

## Farmacodivulgación

Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología

### GUÍA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LAS INFECCIONES VAGINALES

Miriam Cires Pujol,<sup>1</sup> Elsie Freijoso Santiesteban,<sup>2</sup> Lázaro Silva Herrera,<sup>3</sup> Eduardo Vergara Fabián,<sup>3</sup> Eduardo Cutié León,<sup>4</sup> Mirna Ortega Blanco,<sup>5</sup> Félix Sanso Soberat,<sup>6</sup> Wilfredo Francisco Martínez<sup>7</sup> y María Isela Lantero Abreu,<sup>8</sup>

**Límite de la guía:** paciente del sexo femenino de cualquier edad que consulta por síntomas y signos de infección vaginal.

#### Objetivos de la guía

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

#### Clasificación de las evidencias científicas y de las recomendaciones terapéuticas

Las evidencias se clasifican en: nivel I (datos procedentes de ensayos clínicos controlados y aleatorizados, metanálisis y revisiones sistemáticas); nivel II (resultados de estudios de cohortes o casos y controles) y nivel III (información basada en estudios no controlados o consenso de expertos). Las recomendaciones (Rec.) se clasifican en: **Buenas (Rec. A):** basada en la categoría I de evidencia; **Regular (Rec. B):** basada directamente en la categoría II de la evidencia o extrapolada de la categoría I; **Baja (Rec. C):** basada directamente en la categoría III o extrapolada de las categorías II y III.

---

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Farmacología.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Pediatría.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

<sup>4</sup> Profesor Titular en Ginecología-Obstetricia. Hospital "Eusebio Hernández".

<sup>5</sup> Profesora Auxiliar en Ginecología-Obstetricia. Policlínico Plaza de la Revolución.

<sup>6</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico "Plaza de la Revolución".

<sup>7</sup> Especialista en Medicina General Integral. Farmacia Principal Municipal de Cárdenas.

<sup>8</sup> Especialista en Higiene y Epidemiología. Dirección de Epidemiología, MINSAP

Las secreciones vaginales normales se caracterizan por ser: inodoras, claras, viscosas, pH ácido menor que 4,5, no contienen neutrófilos y no fluyen durante el examen con espéculo. La flora vaginal está constituida por lactobacillus spp . La mucosa vaginal de la niña, a diferencia de la mujer adulta, es delgada con ausencia de glucógeno y lactobacilos acidófilos de Doderlein, pH neutro (7 a 8), medio que favorece el cultivo de microorganismos. Anatómicamente la cercanía del ano a la uretra y vagina favorece la contaminación fecal y urinaria.<sup>1</sup> En las niñas puede existir una secreción vaginal fisiológica en el momento del nacimiento y premenarquia, y en la mujer durante algunas etapas del ciclo menstrual, relacionado con el coito, durante el embarazo y la lactancia.

La infección vaginal o síndrome de flujo vaginal es un proceso infeccioso de la vagina caracterizado por uno o más de los siguientes síntomas: flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez vaginal, determinados por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo en la vagina y como resultado de un desbalance ambiental en el ecosistema vaginal. Se presenta en las mujeres cuando tienen infección en la vagina. (también llamada vaginitis) o en el cuello del útero (cervicitis), siendo esta última más severa y que puede ocasionar complicaciones graves.<sup>2,3</sup> En algunos países se han producido cambios en los patrones de infección como consecuencia de la modificación de los comportamientos sexuales. *La Chlamydia*, el herpes genital y el papiloma humano son ahora más frecuentes que la gonorrea y la sífilis. Solo en los Estados Unidos se reportan cada año de 4 a 8 millones de casos nuevos de Chlamydia. Se han generalizado las cepas de *Neisseria gonorrhoeae* resistentes a la penicilina y a la tetraciclina, además se ha modificado la resistencia de la *Trichomonas vaginalis* al metronidazol.<sup>4</sup>

En la práctica médica las infecciones vaginales representan un problema de salud frecuente ya que el 95 % de las pacientes consultan por flujo vaginal. Las infecciones genitales en la infancia y premenarquia constituyen la causa ginecológica más frecuente en este grupo de edad. En los servicios de atención primaria de salud, estas afecciones en adolescentes, se encuentran entre las 3 primeras causas de consulta, teniendo una incidencia mucho mayor en aquellas jóvenes con vida sexual activa, aunque también se ha encontrado entre adolescentes vírgenes.<sup>5</sup>

