación con dosis altas de tinidazol.

Debe evitarse el coito sin preservativo hasta que la paciente y sus contactos hayan sido tratados, por la posibilidad de que el varón sea portador asintomático de tricomonas.

INFECCIÓN POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Es una bacteria intracelular obligada específica del ser humano. En las últimas décadas es la infección de transmisión sexual bacteriana más frecuentemente diagnosticada. Existen 15 serotipos asociados a tres grupos de infección, 8 de la D-K causantes de infecciones óculo-genitales, L1, L2 y L3 causantes de linfogranuloma venéreo y ceguera por tracoma endémica los serotipos A, B y C.

La localización más común en la mujer es en el cérvix uterino (endocervicitis). En la mayoría de ocasiones es asintomática, pero el síntoma principal es la secreción mucopurulenta o hemorrágica postcoital. El cérvix aparece congestivo, edematoso y con ectopia, sangrante al mínimo roce. No afecta a células escamosas por lo que no produce vaginitis. No suele existir aumento de la leucorrea ni inflamación vulvovaginal. Puede infectar la vía ascendente por uretra causando uretritis no gonocócica en ambos sexos y también a través de las trompas de Falopio originando salpingitis y enfermedad inflamatoria pélvica. También puede ocasionar bartolinitis e inflamación del resto de las glándulas vulvares y vestibulares.

TRATAMIENTO

Chlamydia trachomatis es sensible ante macrólidos y tetraciclinas. El tratamiento farmacológico en la mujer no gestante es la doxiciclina 100mg c/12 horas durante 7 días o azitromicina 1 gramo dosis única. En caso de enfermedad inflamatoria pélvica, el tratamiento con doxiciclina o levofloxacino se debe prolongar 14 días.

Se debe tratar los compañeros sexuales de los últimos 60 días con 1 g de azitromicina por tratarse de una ITS.

En la mujer embarazada el tratamiento de elección también es la azitromicina (1 gramo en dosis única). Se considera la mejor opción terapéutica tanto por su eficacia en *C. trachomatis* como por su seguridad durante la gestación.

VULVOVAGINITIS HERPÉTICA

El herpes genital es una infección de transmisión sexual causada por el virus herpes simple tipo I y II (HSV I y HSV II). El 85% de los casos se deben a HSV tipo II y el 15% restante a HSV tipo I. Los seres humanos son los únicos reservorios conocidos. Los virus permanecen en sus huéspedes y son responsables de infecciones latentes y de las reactivaciones, a menudo asintomáticas. La recidiva es entre 3 y 4 veces superior con HSV tipo II. Las recidivas son clínicamente más leves y de menor duración que la primoinfección, incluso un 25% de las recidivas son asintomáticas. La transmisión es fundamentalmente

sexual. La gestante infectada puede transmitir el VHS al recién nacido por vía transplacentaria (más frecuente en primoinfección y si se produce antes de la semana 20) o perinatal (vía ascendente o contacto directo durante el parto).

Se diferencian dos fases en la infección herpética:

- Primoinfección: Los síntomas son principalmente locales, con múltiples lesiones hiperálgicas, desde vesículas hasta lesiones ulcerosas, con adenopatías inguinales dolorosas. Coexisten síntomas generales como fiebre, astenia, mialgias, cefaleas, náuseas.
- Recurrencias: Los síntomas locales son más leves, de pocos días de evolución. La cantidad de lesiones es menor, y no hay sintomatología general. El tiempo de excreción viral es menor.

TRATAMIENTO

Se orienta al alivio de la sintomatología así como a la disminución del tiempo de excreción viral. El tratamiento consiste en antivirales por vía oral como famciclovir 250 mg/8 h o valaciclovir 1 g/12 h oral. En casos graves se administra aciclovir vía intravenosa (5mg/kg de peso c/8 h durante 5-10 días).

No hay seguridad en cuanto al uso de aciclovir durante el embarazo, aunque se recomienda la administración intravenosa si existen lesiones diseminadas. En cuanto a la vía del parto, se permite la vía vaginal siempre que no existen lesiones ni síntomas, y si los controles citológicos o cultivos son negativos. La lactancia materna es permitida siempre bajo unas condiciones higiénicas estrictas.

