

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE  
VULVODINIA  
EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

**EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES**

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-755-15

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

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.

El personal que participó en su integración ha hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declarando no tener conflicto de intereses y en caso de haberlo, lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

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

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa e indirectamente, en su totalidad o parcialmente o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro de cualquiera de los contenidos: imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de Vulvodinia en los Tres Niveles de Atención** México: Instituto Mexicano del Seguro Social; **2 de julio de 2015.**

Esta guía puede ser descargada de internet en:

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

**CIE-10: G57.9 SÍNDROME DE DOLOR LUMBAR COMPLEJO  
N90.8 OTROS TRASTORNOS NO INFLAMATORIOS  
ESPECIFICADO SW LA VULVA Y PERINEO  
R10.2 DOLOR PÉLVICO Y PERINEAL**

**GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VULVODINIA EN  
LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN  
COORDINACIÓN, AUTORIA Y VALIDACION**

COORDINACIÓN				
Dra. Maria Antonia Basavilvazo Rodríguez	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	-Coordinación de Programas Médicos -Coordinación Técnica de Excelencia Clínica -Dirección de Prestaciones Médicas -México D.F.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia
AUTORÍA				
Dr. Rogelio Aguado Pérez	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	-Médico no familiar -Servicio de Ginecología -UMA E HGO 4 "Luis Castellazo Ayala" -Delgación Sur México D.F.	COMEGO Y COMEGIC
Dra. Guadalupe Del Ángel García			-Médico no familiar -Servicio de Ginecología -UMA E HGO 3 Dr."Victor Manuel Espinoza de los Reyes Sánchez" -Delgación Norte México D.F.	COMEGO
Dra. Janeth Márquez Acosta			-Jefe de Servicio -Colposcopia -UMA E HGO 4 "Luis Castellazo Ayala" -Delgación Sur México D.F.	COMEGO Y COMEGIC
Dra. Bertha Effi Contreras Bermejo.				
Dr. Sergio Oswaldo Pacheco Calderón			Medicina Familiar	-Médico Supervisor de Primer Nivel -Equipo de Supervisión Delegacional. -Delegación Sinaloa

## VALIDACIÓN

Dr. Leopoldo Pedro Auriolos Sánchez	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	-Jefe de Servicio de Ginecología -UMAE HGO 4 "Luis Castelazo Ayala" Delegación Sur México D.F.	COMEGO
Dra. Nancy Pulido Díaz	Dermatología		-Encargada del Servicio de Dermatología -UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza -Delegación Norte México D.F.	Sociedad Mexicana de Dermatología
Dra. Verónica Quintana Romero	Ginecología y Obstetricia		-Jefe de División de Educación en Salud -UMAE HGO 3 Dr."Victor Manuel Espinoza de los Reyes Sánchez" -Delegación Norte México D.F.	COMEGO

## ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>Clasificación .....</b>	<b>6</b>
<b>2.</b>	<b>Preguntas a Responder .....</b>	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>Aspectos Generales .....</b>	<b>8</b>
3.1	Objetivo.....	9
3.2	Definición.....	9
<b>4.</b>	<b>Evidencias y Recomendaciones .....</b>	<b>10</b>
4.1	Manifestaciones Clínicas .....	11
4.2	Clasificación .....	12
4.3	Diagnóstico (Figura 1).....	14
4.4	Diagnóstico diferencial (cuadro I).....	16
4.5	Tratamiento médico .....	17
4.5.1	<i>Tratamiento no farmacológico</i> .....	17
4.6	Tratamiento médico .....	20
4.6.1	<i>Farmacológico tópico</i> .....	20
4.7	Tratamiento médico .....	23
4.4.1	<i>Farmacológico sistémico</i> .....	23
4.8	Tratamiento quirúrgico.....	25
4.8.1	<i>Conservador y no conservador</i> .....	25
4.9	Medidas para evitar recurrencia .....	28
4.10	Criterios de Referencia.....	28
4.11.2	<i>De primer a segundo nivel</i> .....	28
4.11	Criterios de Referencia.....	29
4.11.2	<i>De segundo a tercer nivel</i> .....	29
<b>5</b>	<b>Anexos .....</b>	<b>30</b>
5.1	Protocolo de Búsqueda .....	30
<b>5.5.1</b>	<i>Estrategia de búsqueda</i> .....	30
5.5.1.1	Primera Etapa.....	30
5.5.1.2	Segunda Etapa.....	31
5.2	Escalas de Gradación .....	32
5.3	Escalas de Clasificación Clínica .....	34
5.5	Diagramas de Flujo.....	39
5.5	Listado de Recursos .....	42
<b>5.5.1</b>	<b><i>Tabla de Medicamentos</i></b> .....	42
5.5	Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica....	46
<b>6</b>	<b>Glosario.....</b>	<b>48</b>
<b>7</b>	<b>Bibliografía.....</b>	<b>49</b>
<b>8</b>	<b>Agradecimientos .....</b>	<b>51</b>
<b>9</b>	<b>Comité Académico .....</b>	<b>52</b>
<b>10</b>	<b>Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador.....</b>	<b>53</b>
<b>11</b>	<b>Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica .....</b>	<b>54</b>

# 1. CLASIFICACIÓN

## CATÁLOGO MAESTRO: IMSS-755-15

<b>Profesionales de la salud</b>	Personal de salud en el área médica especialistas en Ginecología y Obstetricia, Medicina Familiar y Colposcopia <a href="http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/ANEXOS_METODOLOGIA_GPC.pdf">http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/ANEXOS_METODOLOGIA_GPC.pdf</a>
<b>Clasificación de la enfermedad</b>	CIE-10: G57.9 Síndrome de Dolor Lumbar Complejo. N90.8 Otros trastornos no inflamatorios especificado de la Vulva y perineo 10 R 10.2 Dolor pélvico y perineal
<b>Categoría de GPC</b>	Tres niveles de atención
<b>Usuarios potenciales</b>	Personal del área Médica especialista en Dermatología, Algología, Ginecología, Medicina Familiar, personal de salud en formación, personal de Enfermería, Urología, Neurología, Psicología y Psiquiatría.
<b>Tipo de organización desarrolladora</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>Población blanco</b>	Mujeres de cualquier edad que soliciten atención por disconfort vulvar crónico
<b>Fuente de financiamiento / Patrocinador</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>Intervenciones y actividades consideradas</b>	CIE-9MC: Código del anexo de intervenciones en salud de la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena versión>.
<b>Impacto esperado en salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estandarizar los criterios diagnósticos y terapéuticos entre profesionales de la salud.</li> <li>• Mejorar la calidad de atención en las pacientes.</li> <li>• Establecer recomendaciones fundamentadas en la medicina basada en evidencia.</li> <li>• Plantear la necesidad de ser considerada como entidad clínica dentro de la clasificación internacional de las enfermedades.</li> </ul>
<b>Metodología</b>	Adopción o elaboración de la Guía de Práctica Clínica: de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados, o estudios observacionales publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionarán las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
<b>Método de integración</b>	<b>Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia</b> Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas en centros elaboradores o compiladores de guías de revisiones sistemáticas, meta, análisis en sitios web especializados y búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes : 27 Guías seleccionadas: 3 Revisiones sistemáticas: 2 Ensayos clínicos aleatorizados: 4 Estudios observacionales: 9 Casos y controles: 1 Cohortes: 1 Consensos: 7
<b>Método de validación</b>	<b>Validación por pares clínicos</b> Validación del protocolo de búsqueda: IMSS. Validación de la guía: IMSS
<b>Conflicto de interés</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
<b>Registro</b>	IMSS-755-15
<b>Actualización</b>	Fecha de publicación de la actualización: 2 de julio de 2015. Esta guía será actualizada nuevamente cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada de los 3 a 5 años posteriores a la publicación de la actualización.

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

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas que sugieren la presencia de vulvodinia?
2. ¿Existe alguna clasificación en la vulvodinia?
3. ¿Cómo se establece diagnóstico?
4. ¿Qué entidades clínicas se deben descartar antes de establecer el diagnóstico de vulvodinia?
5. ¿En qué consiste el manejo médico no farmacológico?
6. ¿En qué consiste el manejo médico farmacológico?
7. ¿En qué consiste el manejo quirúrgico conservador y no conservador?
8. ¿Cuáles son las medidas para evitar recurrencia?
9. ¿Cuáles son los criterios de referencia y contrareferencia en los tres niveles de atención?