#### **Situaciones que favorecen las infecciones vaginales<sup>6</sup>**

- Deficiente higiene génito-anal
- Nuevo o múltiples parejas sexuales
- Baños en piscinas y tinas
- Embarazo
- Diabete
- Parasitosis
- Incontinencia urinaria o fecal
- Estrés
- Malformaciones congénitas
- Uso frecuente de antibióticos
- Hormonas
- Preparaciones contraceptivas de uso oral o tópico
- Medicación vaginal
- Deficiencia inmunológico.

### Formas de presentación más frecuentes de la infección vaginal<sup>7-9</sup>

Cuadro clínico	Agente causal
Flujo blanquecino escaso, pH<4,5 Prurito vulvar y/o irritación, eritema	<i>Candida albicans</i>
Flujo amarillo profuso, pH>5 prurito vulvar	<i>Trichomonas vaginalis</i>
Flujo fétido blanco-grisáceo, pH>4,5 Olor a aminas (pescado)	<i>Gardnerella vaginalis</i>
Después de la adición de hidróxido de potasio 10 % presencia de células guías (criterios de Amsel)	Anaerobios (bacteroides, peptoestreptococos, porphyromonas) <i>Mobiluncus spp</i> <i>Mycoplasma hominis</i>
Flujo anormal, sangramiento poscoital /intermenstrual, dolor abdominal bajo, ardor al orinar	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Flujo purulento, dolor y dificultad al orinar, fiebre escasa	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Flujo, ardor o sensación quemante genital y perineal, dolor y lesiones vesiculares y pústulas Herpes genital fiebre e inflamación perineal	Herpes genital

Teniendo en cuenta, que en una misma mujer pueden coexistir más de una forma clínica (vaginitis y/o cervicitis), y si el examen ginecológico no permite afirmar la presencia de un agente causal en particular, el tratamiento deberá ser enfocado de forma sindrómica (véase anexo), a las 3 infecciones más frecuentemente asociadas con el síndrome de flujo vaginal: trichomoniasis, candidiasis y vaginosis bacteriana. Con menor frecuencia estas infecciones son producidas por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*.

#### Objetivos del tratamiento:

- Brindar un alivio rápido de los síntomas y signos de infección.
- Tratar las infecciones adecuadamente.

- Erradicar los agentes patógenos de la vagina.
- Prevenir el desarrollo de complicaciones del tracto genital superior.
- Prevenir futuras infecciones de transmisión sexual en el paciente individual y en la comunidad.

#### **Recomendaciones generales<sup>8,10,11</sup>**

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

#### **Criterios terapéuticos por grupos de pacientes**

##### **I. Vaginosis bacteriana (VB)**

###### **a) Niñas**

El uso de medicamentos por vía vaginal en estas pacientes se reservará para aquellos casos con una amplia abertura himeneal y siempre precedido de una adecuada explicación a los familiares.<sup>5</sup>

##### **Tratamiento de primera elección (Rec. C<sup>11,16,17</sup>)**

Metronidazol	40mg/kg oral(máx 2g)	una sola dosis
	15mg/kg/día cada 8 h (máx 1 g)	7 días
	gel vaginal 0,75 %, 1 aplic 2 veces al día	7 días

##### **Alternativa**

Clindamicina	8 a 20 mg/kg/día oral , 2 veces al días	7 días
--------------	---	--------

###### **b) Mujer no embarazada**

##### **Tratamiento de primera elección (Rec. C16-20)**

Metronidazol*	500 mg oral, 2 veces al día	7 días
o	gel vaginal 0,75 %, 1 aplicación 2 veces/día	5días

##### **Alternativas**

Clindamicina	300 mg oral, 2 veces al día	7 días
--------------	-----------------------------	--------

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

### c) Mujer embarazada

Se dispone de pocos datos acerca de los preparados vaginales para uso tópico en la gestante, por lo que se prefiere emplear la vía oral.<sup>15</sup> No se recomienda el uso de la crema vaginal de clindamicina porque existen estudios clínicos controlados que indican un incremento en el número de partos pretérminos en gestantes tratadas con este preparado.<sup>7</sup>

#### Tratamiento de primera elección (Rec. C<sup>16-32</sup>)

Metrodinazol*	250 mg, vía oral, 3 veces al día	7 días
o		
Alternativa		
Clindamicina	300 mg, vía oral, 2 veces al día	7 días

\* El metronidazol se iniciará a partir del segundo trimestre de la gestación.