VULVOVAGINITIS NO INFECCIOSAS

Las vulvovaginitis de causa no infecciosa son secundarias a irritantes, relaciones sexuales, alergias, radioterapia, diabetes, incontinencia urinaria y se encuentran favorecidas por el hipoestrogenismo. Las clasificaremos en:

- Atrófica,
- Alérgica
- Iatrogénica.

La afección más frecuente es la vulvovaginitis atrófica o senil, propia de las mujeres postmenopáusicas, caracterizada por una importante sequedad vulvovaginal, sangrado, disuria, dispareunia, ausencia de leucorrea y aumento del pH vaginal. Se debe a la disminución de

la acción de los estrógenos sobre el epitelio vaginal produciendo adelgazamiento del mismo y disminución de la secreción, disminuyendo así la elasticidad de la vagina. El tratamiento consiste en cremas u óvulos de estradiol, siempre descartando patología endometrial subyacente.

La vulvovaginitis alérgica es producida por distintas sustancias que producen malestar vulvovaginal como pueden ser espermicidas, ropa interior, plasma seminal, soluciones de lavado íntimo. La clínica se caracteriza por prurito local y enrojecimiento. Se puede asociar a lesiones excoriativas por sangrado.

La vulvovaginitis iatrogénica puede ser por causas físicas, químicas, por cuerpo extraño, uso crónico de fármacos. Suelen remitir al suprimir la causa.

MICOSIS VAGINAL: SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO.

La revue Prescrire Guide Interactions 2019; 77-78

UpToDate, 2019, online: Candida vulvovaginitis

Gyno-Canesten-Kombipack, Gyno-Pevaryl-Kombipack, 01.09.2019: Swissmedic – AIPS

Rezeptfrei - Beratungskompass für die Selbstmedikation. : Deutscher Apotheker Verlag; 2018

SURF med Guidelines Innere Medizin der Schweiz . 5. Aufl.: D&F GmbH; 2016

Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2015; 37 (3): 266-274

La infección vulvovaginal más común es la candidiasis. Los síntomas de la candidiasis vulvovaginal son secreción blanquecina, viscosa e inodora y picazón en el área genital. El tratamiento estándar para la candidiasis vulvovaginal sin complicaciones se basa en antifúngicos azoles locales.

Hasta el 75% de las mujeres sufren de candidiasis vulvovaginal (CVV) al menos una vez en la vida. Los factores de riesgo incluyen actividad sexual, cambios hormonales como la pubertad, menopausia o embarazo, así como condiciones médicas como la infección por VIH o la diabetes.

La mayoría de los casos de CVV son causados el hongo *Candida albicans*. Algunos medicamentos pueden promover la aparición de aftas vaginales. Se trata principalmente de antibióticos, pero también de inmunosupresores (por ejemplo glucocorticoides, citostáticos, inhibidores de la calcineurina) y agentes antidiabéticos (gliptinas, inhibidores SGLT2). Ingredientes activos aplicados vaginalmente como los espermicidas, así como los cuerpos extraños (tampones, condones, anillos vaginales) también pueden ser la causa de las infecciones vaginales por hongos.

Los síntomas y signos de la CVV sin complicaciones son: flujo blanquecino, viscoso e inodoro; prurito intensivo; dolor, ardor, eritema y/o edema en la vagina y la vulva; a veces disuria (dolor al orinar) o dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales). Cuando el flujo es de color verde amarillento y/o tiene un fuerte olor, pueden ser signos de una infección bacteriana.

Las mujeres asintomáticas y las parejas sexuales no necesitan tratamiento. Cuando es necesario se indica un tratamiento para aliviar los síntomas. El tratamiento de CVV sin complicaciones ($\leq$ tres episodios/año, síntomas leves a moderados, infección probable por *Candida albicans*, mujeres sanas, inmunocompetentes y no embarazadas) los tratamientos de primera elección son los antifúngicos azoles aplicados por vía vaginal: clotrimazol, econazol. Se recomienda un tratamiento combinado dentro y fuera de la vagina. En el caso de Clotrimazol debe introducirse profundamente en la vagina 1 tableta vaginal todos los días antes de acostarse durante tres días consecutivos y aplique el formato en crema en una capa delgada 1-3 veces al día durante 1-2 semanas. Para Econazol debe introducirse profundamente en la vagina 1 tableta vaginal todos los días después de acostarse durante tres días consecutivos más aplicación de la crema una vez al día durante tres días. Alternativamente, también es posible tomar fluconazol 150mg como una dosis única. La eficacia de los antifúngicos azólicos tópicos y sistémicos es comparable (aproximadamente 90% de cura); sin embargo, las formas tópicas causan menos efectos secundarios. El efecto de los tratamientos orales parece ocurrir 1 o 2 días más tarde que para los tratamientos locales.