### 3. ASPECTOS GENERALES

La vulvodinia es una entidad clínica compleja y multifactorial, entendiéndose a esta como malestar vulvar crónico caracterizado por sensación de quemazón, escozor o irritación (Itza F, 2012).

El diagnóstico de la vulvodinia se sospecha a través de una historia clínica cuidadosa, en donde la paciente refiere dolor persistente en región vulvar de 3 o más meses de duración. El diagnóstico se hace por exclusión ante la presencia de dolor crónico sin causa identificada; por lo que se deben descartar procesos infecciosos u otras alteraciones dermatológicas. (Red, 2006).

Se trata de una patología que tiene importantes efectos deletéreos en la calidad de vida de la paciente repercutiendo en su esfera emocional, sexual, laboral, económico, social y familiar. Todo esto genera gran impacto a nivel de atención de salud ya que las pacientes acuden a múltiples consultas mal referidas y en múltiples ocasiones, visitan a diversos tipos de especialistas que desconocen dicha patología. (Ricci P.A. 2010).

No hay datos claros sobre la prevalencia e incidencia de esta patología; sin embargo, en algunos estudios se menciona que puede presentarse hasta en el 15% en la consulta ginecológica (Reed, 2006).

Un estudio en donde se aplicó una encuesta a 2127 mujeres, determinó que en un 3.8% había presentado vulvodinia, reporta que cada año se presenta un caso nuevo por cada 20 a 50 mujeres, mientras que a lo largo de un año sólo una de cada 10 mujeres que padecen vulvodinia, tendrá remisión de los síntomas. (Ricci 2010). Afectan preferentemente a mujeres adultas en un rango de 20 a 50 años de edad, sin embargo, puede presentarse en niñas (poco frecuente) hasta mujeres de de 80 años. (Reed BD. 2006).

Muchos de los tratamientos están basados en experiencias clínicas de diferentes grupos (ACOG,2006).

El tratamiento disponible puede ser médico (farmacológico y no farmacológico), quirúrgico, e incluso algunas terapias alternativas no bien estudiadas.

Hay limitantes para poder documentar estadísticas en salud sobre frecuencias o prevalencias de esta entidad clínica, iniciando que ésta entidad no está considerada en forma específica y clara en la clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE10). El grupo desarrollador de ésta guía que las determina que las entidades más relacionadas son la N90.8, R10.2 y N76.8, la inespecificidad y variabilidad de esta entidad genera subregistro de la misma.

La Delegación Sinaloa del Instituto Mexicano del seguro Social, en una revisión de 10 meses de diagnósticos ginecológicos reporta en estos tres grupos de CIE 10, un total de 406 casos.

Ante la falta Guías de Práctica Clínica Nacionales e Internaciones sobre vulvodinia apegadas a la medicina basada en evidencia con limitaciones metodológicas, es necesario el desarrollo de una Guía Nacional apegada como herramienta para el profesional de la salud con fines de mejorar la calidad de vida de las pacientes, sobresaturación de los servicios médicos y mayores costos de recursos mal prescritos en las instituciones y en los gastos de las mismas, por lo anterior es recomendable establecer líneas de investigación y estandarizar los criterios diagnósticos y terapéuticos a través de esta Guía.

### 3.1 Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y tratamiento de vulvodinia en los tres niveles de atención** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

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, segundo y tercer nivel (es)** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- **Los criterios, diagnósticos y terapéuticos entre profesionales de la salud.**
- **Mejorar la calidad de atención en las pacientes.**
- **Establecer recomendación fundamentada en la medicina basada en evidencia.**
- **Plantear la necesidad de ser considerada como entidad clínica dentro de la clasificación internacional de las enfermedades.**

Lo anterior 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, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.2 Definición

**Vulvodinia:** Dolor crónico vulvar referido por más de tres meses de evolución, que se caracteriza por sensación de ardor, picazón, irritación de 3 o más meses de duración con ausencia de hallazgos clínicamente identificables y sin patología neurológica o infección de la piel. No es causada por infecciones (candidiasis, herpes, etc.), inflamación (liquen plano), otras patología no neoplásicas de la vulva, neoplasias (enfermedad de paget, carcinoma de células escamosas) o desordenes neurológicos de la vulva neuritis postherpética, compresión del nervio espinal (Reed B, 2006, Itza F, 2012).

Actualmente los consensos de expertos establecen a la vulvodinia como un síndrome doloroso complejo regional (SDCR) similar a otros como cistitis intersticial y fibromialgia. (Edwards L. 2003).

Se clasifica de acuerdo al área del dolor en generalizada o localizada, ambas pueden ser provocadas en forma espontánea o mixta (Ricci P, 2010, Haefner H, 2004).

Se han sugerido como posibles causas: anomalías embrionarias, aumento de oxalatos de calcio urinario, factores inmunológicos o genéticos, factores hormonales, inflamatorios, infecciones mal tratadas o cambios neuropáticos y no habiendo una causa singular identificable, por lo que se considera multifactorial (Haefner, 2005).

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se graduaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y/o Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la(s) escala(s): **NICE, Oxford.**

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

**Evidencia**



**Recomendación**



**Punto de buena práctica**



En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada, El primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	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.	<b>Ia</b> <b>Shekelle</b> <i>Matheson S, 2007</i>

## 4.1 Manifestaciones Clínicas

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Las características clínicas reportadas en la literatura de las pacientes que padecen vulvodinia son: dolor que se caracteriza por ardor, quemazón, escozor o irritación de intensidad variable con duración de al menos tres meses, que puede ser provocado a estímulo sexual o no sexual o espontáneo. Ausencia de proceso inflamatorio agudo o de proceso clínico identificable o desordenes neurológicos. Que puede ocasionar disfunción sexual y alteraciones psicológicas como ansiedad, depresión, estrés, etc.	<b>B</b> <i>Reed B, 2006</i>
	Ante la paciente que refiera dolor tipo ardor, quemazón, escozor o irritación de intensidad variable con duración de al menos tres meses, en ausencia de causa identificable se debe sospechar vulvodinia.	<b>B</b> <i>Reed B, 2006</i>
	Para establecer el diagnóstico de vulvodinia debe estar documentado en el expediente clínico la presencia de dolor tipo ardor, quemazón, escozor o irritación de intensidad variable, con duración de al menos tres meses, en ausencia de causa identificable se debe sospechar vulvodinia.	<b>Punto de Buena Práctica</b>
	Está documentado que las mujeres con vulvodinia tienen mayor riesgo de tener alteraciones psicológicas y que la asociación de tratamiento farmacológico y apoyo psicoterapéutico han sido complementarios	<b>2c</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> <i>Itza F, 2012</i>
	La información sobre el disconfort en la relación sexual en pacientes con vulvodinia a su pareja sexual tiene como propósito el entender el deterioro que la vulvodinia genera en la salud física, sexual y psicológica, con fines de evitar violencia sexual entre las parejas.	<b>4</b> <b>NICE Estudios de terapia,</b> <b>NOM-046-SSA2-2005</b> <b>Violencia Familiar, Sexual y</b> <b>contra las Mujeres, Criterios</b> <b>para la Prevención y</b> <b>Atención</b>

	<p>Informar a la paciente y a su pareja que el impacto de la vulvodinia se refleja en aspectos sexuales y psicológicos, por lo que su tratamiento y comprensión de parte de la pareja sexual debe ser favorecido.</p>	<p><b>B</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> Itza F, 2012</p> <p><b>D</b> <b>Oxford</b> <b>Tratamiento prevención y etiología del daño, opinión de expertos</b> Recomendaciones para mejorar las prácticas Médicas CONAMED, 2014</p> <p><b>D</b> <b>Oxford</b> <b>Tratamiento prevención y etiología del daño, opinión de expertos</b> NOM-046-SSA2-2005 Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres, Criterios para la Prevención y Atención</p>
---	---	--