\*\* El metronidazol 2 g por vía oral en dosis única no es tan efectivo como un curso de 7 días de duración. En pacientes incumplidores de esquemas de tratamiento múltiples, esta pudiese ser una alternativa.

## II. Candidiasis vulvovaginal<sup>11,16-18,35</sup>

### a) Niñas

#### Tratamiento de primera elección (Rec. C<sup>11,16,17</sup>)

Medicamento	Dosis	Duración
Nistatina	1 tab vaginal 100 000 UI	14 días
	o crema	14 días
Fluconazol	3 a 6 mg/kg/día, oral dosis única	

#### Alternativas (Rec. C<sup>11,16-17</sup>)

Violeta de genciana (solución acuosa al 1 %)	1 aplicación al día	14 días
---	---------------------	---------

### b) Mujer no embarazada

#### Tratamiento de primera elección (Rec. C<sup>16-18,35</sup>)

Medicamento	Dosis	Duración
Clotrimazol	100 mg tab vaginal	7 días o
	100 mg 2 veces al día	3 días

### Alternativas (Rec. C<sup>16-18,35</sup>)

Nistatina	1 tab vaginal 100 000 UI	14 días
	1 aplicación vag (crema)/día	14 días
Fluconazol	150 mg oral dosis única	

c) Mujer embarazada

### Tratamiento de primera elección (Rec. C<sup>16-18,20,35</sup>)

Medicamento	Dosis	Duración
Clotrimazol	100 mg tab vaginal	7 días
Nistatina	1 aplicación vaginal	14 días

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

**Candidiasis recurrente.** El tratamiento óptimo no ha sido establecido; sin embargo, un tratamiento inicial intensivo durante 14 días con la combinación clotrimazol 100 mg o nistatina 100 000 UI intravaginal 1 vez/día más fluconazol 150 mg oral 1 vez por semana; seguido de un régimen alternativo por lo menos de 6 meses es recomendado; ketoconazol 100 mg oral 1 vez al día o fluconazol 150 mg 1 vez por semana durante 6 meses reduce la frecuencia de infecciones.<sup>18</sup>

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

### III. *Trichomonas vaginalis*

a) Niñas

### Tratamiento de primera elección (Rec. C<sup>11,16,17</sup>)

Medicamento	Dosis	Duración
Metronidazol	40mg/kg/oral (máx 2 g)	una sola dosis
	15mg/ kg/día cada 8 h	7 días
	(máx 1 g/d)	

### Alternativa (Rec C<sup>11,16,17</sup>)

Tinidazol	50mg/kg, oral (máx 2 g)	dosis única
-----------	-------------------------	-------------

b) Mujeres no embarazadas

**Tratamiento de primera elección (Rec. C<sup>14,16-18,20,32,34</sup>)**

<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>	<b>Duración</b>
Metronidazol	500 mg, oral, 2 veces al día	7 días

**Alternativa (Rec. C<sup>14,16-18,20,32,34</sup>)**

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

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

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

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

c) Mujer embarazada

**Tratamiento de primera elección (Rec. C<sup>16-18</sup>)**

<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>
Metronidazol dosis	2 g única oral no se recomienda su uso durante el primer trimestre del embarazo) Rec. A33

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

**Alternativa Rec C<sup>17</sup>**

Clotrimazol	1 tab vaginal/día	7 días
-------------	-------------------	--------

**IV. Chlamydia trachomatis**

En presencia de signos y síntomas de infección por Chlamydia deberá comen-zarse tratamiento en los miembros de la pareja, sin esperar por los resultados de las pruebas diagnósticas. (Rec. C<sup>36</sup>)

a) Niñas

**Tratamiento de primera elección (Rec. C<sup>11,16,17,18</sup>)**

<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>	<b>Duración</b>
Azitromicina Doxiciclina	1 g dosis única oral 4 mg/kg/día máx 200 mg cada 12 h	7 días