En los casos complicados (manifestación grave de los síntomas, más de 4 recurrencias por año), se recomienda tomar 150mg de fluconazol por vía oral cada tres días, tres dosis en total. Es recomendable repetir el tratamiento (tres dosis de 150mg de fluconazol) después de tres días del tratamiento inicial para prevenir la recurrencia, seguido de fluconazol 150mg una vez a la semana durante seis meses.

En caso de embarazo, los antifúngicos azoles deben usarse durante siete días como máximo.

Aunque la *Candida* puede transmitirse durante las relaciones sexuales, generalmente no se recomienda el tratamiento de la pareja ya que la actividad sexual no es una causa importante de infección. El tratamiento de la pareja en caso de reincidencia es controvertido.

La eficacia de otras opciones de tratamiento tradicionales no farmacológicas como aplicación de ungüentos de ajo, aceite esencial de árbol de té, yogur u otras preparaciones de lactobacilos o duchas vaginales no se han podido demostrar en estudios aleatorizados para el tratamiento o profilaxis de CVV.

Bibliografía:

- Diagnóstico y tratamiento de las vulvovaginitis. Protocolos SEGO. [Monografía en Internet]. [Acceso Marzo 2012]. Disponible en: www.prosego.es.
- González-Merlo J, González Bosquet J, González Bosquet E. Ginecología. 8ª ed. Barcelona: Masson SA; 2003.
- Charles R. B. Beckmann, Frank W. Ling, Barbara M. Barzansky. Obstetricia y Ginecología 6ª edición 2010
- Probiotics for the treatment of woman with bacterial vaginosis. M E. Falagas, G. I. Betsi and S. Athanasiou 2007
- Probióticos para el tratamiento de la vaginosis bacteriana. Abiola C Senok, Hans Verstraelen, Marleen Temmerman, Giuseppe A Botta 2011

- Vaginal microbiota and the use of probiotics. Sarah Cribby, Michelle Taylor and Gregor Reid 2008.
- Fernandez Urrusuno R, Serrano Martino C, Corral Baena S et al. Guía de terapéutica antimicrobiana del Área de Aljarafe. Sevilla: Distrito Sanitario Aljarafe y Hospital San Juan de Dios de Aljarafe; 2011. [Libro en internet]. [Acceso Marzo 2012]. Disponible en: <http://10.232.73.113/guaterapeuticaaljarafe/guia/pdf/guiaCompleta.pdf>.
- White D, Robertson C. United Kingdom National Guideline on the Management of Vulvovaginal Candidiasis (2007). [Monografía en internet]. [Acceso Marzo 2012]. Disponible en: <http://www.bashh.org/guidelines>.
- United Kingdom National Guideline for the Management of Bacterial Vaginosis (2006). Clinical Hay P. [Monografía en internet]. Disponible en: <http://www.bashh.org/guidelines>.
- United Kingdom National Guideline on the Management of Trichomonas vaginalis (2007) Clinical Effectiveness Group, British Association of Sexual Health and HIV. [Monografía en internet]. Disponible en: <http://www.bashh.org/guidelines>.
- Botero K, Gutierrez I, Gutierrez JI, Lorenzo S, Estevez J. Boletín uso racional del medicamento. Vulvovaginitis. Número 4; 2006. [Monografía en internet]. Disponible en: <http://www.scsalud.es/publicaciones/descargar.php?Id=4&Id2=13>.
- Fichas técnicas del Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS – CIMA. Madrid, España: Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS) - Disponible en: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>

FORMACIÓN DICAF / CURSOS ONLINE:

Conciliación y revisión de la medicación con SPD.

Acreditado con 4,2 créditos



Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales y cronicidad.

Acreditado con 6,6 créditos



Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>
Información y suscripciones:
DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA
Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>