## 4.2 Clasificación

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>Se clasifica en:</p> <p><b>Generalizada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Provocada: Presencia de estímulos dolorosos sexuales, no sexuales o ambos.</li> <li>• Espontánea: Ausencia de estímulo doloroso.</li> <li>• Mixta</li> </ul> <p><b>Localizada</b> (vestibulodinia, clitorodinia, emivulvodinia, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Provocada: Presencia de estímulos dolorosos sexuales, no sexuales o ambos.</li> <li>• Espontánea: Ausencia de estímulo doloroso.</li> <li>• Mixta</li> </ul>	<p><b>3a</b> <b>OXFORD</b> <b>Estudios de Diagnóstico diferencial y estudios de prevalencia</b> Gómez S, 2007</p> <p><b>2c</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> Ricci P. 2010</p>

	<p>Se sugiere realizar una adecuada semiología del dolor lo que ayudará a esclarecer si se trata de vulvodinia espontánea o provocada.</p>	<p><b>B</b> <b>OXFORD</b> <b>Estudios de Diagnóstico diferencial y estudios de prevalencia</b> Gómez S., 2007</p> <p><b>B</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> Ricci P.A. 2010</p>
	<p>Al documentar el diagnóstico de vulvodinia se debe de especificar si es localizada o generalizada.</p>	<p><b>3a</b> <b>OXFORD</b> <b>Estudios de Diagnóstico diferencial y estudios de prevalencia</b> Gómez SPI, 2007</p> <p><b>2c</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> Ricci P, 2010</p>
	<p>Se debe realizar un correcto interrogatorio y exploración, apoyada en la prueba de hisopo y prueba de tapón para su correcta clasificación.</p>	<p><b>B</b> <b>OXFORD</b> <b>Estudios de Diagnóstico diferencial y estudios de prevalencia</b> Gómez S, 2007</p>

### 4.3 Diagnóstico (Figura 1)

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Se debe realizar una historia clínica completa con especial énfasis en la semiología del dolor (inicio, factores desencadenantes y atenuantes, duración y tratamientos previos.). Así como aspecto biopsicosociales de la paciente. Exámen físico de los genitales externos, búsqueda de lesiones visibles, que en caso de encontrarlas se valorará la realización de biopsia para hacer diagnóstico diferencial.</p>	<p style="text-align: center;"><b>5</b> <b>Oxford</b> <b>Estudios de diagnóstico, tratamiento y pronóstico e historia natural</b> <i>BASHH. UK National Guideline on the management of Vulval Conditions, 2014</i></p> <p style="text-align: center;"><b>5</b> <b>Oxford</b> <b>Estudios de diagnóstico, tratamiento, y pronóstico e historia natural</b> <i>Hope K, 2005</i></p>
	<p>Para identificar las zonas dolorosas se realiza la prueba de presión con hisopo de algodón (cotonete), mapeando las diferentes áreas de la región vulvar en orden de arriba abajo, de afuera hacia adentro y en el área vestibular, en sentido de las manecillas de reloj (para poder clasificarla en localizada o generalizada). (Figura 1)</p>	<p style="text-align: center;"><b>5</b> <b>Oxford</b> <b>Estudios de diagnóstico, tratamiento, y pronóstico e historia natural</b> <i>BASHH. UK National Guideline on the management of Vulval Conditions, 2014</i></p> <p style="text-align: center;"><b>5</b> <b>Oxford</b> <b>Estudios de diagnóstico, tratamiento, y pronóstico e historia natural</b> <i>ACOG 2006</i></p>

	<p>La prueba de tapón de Foster es una alternativa eficaz para cuantificar el dolor durante las relaciones sexuales.</p>	<p><b>2c</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> <i>Itza F, 2012</i></p> <p><b>4</b> <b>NICE</b> <b>Estudios de terapia</b> <i>Recomendación de la sociedad española del dolor para el dolor neuropatico</i></p>
	<p>Es adecuado utilizar la escala visual análoga (EVA) con un rango de 0 a 10 en las áreas que se identifican con la finalidad de determinar el nivel de dolor que percibe la paciente y su evolución después de un tratamiento. (figura 2)</p>	<p><b>5</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> <i>Leslie A, 2014</i></p> <p><b>D</b> <b>NICE</b> <b>Estudios de terapia</b> <i>Recomendación de la sociedad española del dolor para el dolor neuropatico</i></p>
	<p>Realizar exámen vaginal con prueba en fresco para medir el ph, cultivos para candida, prueba de KOH, citología cervicovaginal y vulvoscoopia.</p>	<p><b>D</b> <b>Oxford</b> <b>Estudios de diagnóstico, tratamiento, y pronóstico e historia natural</b> <i>Hope H, 2005</i></p> <p><b>B</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> <i>Ricci P. 2010</i></p>

## 4.4 Diagnóstico diferencial (cuadro I)

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
<p><b>E</b></p> <p>Los principales diagnósticos diferenciales será con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Vulvitis alérgica: Irritación prurito y dolor. Historia de exposición a alergen.</li> <li>ii. Vulvovaginitis crónica secundaria a candida encontrando: eritema, edema, descarga vaginal blanquecina y prurito.</li> <li>iii. Liquen plano: lesiones blancas reticulares, descarga vaginal, prurito, dispareunia. Puede haber erosión eritema lesiones bucales, o placas papulo escamosas.</li> <li>iv. Liquen escleroso: Adelgazamiento de la piel vulvar, aglutinación de los labios con prurito severo.</li> <li>v. Síndrome de atrapamiento del nervio pudendo: Dolor genital unilateral que se incrementa al sentarse, vaginismo dolor espasmódico de los musculos del piso pélvico que se presenta y es acentuado con el examen físico.</li> <li>vi. Atrofia vulvar: Mucosa pálida y adelgazada con hemorragia subepitelial, presencia de células parabasales en la citología cervicovaginal.</li> <li>vii. Neoplasia intraepitlial vulvar: Lesiones blancas, rojas, hipercrómicas, elevadas, áreas de leucoplaquia, asintomáticas o con prurito</li> <li>viii. Herpes vulvar: Lesiones vesiculares dolorosas</li> <li>ix. Endometriosis vulvovaginal: Lesiones blandas de lento crecimiento que duelen con la menstruación.</li> </ul>	<p><b>B</b>  <i>Reed B,2006</i>  <b>2c</b>  <b>Oxford</b>  <b>Investigación de resultados en salud</b>  <i>Ricci P, 2010</i></p>
<p><b>R</b></p> <p>El diagnóstico de vulvodinia es por exclusión, por lo que siempre se deberán descartar las entidades antes mencionadas, utilizando de modo racional los estudios de laboratorio y gabinete.</p>	<p><b>B</b>  <i>Reed B,2006</i>  <b>2c</b>  <b>Oxford</b>  <b>Investigación de resultados en salud</b>  <i>Ricci P.A. 2010</i></p>
<p><b>R</b></p> <p>Se debe realizar un examen vaginal con prueba en fresco para medir el ph, cultivos para candida, prueba de KOH, citología cervicovaginal y vulvoscopia para descartar otras entidades.</p>	<p><b>B</b>  <b>Oxford</b>  <b>Estudios de diagnóstico, tratamiento, y pronóstico e historia natural</b>  <i>Hope H, 2005</i></p>

	La biopsia únicamente se debe realizar con fines de hacer diagnóstico diferencial	<p><b>B</b>  <b>Oxford</b>  <b>Estudios de diagnóstico, tratamiento, y pronóstico e historia natural</b>  <i>Hope H, 2005</i></p>
--	---	---

## 4.5 Tratamiento médico

### 4.5.1 Tratamiento no farmacológico

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Es importante informar a la paciente de forma clara y precisa la enfermedad que padece, la evolución crónica recidivante; así como las diferentes opciones de tratamiento. Con la finalidad de disminuir las complicaciones por deterioro de la actividad sexual, psicosociales, cognitivas y afectivas del padecimiento.	<p><b>B</b>  <i>Reed B, ,2006</i></p> <p><b>D</b>  <b>Oxford</b>  <b>Opinión de expertos sin evaluación crítica o basado en teoría económica o en principios fundamentales</b>  <i>10 Derecho Generales de los Pacientes, CONAMED/Secretaria De Salud, 2014</i>  <a href="http://conamed.gob.mx/">http://conamed.gob.mx/</a></p> <p><b>D</b>  <b>Oxford</b>  <b>Opinión de expertos sin evaluación crítica o basado en teoría económica o en principios fundamentales</b>  <i>Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina CONAMED , 2003</i></p>
	El tratamiento de las pacientes con enfermedades vulvares debe ser multidisciplinariamente (médico familiar, ginecología, dermatología y psicología)	<p><b>B</b>  <b>Oxford</b>  <b>Investigación de resultados en salud</b>  <i>BASHH. UK National Guideline on the management of Vulval Conditions, 2014</i></p>