**Alternativas:**

Eritromicina	40 mg/kg/día cada 6 h	7 días
Tetraciclina*	25 a 50 mg/kg/día cada 6 h	7 días

(\* solamente en niñas mayores de 8 años).

b) Mujeres no embarazadas

**Tratamiento de primera elección (Rec. C<sup>16-18,36-40</sup>)**

<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>	<b>Duración</b>
Doxiciclina o Azitromicina	100 mg oral 2 veces al día 1 g oral dosis única	7 días

**Alternativas:**

<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>	<b>Duración</b>
Eritromicina base	500 mg cada 6 h oral	7 días
Ofloxacina	200 mg cada 12 h oral	7 días

**En infección recurrente se recomienda el esquema de:**

Eritromicina +	500 mg oral 4 veces al día	7 días
Metronidazol	2 g oral dosis única	

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

Se recomienda tratamiento concomitante para la *Nesisseria gonorrhoeae* (ver más adelante)

c) Mujer embarazada

**Tratamiento de primera elección (Rec. C<sup>16-18,37,38,39</sup>)**



<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>	<b>Duración</b>
Eritromicina base o	500 mg oral cada 6 h	7 días
Amoxicilina	500 mg oral cada 8 h	7 días
<b>Alternativas:</b>		
Eritromicina base o	250 mg cada 6 h	14 días
Azitromicina	1 g oral dosis única	

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

#### **V. Neisseria gonorrhoeae**

a) Niñas

##### **Tratamiento de primera elección (Rec. C1<sup>1,16-19</sup>)**

<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>	<b>Duración</b>
Ceftriaxona Sí infección severa o	125 mg/im dosis única 50 mg/kg/día im	7 días
Penicilina procaínica G +	100 000 UI/kg im dosis única (en 2 sitios de inyección)	
Probenecid	25 mg/kg/día (máx 1 g) dosis única oral	

(Es conocida la marcada resistencia de este germen a las penicilinas por lo que este esquema no debe utilizarse de rutina)

##### **Alternativas:**

Amoxicillin Probenecid	50 mg/kg/día dosis única oral + 25 mg/kg/día (máx 1 g) dosis única oral
---------------------------	--

b) Mujeres no embarazada

##### **Tratamiento de primera elección (Rec. C<sup>16-19,41,42</sup>)**

<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>
Ceftriaxona o	125 mg/im dosis única
Ciprofloxacina o	500 mg oral dosis única

Ofloxócina o	400 mg oral dosis única
Norfloxacina	800 mg oral dosis única

**Otro esquema sugerido es adicionar a los esquemas anteriores:\***

Doxiciclina	100 mg oral 2 veces al día	10 días
Azitromicina	1 g oral dosis única	

\* Para cubrir la posibilidad de infección por *Chlamydia*

c) Mujer embarazada

**Tratamiento de primera elección (Rec. C<sup>16-19</sup>)**

Medicamento	Dosis
Ceftriaxona	125 mg im dosis única

**Alternativa**

Espectinomocina	2 g im dosis única (no está en LBM)
-----------------	-------------------------------------

Nota: Evaluar y tratar al compañero sexual.

**VI. Herpes genital**

a) Niñas (primer episodio)

**Tratamiento de primera elección (Rec. <sup>11,16-19</sup>)**

Medicamento	Dosis	Duración
Aciclovir	200 mg oral cada 8 h	7 a 10 días
Recurrencia		
Aciclovir	400 mg cada 12 h 2 a 5 días	(hasta 6 meses)

b) Mujer no embarazada (primer episodio)

**Tratamiento de primera elección (Rec. <sup>11,16-19</sup>)**

Medicamento	Dosis	Duración
Aciclovir	400 mg oral cada 8 h	7 a 10 días
o	10 mg/kg/día (cada 8 h)	

**Alternativa**

Aciclovir 200 mg oral 5 veces al día 7 a 10 días

**Recurrencia**

Aciclovir 400 mg oral cada 8 h 5 días (hasta 6 meses)

**Infecciones severas:**

Aciclovir 5 a 10 mg/kg cada 8 h 5 días

**Supresión de recurrencia:**

Aciclovir 400 mg oral 2 veces al día 2 a 5 días

b) Mujer embarazada\* (primer episodio)

**Tratamiento de primera elección (Rec.<sup>11,16-19</sup>)**

<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>	<b>Duración</b>
Aciclovir	400 mg oral 3 veces al día	7 a 10 días

**Alternativa**

Aciclover 200 mg oral 5 veces al día 7 a 10 días

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

**VII. Papiloma virus**

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

- a) Niñas: Aparece excepcionalmente en niñas
- b) Mujer no embarazada

**Tratamiento de primera elección (Rec C<sup>4,17,18</sup>)**

<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>	<b>Duración</b>
Podofilina 25 %	1 vez por semana hasta después de 4 h de aplicado)	6 semanas

### **Alternativa (Rec. C<sup>7</sup>)**

Interferón alfa 2 b 1 millón UI (0,1 mL) intralesión 3 veces a la semana, 3 semanas Tricloroacético  
Si no hay respuesta al tratamiento se puede utilizar fluoracilo crema al 5 % : aplicar 1 a 2 veces al día durante 3 a 4 semanas.

Crioterapia: laserterapia o electrocirugía.

c) Mujer embarazada

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

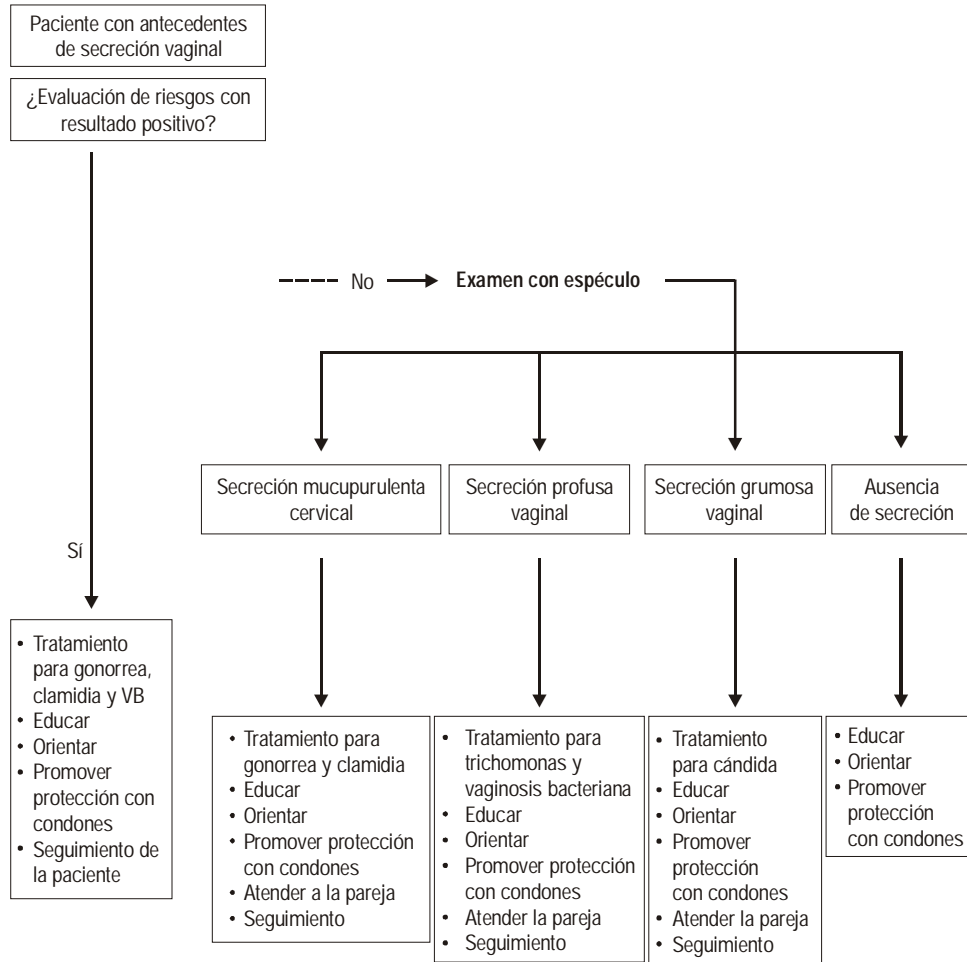
### **Categorías de fármacos según clasificación Food and Drug Administration:**

**Categoría B:** penicilinas, me-tronidazol, nistatina, clindamicina, ceftriazona, azitromicina, probenecid, eritromicina, clotrimazol.