	<p>Es importante insistirle a la paciente que la vulvodinia es un síndrome conocido que afecta a muchas mujeres en el mundo. No es una infección de transmisión sexual, no es una enfermedad maligna, su curación es difícil de obtener al 100% y su mejoría usualmente es lenta.</p>	<p><b>A</b> <b>Oxford</b> <b>Clasificación etiología diagnóstico y manejo.</b> <b>Revisión sistemática de la literatura.</b> <i>Gómez-S, 2007</i></p>
	<p>Debe iniciarse con tratamientos menos agresivos e invasivos y proceder gradualmente a terapias más agresivas de acuerdo a la respuesta clínica de la paciente.</p>	<p><b>B</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> <i>Ventolini G, 2011</i></p>
	<p>La combinación de distintos tratamientos se recomienda ofreciendo información clara de como llevarlos a cabo de forma correcta.</p>	<p><b>B</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> <i>Gallo J, 2011</i></p>
	<p>Se debe iniciar con las siguientes medidas generales:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ropa interior 100% de algodón, blanca y evitar ropa ajustada (licras, pantalones, etc).</li> <li>2. Al encontrarse en casa se recomienda retirarse ropa interior utilizando únicamente una falda.</li> <li>3. No utilizar ropa interior al dormir.</li> <li>4. Evitar el uso de detergentes biológicos en polvo para el lavado de la ropa interior.</li> <li>5. Evitar irritantes vulvares (perfumes, shampoos, detergente, desodorantes) ni duchas vaginales.</li> <li>6. Utilizar jabones neutros para la piel pero evitar el área vulvar.</li> <li>7. El lavado vulvar debe ser únicamente con agua. Realizarse directamente con la mano (uñas cortas, evitar esponjas o franelas) una vez al día, evitando un sobre aseo que puede exacerbar los síntomas del padecimiento.</li> <li>8. Secar el área vulvar con pistola de aire frío.</li> <li>9. Aplicación de emolientes libres de conservadores tales como aceite vegetal y petrolato para mejorar hidratación de la piel, manteniendo el mecanismo de barrera de la piel.</li> <li>10. Utilizar toallas sanitarias 100 % de algodón y libres de perfumes.</li> <li>11. Evitar el uso continuo de pantiprotectores y tampones.</li> <li>12. Se puede aplicar gel frío en el área vulvar.</li> <li>13. Evitar las actividades que pongan presión en la vulva (montar bicicleta, caballo, etc. )</li> </ol>	<p><b>3</b> <i>Royal college of obstetricians and gynaecologists The Management of vulvar skin disorders, 2011.</i></p> <p><b>D</b> <b>NICE</b> <b>Estudios de terapia</b> <i>ACOG 2006</i></p>

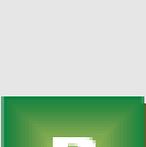
<b>E</b>	<p>La terapia cognitiva conductual ha demostrado ser eficaz al utilizarla de forma asociada al manejo médico en estas pacientes, en caso de tener pareja debe ser involucrada.</p>	<p><b>2c</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> Sutton K,2009 <b>III C</b> BASHH. UK National Guideline on the management of Vulval Conditions, 2014</p>
<b>R</b>	<p>Es recomendable iniciar terapia cognitiva conductual en toda aquella paciente con diagnóstico de vulvodinia .</p>	<p><b>III C</b> BASHH. UK National Guideline on the management of Vulval Conditions, 2014</p>
<b>E</b>	<p>La dieta con restricción de oxalatos podría disminuir la sintomatología ya que estos pueden provocar irritación vulvar. Se puede complementar aporte de citrato de calcio (2 a 4 tabletas al día) con efectos secundarios mínimos; aunque no hay consistencia en algunas informaciones por lo que el papel de los oxalatos sigue siendo dudoso y necesita ser evaluado más profundamente(Cuadro II)</p>	<p><b>2</b> Reed B,,2006 <b>2c</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> Ricci P, 2010</p>
<b>R</b>	<p>Como medida no farmacológica de primera línea se recomienda la dieta baja en oxalatos (Cuadro II)</p>	<p><b>B</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> Ricci P, 2010</p>
<b>E</b>	<p>La electroestimulación con biofeedback de la musculatura del suelo pelviano es un tratamiento efectivo que permite lograr una relajación voluntaria y aprendida de la musculatura. Esto ayuda más cuando la vulvodinia está asociada a vaginismo, como producto de la hipertonicidad muscular y factores psicosociales y psicosexuales</p>	<p><b>2+</b> <b>NICE estudios de terapia</b> Glazer H, 2000 <b>III B</b> 2014 UK National Guideline on the management of Vulval Conditions, BASHH.</p>
<b>E</b>	<p>TENS estimulación transcutánea ha demostrado ser efectiva en el control del dolor por la alta frecuencia de hipertonicidad muscular asociada.</p>	<p><b>I b, A</b> 2014 UK National Guideline on the management of Vulval Conditions,BASHH. <b>2b</b> <b>Oxford, estudios de tratamiento, prevención , etiología y daño</b> Gentilcore S-,2010</p>

	<p>La electroestimulación con biofeedback de la musculatura del suelo pelviano puede ser considerada cuando la vulvodinia está asociada a vaginismo y factores psicosociales y psicosexuales</p>	<p><b>B</b>  <b>NICE estudios de terapia</b>  <i>Glazer S, 2000</i></p> <p><b>III B</b>  <i>2014 UK National Guideline on the management of Vulval Conditions, BASHH.</i></p> <p><b>B</b>  <b>Oxford, estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño</b>  <i>Gentilcore S-, 2010</i></p>
	<p>La acupuntura puede tomarse en cuenta en el caso del tratamiento de la vulvodinia no provocada.</p>	<p><b>C</b>  <i>2014 UK National Guideline on the management of Vulval Conditions, BASHH.</i></p> <p><b>D</b>  <b>NICE estudios de terapia</b>  <i>Gallo J, 2011</i></p>

## 4.6 Tratamiento médico

### 4.6.1 Farmacológico tópico

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Los agentes tópicos deben ser usados con precaución para evitar lesiones irritativas; en todos los casos de vulvodinia se debe iniciar como primera línea de manejo tópico un anestésico local</p>	<p><b>D</b>  <b>NICE estudios de terapia</b>  <i>Gallo 2011</i></p>
	<p>Se puede considerar el uso de anestésicos locales tópicos como crema de lidocaína al 5% o gel de lidocaína al 2%. Se debe aplicar 15 a 20 minutos antes de la penetración sexual. Los efectos secundarios de la aplicación de anestésicos pueden ser edema eritema, raros casos púrpura; así como molestias a la pareja si no se usa condón.</p>	<p><b>IV C</b>  <i>2014 UK National Guideline on the management of Vulval Conditions, BASHH.</i></p>
	<p>Se recomienda explicarle a la paciente que al aplicar el gel de lidocaína inicialmente tendrá sensación de quemadura o prurito, pero a los pocos minutos sentirá alivio y la duración de la acción será en promedio de 4 a 6 horas y podrá realizar las aplicaciones necesarias para estar libre de molestias.</p>	<p><b>IV C</b>  <i>2014 UK National Guideline on the management of Vulval Conditions, BASHH.</i></p>