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

**Categoría D:** doxiciclina, tetraciclina.

Anexo. Diagrama de síndrome de flujo vaginal, secreción vaginal, examen ginecológico con espéculo



*La evaluación de riesgos da resultado positivo si la pareja presenta síntomas o si la paciente reúne de los criterios siguientes edad menor de 21 años; soltera; más de una pareja; nueva pareja en los 3 últimos meses.*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Prado C, Morales L. Patología de los órganos genitales externos y canal inguinal. En: Cruz M. Tratado de Pediatría. 1307-1319- 5ta ed. Barcelona: Espaxs, 1983;cap 93.
2. Fauci AS, Braunwalde E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL. Harrison's Principles of Internal Medicine. 14 Ed. New York: MacGraw; 1998.
3. Morris M, Nicoll A, Simms I, Wilson J, Catchpole M. Bacterial vaginosis: a public health review. *Br J Obstet Gynaecol* 2001;108-439-50.
4. Modelo OMS de Información sobre Prescripción de Medicamentos. Medicamentos utilizados en las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH. Ginebra: OMS; 1998.
5. Bowie WR. Sexually transmissible diseases. Chapter 33. In: Avery's Drug Treatment. 4 ed. Auckland: Adis International Limited; 1997:1546-59.
6. Leberz TB Chapter 35 Infections and benign diseases of the Vagina, Cervix and Vulva. In: Essentials of Obstetrics and Gynecology. 3 ed. Philadelphia: WB Saunders Comp; 1998.
7. Joesoef M, Schmid G. Bacterial Vaginosis. In: Clinical Evidence. BMJ Publishing Group London Issue 6 December 2001 pag. 1208-47.
8. American Medical Association. Drug Evaluation Annual. Chicago: American Medical Association, 1994.
9. James BP. Use and Interpretation of Tests in Infectious Disease. Michigan: Fourth Ed. Specialty Laboratories; 1996.
10. Behets FM, Miller WC, Cohen M. Syndromic treatment of gonococcal and Chlamydial infections in women seeking primary care for the genital discharge syndrome: decision-making. *Bull WHO* 2001;79:1070-1075.
11. Nelson JD. Pocket Book of Pediatric Antimicrobial Therapy. Twelfth Ed. Baltimore: MD, 1997.
12. Carey JC, Klebanoff MA, Hauth JC, Hillier SL, Thom EA, Ernest JM, et al. Metronidazole to prevent Preterm Delivery in Pregnant Women with asymptomatic bacterial vaginosis. *New England J Med* 2000;342(8):534-9.
13. Brocklehurst P, Hannah M, Mc Donald H. Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy. In: The Cochrane Library 2, 2001 Oxford: Update Software.
14. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. Diseases characterized by vaginal discharge JAMA Women's STD Information Center 1998. URL: [http://www.ama.assn.org\(online 26/11/01\)](http://www.ama.assn.org(online 26/11/01)).
15. Lamont RF. Antibiotics for the prevention of the preterm birth. *The New Engl Med* 2000;342(8):581-2.
16. Gilbert DN, Moellring RC, Sande MA. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy. 30 ed. Utah. Antimicrobial Therapy, Inc., 2000.
17. Therapeutic Guidelines Antibiotic 10th Ed. Victoria: North Melbourne, 1998.
17. Anónimo. Drugs for sexually transmitted infections. *Med Letter* 1999;41:85-90.
17. Radcliffe K, Cowan F, Ahmed-Jushuf I, FitzGerald M, Wilson J. Clinical Effectiveness Group (CEG). The Medical Society for the Study of Venereal Diseases (MSSVD). URL:[http://www.guideline.gov\(online 21/02/02\)](http://www.guideline.gov(online 21/02/02)).
19. Batteiger BE. International Congress of sexually transmitted infections: 2nd Joint meeting of the International Society for Sexually transmitted diseases research (ISSTD) and the international union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI) June 24-27, 2001 Berlin, Germany. URL:[http://www.medscape.com\(online 26/11/01\)](http://www.medscape.com(online 26/11/01)).
20. Vermeulen GM, Bruinse HW. Prophylactic administration of clindamycin 2 % vaginal cream to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women with an increased recurrence risk: a randomised placebo-controlled double-blind trial. *Br J Obstet Gynecol* 1999;106:652-7.
21. Larsson PG. Treatment with 2 % clindamycin vaginal cream prior to first trimester surgical abortion to

- reduce signs of postoperative infection: a prospective, double blinded, placebo-controlled, multicenter study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:390-6.
22. Kekki M, Kurki T, Pelkonen J, Kurkinen R, Cacciatore B, Paavonen J. Vaginal clindamycin in preventing preterm birth and peripartur infections in asymptomatic women with bacterial vaginosis: a randomized, controlled trial. *Obstet Gynecol* 2001;97:643-8.
  23. Danti L. Streptococcus group B and pregnancy: the therapeutic role of topical intravaginal clindamycin. *Minerva Ginecol* 1997;49:235-40.
  24. Caballero R., Batista R, Cue M, Ortega L, Rodríguez M. Vaginosis bacteriana. *Resumed* 2000;13(2):63-75.
  25. Joesoef MR; Schmid GP, Hillier SL. Bacterial vaginosis: review of treatment options and potential clinical indications for therapy. *Clin Infect Dis* 1995;20:S72-S79.
  26. Colli E, Bertulesi C, Landoni M, Parazzini F. Bacterial vaginosis in pregnancy and preterm birth: evidence from the literature. *J Int Med Res* 1996;24:317-24.
  27. Majeroni BA. Bacterial vaginosis: an update. *Fam Physician* 1998;57:1285-9,1291.
  28. Ou MC, Pang CC, Chen FM, Su CH, Ou D. Antibiotic treatment for threatened abortion during the early first trimester in women with previous spontaneous abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* Aug 2001;80:753-6.
  29. Bernstein PS: Screening for bacterial vaginosis in pregnancy. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 48 th Annual Clinical meeting San Francisco, California, 2000.
  30. Mc Donald HM. Bacterial Vaginosis in pregnancy and efficacy of short-course oral metronidazole treatment: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 1994;84:343-8.
  31. Ferris DG. Management of bacterial Vaginosis During Pregnancy. *Am Fam Physician* 1998;57:1215-9.
  32. Gülmezoglu AM. Interventions for trichomoniasis in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* 4, 2001 Oxford: Update Software.
  33. Hermida Porto L. Guía Clínica de Vulvovaginitis. *Medicina Familiar y Comunitaria*. Coruña, España, mayo 2001. URL: <http://www.fisterra.com> (on line 16/05/01).
  34. Eckert LO. Vulvovaginal candidiasis: clinical manifestations, risk factors, management algorithm. *Obstet Gynecol* 1998;92(5):757.
  35. Scott Gordon, Thompson C, Noone A, Clements G, Davis B, Duncan B. Management of genital Chlamydia trachomatis infection. A national clinical guideline. Edinburgh, Scotland. Scottish intercollegiate Guidelines network (SIGN): 2000 Mar. 26 p (SIGN publication; no. 42) (online 21/2/02). URL: <http://www.guideline.gov>.
  36. Brocklehurst P, Rooney G. Interventions for treating genital Chlamydia trachomatis infection in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2000: CD 000054.
  37. Adair CD, Gunter M, Stovall TG, McElroy G, Veille JC, Ernest JM. Chlamydia in pregnancy: a randomized trial of azithromycin and erythromycin. *Obstet Gynecol* 1998;91:165-8.
  38. Hueston WJ, Lenhart J. Treatment of chlamydia in pregnancy: A Decision Analysis to guide antibiotic selection. *Arch Fam Med* 1997;6:551-5.
  39. Wehbeh HA, Rugeirio RM, Shahem S, Lopez GAY. Single dose azitromycin for Chlamydia in pregnant women. *J Reprod Med* 1988;43:909-14.
  40. Donders GG. Treatment of sexually transmitted bacterial diseases in pregnant women. *Drugs* 2000;59:477-85.
  41. Amsden GW. Erythromycin, Clarithromycin and Azithromycin: are the differences real? *Clin Ther* 1996;18:56-72.

Recibido: 6 de octubre de 2002. Aprobado: 6 de noviembre de 2002.

Dra. Miriam Cires Pujol. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. Calle 44 esquina a 5ta avenida. No. 502, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.