	<p>En estados con hipoestrogenismo el uso de estrógenos conjugados en crema 62.5mg, aplicación de 0.5 a 2 gramos diariamente y disminuirlo gradualmente dependiendo de la severidad de la paciente principalmente cuando se sospecha hipoestrogenemia.</p>	<p><b>2b</b> <b>Oxford estudios de diagnóstico diferencial y estudios de prevalencia</b> <i>Eva L, 2003</i></p> <p><b>2c</b> <b>Oxford Estudios ecológicos o de resultados en salud</b> <i>Hope K, 2005</i></p>
	<p>No se ha demostrado que la eficacia del Crema de Cromoglicato al 4% aplicado 3 veces al día a nivel de introito, durante 3 meses sea mejor que placebo u otras tratamientos.</p>	<p><b>1+</b> <b>NICE estudios de terapia</b> <i>Nyirjesy, 2001</i></p> <p><b>5</b> <b>Oxford Investigación de resultados en salud</b> <i>Leslie A, 2014</i></p>
	<p>El uso del cromoglicato no está considerado como de primer línea en vulvodinia.</p>	<p><b>&lt;1+</b> <b>NICE estudios de terapia</b> <i>Nyirjesy, 2001</i></p> <p><b>5</b> <b>Oxford Investigación de resultados en salud</b> <i>Leslie A, 2014</i></p>
	<p>No se recomienda el uso de corticoide local pues aunque disminuirá la sintomatología no tiene un efecto curativo y puede producir dermatitis esteroidea que se caracteriza por sensación quemante y eritema.</p>	<p><b>A</b> <b>OXFORD Estudios de Diagnóstico diferencial y estudios de prevalencia</b> <i>Gómez S, 2007</i></p>
	<p>Se ha documentado el uso de Capsaicina en crema al 0.5% con resultados controvertidos y de pobre eficacia en algunos casos con mejoría sólo parcial y en algunos casos mejoría significativa en la prueba de contacto y relaciones sexuales.</p>	<p><b>2c</b> <b>Oxford Investigación de resultados en salud</b> <i>Itza F, 2012</i></p> <p><b>1a</b> <b>Oxford clasificación etiología diagnóstico y manejo. Revisión sistemática de la literatura.</b> <i>Gómez-S, 2007</i></p>

	<p>La gabapentina tópica al 2° al 6% como monoterapia y en combinación con con otras terapias muestra que en el 80% de las pacientes mostraron al menos un 50% de mejoría y que las reacciones sexuales fueron más frecuentes y el 29% mejoría completa.</p>	<p><b>2c</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> <i>Itza F 2012</i></p>
	<p>Aunque existen publicaciones sobre utilidad de nifedipina tópica, no todos los centros cuentan con esa presentación, considerando no estar recomendada en general.</p>	<p><b>C</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> <i>Itza F, 2012</i></p>
	<p>Las inyecciones intralesionales con anestésicos locales solos o combinados con corticoesteroides pueden ser consideradas en pacientes con vulvodinia localizada y provocada.</p>	<p><b>4</b> <b>NICE estudios de terapia</b> <i>Gallo J,2011</i></p>
	<p>En vulvodinia muy localizada en la mucosa se han usado infiltraciones submucosa de lidocaina con metilprednisolona</p>	<p><b>1a</b> <b>Oxford</b> <b>clasificación etiología diagnóstico y manejo.</b> <b>Revisión sistemática de la literatura.</b> <i>Gómez-S, 2007</i></p>
	<p>La infiltración submucosa de lidocaina con etilprednisolona podría considerarse en casos severos con falta de respuesta.</p>	<p><b>A</b> <b>Oxford</b> <b>clasificación etiología diagnóstico y manejo.</b> <b>Revisión sistemática de la literatura.</b> <i>Gómez-S, 2007</i></p>

## 4.7 Tratamiento médico

### 4.4.1 Farmacológico sistémico

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
<p><b>E</b></p> <p>El pilar del tratamiento específico de la vulvodinia es el tratamiento oral del dolor neuropático;no hay investigaciones sistemáticas que comparen la eficacia de las diferentes clases de antidepresivos en el tratamiento de la vulvodinia. Con frecuencia es difícil tomar estos fármacos orales ya que producen efectos adversos como mareo, somnolencia, sequedad de ojos y boca, aumento de peso, y el efecto beneficioso es tardío.</p> <p>Los recomendados en literatura son antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptura de serotonina y anticonvulsivantes.</p>	<p><b>1+</b>  <b>NICE, Estudios de terapia</b>                      Leo R, 2013</p>
<p><b>E</b></p> <p>Se han utilizado exitosamente los antidepresivos triciclicos lograndose un buen control del dolor, que puede llegar hasta el 60% de los casos. Se sugiere iniciar con dosis bajas de esquemas de amitriptilina o nortriptilina 5-10mg mg dos horas antes de ir a la cama por 10 días y se puede incrementar de 10 a 25 mg por semana y como dosis máxima 150 mg por día. Los efectos adversos relacionados son mareo, retención urinaria, taquicardia, visión borrosa, confusión, somnolencia, sequedad de ojos y boca, fatiga y aumento de peso, agranulocitosis, trombocitopenia, infarto de miocardio y no se deben usar en pacientes embarazadas ni que usas IMAO.</p>	<p><b>IV C</b>                      2014 UK National                      Guideline on the                      management of Vulval                      Conditions,BASHH.</p>
<p><b>R</b></p> <p>El uso de antidepresivos triciclicos con dosis bajas de esquemas de amitriptilina 5-10mg dos horas antes de ir a la cama por 10 días esta indicado, excepto en pacientes embarazadas.</p>	<p><b>C</b>                      2014 UK National                      Guideline on the                      management of Vulval                      Conditions,BASHH.  <b>2c</b>  <b>Oxford</b>  <b>Estudios ecológicos o de</b>  <b>resultados en salud</b>                      Hope K,2005</p>

	<p>La amitriptilina puede utilizarse como manejo inicial en los casos de vulvodinia provocada. La gabapentina y carbamacepina pueden utilizarse de forma conjunta con antidepresivos triciclicos (amitriptilina) o como segunda y tercera linea en caso de no tener adecuada respuesta.</p>	<p><b>C</b> 2014 UK National Guideline on the management of Vulval Conditions, BASHH. <b>2c</b> <b>Oxford</b> <b>Estudios ecológicos o de resultados en salud</b> Hope K, 2005</p>
	<p>Venlafaxina 37.5 mg por la mañana con incremento de 75mg diarios al día después de una o dos semanas. Y puede incrementarse gradualmente la dosis con cambios cada una a dos semanas y la dosis máxima es de 150mg al día. Se debe monitorizar periódicamente la presión arterial, los niveles de electrolitos y lípidos.</p>	<p><b>2c</b> <b>Oxford</b> <b>Estudios ecológicos o de resultados en salud</b> Hope K, 2005</p>
	<p>Fluoxetina 20mg al día y paroxetina 10 mg al día continuando con 20y hasta 60 mg al día. Se debe suspender el forma gradual</p>	<p><b>C</b> 2014 UK National Guideline on the management of Vulval Conditions, BASHH. <b>B</b> Reed B, 2006</p>
	<p>La fluoxetina 20 mg al día se recomienda como medicamento de segunda línea en caso de pobre respuesta o no contar con amitriptilina.</p>	<p><b>2</b> Reed B,,2006</p>
	<p>Algunos anticonvulsivantes se han utilizado en dolores crónicos de tipo neurogénico pero su eficacia no es clara. En algunos reportes se refiere una eficacia de hasta el 50- 82% y se refiere que son mejor tolerados que los antidepresivos por tener menos efectos adversos. Los medicamentos estudiados en la literatura son gabapentina, pregabalina, lamotrigina y carbamazepina con resultados contradictorios.</p>	<p><b>5</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> Leslie A, 2014 <b>2c</b> <b>Oxford</b> <b>Estudios ecológicos o de resultados en salud</b> Hope K, 2005</p>
	<p>Gabapentina 300 mg por día incrementando 300mg por semana a un máximo de 1200 mg por día. La duración del tratamiento puede ser de 4 a 30 meses. Los efectos adversos reportados son sedación, náusea, vómito, cefalea, insomnio, mareo.</p>	<p><b>5</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> Leslie A, 2014</p>

<b>R</b>	<p>Dentro de los anticonvulsivos la gabapentina es de primera elección. Se inicia con 300 mg por día incrementando 300mg por semana a un máximo de 1200 mg por día. La duración del tratamiento puede ir de 4 a 30 meses. Los efectos adversos reportados son sedación, náusea, vómito, cefalea, insomnio, mareo.</p>	<p><b>D</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> Leslie A, 2014</p>
<b>R</b>	<p>El anticonvulsivo de segunda línea es la Carbamazepina. Iniciar con dosis de 100mg cada 8 hrs hasta llegar a 1200 mg al día. Debe hacerse seguimiento trimestral con hemograma y transaminasas por riesgo de agranulocitosis y compromiso hepático.</p>	<p><b>2c</b> <b>Oxford</b> <b>Estudios ecológicos o resultados en salud</b> Flórez S, 2009</p>
<b>R</b>	<p>En caso de no tener buena respuesta se puede utilizar gabapentina y carbamazepina en forma conjunta con antidepresivos tricíclicos (amitriptilina).</p>	<p><b>D</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> Leslie A, 2014</p>
<b>R</b>	<p>La Carbamazepina no se recomienda antes de utilizar otras opciones. Si se decide su uso es aconsejable iniciar con dosis de 100mg cada 8 hrs hasta llegar a 1200 mg al día. Debe hacerse seguimiento trimestral con hemograma y transaminasas por riesgo de agranulocitosis y compromiso hepático.</p>	<p><b>2c</b> <b>Oxford</b> <b>Estudios ecológicos o resultados en salud</b> Flórez S, 2009</p>

## 4.8 Tratamiento quirúrgico

### 4.8.1 Conservador y no conservador

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO	
<b>E</b>	<p>Los procedimientos de escisión vulvar se deben considerar como la última alternativa en pacientes que no responden a otros tratamientos. Las respuestas más satisfactorias a este tipo de tratamientos son en pacientes con vulvodinia localizada y provocada. Los diferentes estudios muestran un éxito completo en el 57% de los casos con una disminución de los síntomas hasta en el 89% de los casos para las diferentes técnicas descritas. Y las mejores respuestas se han obtenido con la vestibulectomía modificada. Se debe realizar consejería y consentimiento informado.</p>	<p><b>4</b> <b>NICE estudios de terapia</b> Gallo J, 2011</p>

	<p>Los procedimientos escisionales se sugieren realizarse en aquellos casos de vulvodinia localizada provocada (vestibulodinia). Después de haberse utilizado otras medidas; como la última alternativa en pacientes que no responden a otros tratamientos. Debe afectuarse consentimiento informado.</p>	<p><b>D</b> <b>NICE estudios de terapia</b> Gallo J,2011</p>
	<p>La vestibuloplastia: es la técnica más conservadora. Se realiza una incisión vertical en la parte posterior del introito y se sutura horizontalmente</p>	<p><b>4</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> Leslie A,2014 <b>4</b> <b>NICE estudios de terapia</b> Gallo J,2011 <b>2c</b> <b>Oxford</b> <b>Estudios ecológicos o de resultados en salud</b> Hope K, 2005</p>
	<p>La vestibulectomia modificada incluye incisión del anillo himeneal de la 3 a las 9 de las manecillas del reloj y escisión de la mucosa superficial hacia la línea de Hart.</p>	<p><b>4</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> Leslie A, 2014 <b>2c</b> <b>Oxford</b> <b>Estudios ecológicos o de resultados en salud</b> Hope K, 2005</p>
	<p>La vestibulectomia total: Escisión completo del vestibulo, el epitelio periuretral y periclitoroideo sobrante, prolongando el epitelio vaginal hasta los labios menores lateralmente y el cuerpo perineal an dirección posterior.</p>	<p><b>4</b> <b>NICE estudios de terapia</b> Gallo J,2011</p>
	<p>La perineoplastia: Se realiza primero la vesticulectomia y se complementa removiendo el tejido del periné por arriba del orificio anal.</p>	<p><b>5</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> Leslie A,2014 <b>4</b> <b>NICE estudios de terapia</b> Gallo J,2011 <b>2c</b> <b>Oxford</b> <b>Estudios ecológicos o de resultados en salud</b> Hope K,2005</p>

	<p>En caso de decidir manejo quirúrgico la técnica recomendada es la vestibulectomía parcial. Todas las técnicas quirúrgicas pueden ser relizadas con bisturí o láser de acuerdo a la experiencia del cirujano y disponibilidad de la unidad.</p>	<p><b>D</b> <b>NICE estudios de terapia</b> Gallo J,2011</p>
	<p>Ablación del epitelio vulvar con láser: Los resultados de ésta terapia son comparables con la vestibulectomía. Las respuestas completas se han reportado en el 62 a 92% y en un estudio de cohorte retrospectiva se reportó un beneficio del 68% con seguimiento a dos años y en un 29% no tienen ningun beneficio.</p>	<p><b>2+</b> <b>NICE Estudiosn de terapia-</b> Leclair C,2007</p>
	<p>Cuando hay mala respuesta al tratamiento farmacológico se puede realizar la ablación vulvar como una alternativa previo a las técnicas escisionales.</p>	<p><b>C</b> <b>NICE Estudiosn de terapia-</b> Leclair C, 2007</p>
	<p>En caso de no contar con equipo y entrenamiento requerido para realizar una ablación con láser se puede utilizar la técnica de vaporización mediante electroesferolisis en las pacientes con vulvodinia localizada y provocada.</p>	<p><b>Punto de buena práctica</b></p>
	<p>Considerar los siguientes pasos de forma escalonada:  <b>Primera línea:</b> Dieta baja en oxalatos. Medidas generales que eviten la irritación vulvar y uso de anestésicos locales, terapia cognitivo conductual.  <b>Segunda línea:</b> Antidepresivos tanto en vulvodinia localizada como generalizada. Como primera elección amitriptilina y como segunda elección fluoxetina.  <b>Tercera línea:</b> Uso de anticonvulsivantes en caso pobre respuesta o combinado para antidepresivos. Como primera elección gabapentina y como segunda elección carbamacepina.  <b>Cuarta línea:</b> Fisioterapia.  <b>Quinta línea:</b> Infiltraciones locales con lidocaína y metilprednisolona en la vulvodinia localizada.  <b>Sexta línea:</b> Manejo quirúrgico en tercer nivel de atención.</p>	<p><b>4</b> <b>NICE estudios de terapia</b> Gallo J,2011</p>

## 4.9 Medidas para evitar recurrencia

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Es importante informarle a la paciente que la vulvodinia es un síndrome crónico y recidivante y que la curación es difícil de obtener al 100%. Su mejoría usualmente es lenta, por lo que tiene que continuar con las medidas generales recomendadas por tiempo indefinido.	<b>B</b> <b>Oxford</b> <b>Investigación de resultados en salud</b> <i>Itza 2012</i>
	Una vez iniciado tratamiento de vulvodinia se debe citar a la paciente de forma mensual para evaluar el apego al tratamiento y la evolución de la sintomatología hasta remitir o mejorar significativamente las molestias y posteriormente de forma trimestral por 1 año. Semestral por los siguientes dos años y posterior a esto anual hasta completar 5 años. No se debe modificar el tratamiento establecido hasta al menos concluir 3 a 6 meses con el mismo y dependiendo de la respuesta clínica y se debe realizar la medición de la escala del dolor en cada consulta. (anexo escala de dolor).	<b>Punto de buena práctica</b>

## 4.10 Criterios de Referencia

### 4.11.2 De primer a segundo nivel

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Toda paciente que refiere dolor vulvar de al menos 3 meses de evolución y en las que se haya descartado infección local, procesos locales irritativos o entidad dermatológica evidente, debe ser referida a segundo nivel o consulta de especialidad para confirmar el diagnóstico de vulvodinia al descartar otras patologías vulvares.	<b>D</b> <b>Oxford</b> <b>Estudios de diagnóstico, tratamiento, y pronóstico e historia natural</b> <i>BASHH. UK National Guideline on the management of Vulval Conditions, 2014</i>

## 4.11 Criterios de Referencia

### 4.11.2 De segundo a tercer nivel

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>En caso de no tener mejoría clínica después de seis meses debe ser enviada a clínica de displasia de una unidad de tercer nivel.</p>	<p><b>D</b>  <b>Oxford</b>  <b>Estudios de diagnóstico, tratamiento, y pronóstico e historia natural</b>  <i>BASHH. UK National Guideline on the management of Vulval Conditions, 2014</i></p>

## 5 ANEXOS

### 5.1 Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos acerca de la temática **Diagnóstico y Tratamiento de Vulvodinia en los tres niveles de atención**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

#### Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **inglés y español**.
- Documentos publicados los últimos **5 años** (rango recomendado) o en caso de encontrarse escasa o nula información, documentos publicados los últimos **10 años** (rango extendido).
- Documentos enfocados **Diagnóstico y tratamiento**.

#### Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sean español o inglés.

#### 5.5.1 Estrategia de búsqueda

##### 5.5.1.1 Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema **Diagnóstico y tratamiento de vulvodinia** en PubMed. La búsqueda se limitó a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años en idioma inglés y español del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el (los) término(s) "**Vulvodynia**" en la búsqueda. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio **123** resultados, de los cuales se utilizaron **22** documentos para la elaboración de la guía.

- Search "**Vulvodynia**"[Mesh] AND ("**Vulvodynia/classification**"[Mesh] OR "**Vulvodynia/complications**"[Mesh] OR "**Vulvodynia/diagnosis**"[Mesh] OR "**Vulvodynia/drug therapy**"[Mesh] OR "**Vulvodynia/etiology**"[Mesh] OR "**Vulvodynia/surgery**"[Mesh] OR "**Vulvodynia/therapy**"[Mesh]) AND (Clinical Trial[ptyp] AND Meta-analysis(ptyp) "2005/02/27"[PDat] : "2015/02/24"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])

BÚSQUEDA	RESULTADO
PubMed	123 de documentos obtenidos como resultado>

**Algoritmo de búsqueda:**

1. Search "**Vulvodynia**"[Mesh]
2. **Vulvodynia/diagnosis**"[Subheading]
3. "**Vulvodynia/classification**"[Subheading]
4. **Vulvodynia/etiology**"[Subheading]
5. "**Vulvodynia/complications**"[Subheading]
6. **Vulvodynia/therapy**"[Subheading]
7. **Vulvodynia/drug therapy**"[Subheading]
8. **Vulvodynia/surgery**"[Subheading]#
9. #2 OR # 3OR#4 OR #5 OR #6 OR #6 OR #7 OR #8
10. #1 AND 9
11. "2005 "[PDAT]:2015"[PDAT]
12. "humans:[Mesh]
13. #10 AND#12
14. English (Lang)
15. #13 AND #14
16. Clinical Trial[ptyp
17. Meta-analysis(ptyp)
18. #16 AND #17
19. AGED, 19 and over"(Mesh term)"
20. #18 AND #19
21. #1 AND (#2 OR #3 OR#4 OR #5 OR#6 OR#7 OR #8 OR#9 OR#10 OR #11 OR #12 OR 13 OR#14 OR#15 OR #16 OR #17 ORD # OR #19.

Se argumenta extender la búsqueda a 10 años en caso de no encontrarse información o de ser ésta muy escasa y se indica cuántos resultados se obtuvieron y de éstos, cuántos se utilizaron.

BÚSQUEDA	RESULTADO
<Búsqueda de PubMed correspondiente>.	123 de documentos obtenidos como resultado>

### 5.5.1.2 Segunda Etapa

**(Aplica en caso de tener acceso a bases de datos por suscripción).**

En esta etapa se realizó la búsqueda en **Tripadatabase** con el término **Vulvodynia**. Se obtuvieron **211** resultados de los cuales se utilizaron **4** documentos para la elaboración de la guía.

## 5.2 Escalas de Gradación

### NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE TERAPIA POR NICE\*\*

NIVEL DE EVIDENCIA	INTERPRETACIÓN
<b>1++</b>	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos
<b>1+</b>	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos
<b>1-</b>	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*
<b>2++</b>	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
<b>2+</b>	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
<b>2-</b>	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
<b>3</b>	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
<b>4</b>	Opinión de expertos

\*Los estudios con un nivel de evidencia con signos “-“ no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación., Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

\*\*National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-Chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London: NICE update March 2005.The guidelines manual 2009.

### GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS DE TERAPIA (NICE)

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>A</b>	Al menos un meta-análisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
<b>B</b>	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
<b>C</b>	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
<b>D</b>	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal
<b>D(BPP)</b>	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía

**Niveles de Evidencia, para estudios de Diagnóstico Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM) 2009\***

Grados de Recomendación	Nivel de Evidencia	Tratamiento, prevención, etiología y daño	Pronóstico e historia natural	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial y estudios de prevalencia	Estudios económicos y análisis de detección.
<b>A</b>	1a	RS con homogeneidad de ECC y asignación aleatoria	RS de cohortes con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables, en la misma dirección y validadas en diferentes poblaciones	RS de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad, o que incluyan estudios con resultados comparables y en la misma dirección en diferentes centros	RS con homogeneidad de estudios de cohortes prospectivas	RS con homogeneidad de estudios económicos de nivel 1
<b>B</b> <b>2b</b>	2a	RS de estudios de cohortes, con homogeneidad	RS de estudios de cohorte retrospectiva o de grupos controles no tratados en un EC, con homogeneidad.	RS de estudios, diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad	RS (con homogeneidad) de estudios 2b y mejores	RS (con homogeneidad) de estudios económicos con nivel mayor a 2.
	2b	Estudio de cohortes individual con seguimiento inferior a 80% (incluye EC de baja calidad)	Estudio de cohorte retrospectiva o seguimiento de controles no tratados en un EC o GPC no validadas.	Estudios exploratorios que , a través de una regresión logística, determinan factores significativos, y validados, estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba)	Estudios de cohortes retrospectivas o de seguimiento insuficiente.	Análisis basados en costes o alternativas clínicamente sensibles; limitado a revisión de la evidencia; e incluyendo un análisis de sensibilidad.
<b>C</b>	4	Serie de casos, estudios de cohortes, y de casos y controles de baja calidad	Serie de casos, ,estudios de cohortes de pronóstico de poca calidad	Estudios de casos y controles, con escasas o sin estándares de referencia independientes	Serie de casos o estándares de referencia obsoletos	Análisis sin análisis de sensibilidad.
<b>D</b>	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en “ principios fundamentales”	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajos de investigación juicioso ni en “ principios fundamentales”	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajos de investigación juicioso ni en “ principios fundamentales”	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajos de investigación juicioso ni en “ principios fundamentales”	Opinión de expertos, sin evaluación crítica o basado en la teoría económica o en “ principios fundamentales”

Fuente: Manterola C, y cols. Como Interpretar los “Niveles de Evidencia” en los diferentes escenarios clínicos. Rev Chil.2009;61(6):582-595.

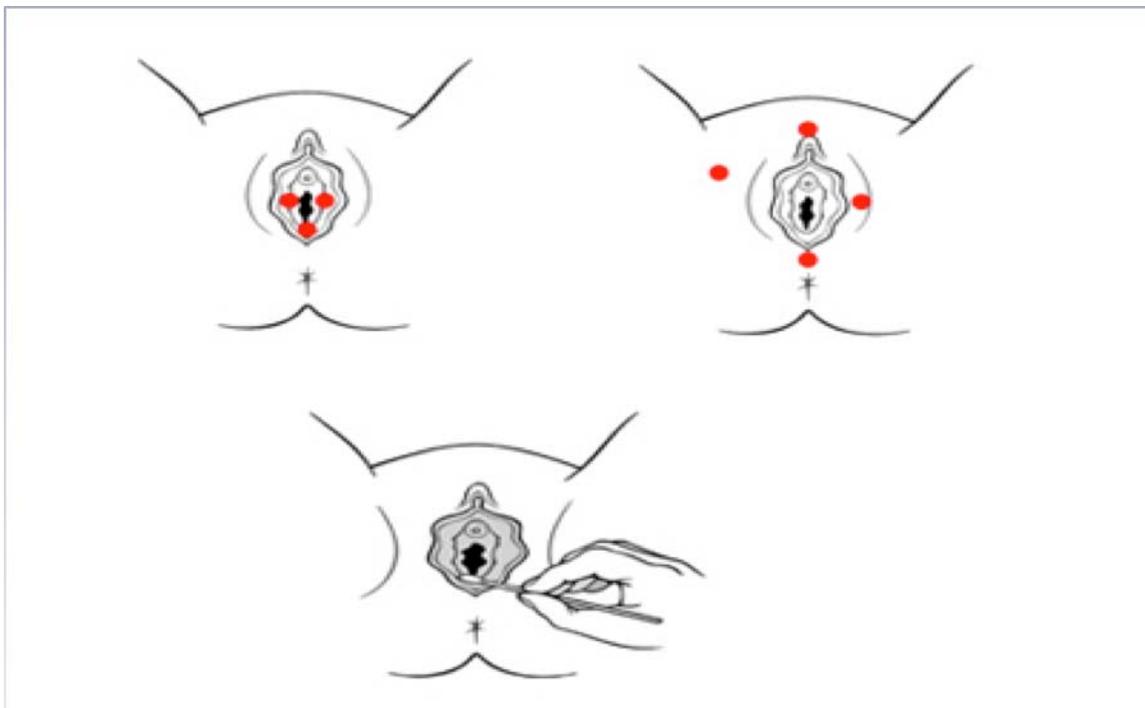
### CLASIFICACIÓN DE EVIDENCIAS DE GUÍA “Vulvodinia:Diagnosis and Management”

NIVEL DE EVIDENCIA	Evidencia
<b>A</b>	Consistente, buena calidad, evidencia orientada al paciente
<b>B</b>	Inconsistente o evidencia de calidad limitada. Orientada al paciente
<b>C</b>	Consenso, evidencia orientada a la enfermedad, opinión de experto clínico o serie de casos

Tomado de: *Am Fam Physician* 2006;73:1231-8, 1239. Copyright © 2006 American Academy of Family Physicians.)  
<http://www.AAFP.org/org/afpsort.xml>

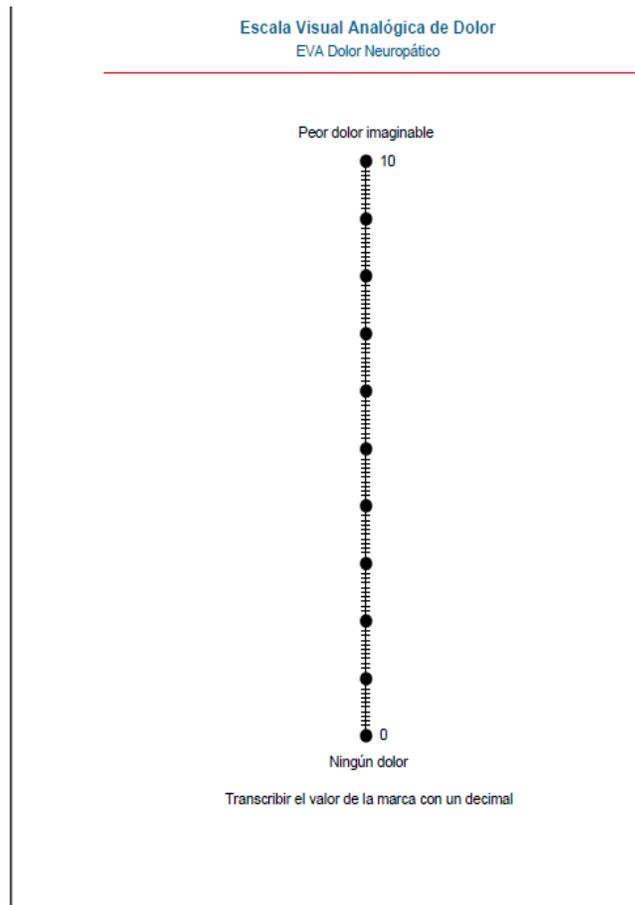
## 5.3 Escalas de Clasificación Clínica

Figura 1 Prueba de presión con hisopo de algodón (cotonete) puntos a explorar(mapeo



Programa Educativo en línea Asociación Nacional de Nulvodinia(ANV), 2010, Disponible en:  
[https://www.google.com/?hl=es&gws\\_rd=ssl#hl=es&q=vulvodinia+vestibulitis+vulvar+y+dolor+vulvar](https://www.google.com/?hl=es&gws_rd=ssl#hl=es&q=vulvodinia+vestibulitis+vulvar+y+dolor+vulvar)

**Figura 2 Escala Visual Analógica de dolor(EVA)**



Tomado de Recomendaciones de la Sociedad Española del Dolor para el dolor neuropático. Disponible en: <http://portal.sedolor.es/contenidos/318/adjuntos/sf1x4029.pdf>

**Figura 3 Cuestionario DN4 para detección de dolor neuropático**

**Cuestionario DN4**  
para la detección del Dolor Neuropático

---

**CUESTIONARIO**  
Por favor, en las 4 preguntas de abajo, complete el cuestionario marcando una respuesta para cada número:

**ENTREVISTA CON EL PACIENTE**

Pregunta 1: ¿Tiene el dolor una o más de las siguientes características?

	Sí	No
1. Quemazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensación de frío doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Descargas eléctricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 2: ¿Se asocia el dolor con uno o más de los siguientes síntomas en la misma zona?

	Sí	No
4. Hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sensación de alfileres y agujas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Picazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**EXAMEN DEL PACIENTE**

Pregunta 3: ¿Está el dolor localizado en una zona donde el examen físico puede mostrar una o más de las siguientes características?

	Sí	No
8. Hipoestesia al tacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hipoestesia a los pinchazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 4: En la zona dolorosa, el dolor puede ser causado o incrementado por:

	Sí	No
10. Cepillado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suma de todos los puntos positivos. Puntuación del paciente: /10

**INTERPRETACIÓN:** Se confirma el diagnóstico y se considera caso de estudio si la puntuación es mayor o igual a 3/10

Tomado de Recomendaciones de la Sociedad Española del Dolor para el dolor neuropático. Disponible en: <http://portal.sedolor.es/contenidos/318/adjuntos/sf1x4029.pdf>

**Cuadro I Diagnóstico diferencial de vulvodinia**

Diagnóstico	Presentación clínica más frecuente
Herpes vulvar	Lesiones vesiculares dolorosas
Vulvitis alérgica	Prurito, ardor, irritación
Atrofia vulvar	Piel, mucosa pálida y delgada
Liquen plano	Lesiones reticuladas blancas, prurito, ardor, pueden coexistir lesiones en boca
Liquen escleroso	Lesiones blancas, piel adelgazada y arrugada. Prurito que puede ser severo
Síndrome pudendo	Dolor unilateral generalmente y que aumenta al sentarse.
Neoplasia intraepitelial vulvar	Lesiones blancas o multicolores, solevantadas, a veces verrucosas Asintomáticas o pruriginosas
Endometriosis vulvo-vaginal	Lesiones blandas de lento crecimiento, dolorosos durante la menstruación.

Fuente: Ricci PA. Vulvodinia un diagnóstico olvidado frente al dolor vulvar. Rev Chil.2010

**Cuadro II Contenido de oxalatos en la Dieta**

Grupo	Contenido bajo(<2mg/ración)	Contenido medio(2-10mg/ración)	Contenido alto(>10mg/ración)
Cereales y derivados	Cereales desayuno, pasta italiana, arroz, pan	Pan de maíz, bizcocho esponjoso, espaguetis precocinados en salsa de tomate	Plum cake, sémola de maíz blanco, cracker de soja, germen de trigo.
<b>Verduras y hortalizas</b>	Aguacate, coles de bruselas, berza, coliflor, champiñones, cebollas, guisantes, patatas, rábano.	Espárragos, brócoli, zanahoria, maíz, pepino, guisantes verdes en conservación, lechuga, fríjoles, pastinaca o chirivía, tomate (1 pequeño o 120 ml de zumo de tomate), nabos.	Judías verdes, amarillas y secas, remolacha, apio, cebolleta, diente de león, berenjena, escarola, col, puerro, mostaza verde, perejil, pimienta, patata dulce, colinabo, espinacas, calabaza de verano, berro.
<b>Frutas y zumos</b>	Zumo de manzana, aguacate, banana y plátano, cereza, uva verde (fruta y jugo), mango, melón, nectarinas, melocotón, zumo piña, ciruelas verdes o amarillas.	Manzana, albaricoques, grosella negra, cerezas agrias, 120 ml de jugo de arándano, uva y naranja, naranja, pera, piña, ciruelas turquesas, pasas.	Zarzamora, grosella, frambuesa, fresa, arándano, coctel de frutas, uvas negras, piel de limón, piel de lima y piel de naranja, ruibarbo, mandarinas. Jugos de frutas altas en oxalatos.
<b>Leche y derivados</b>	Todas	Ninguna	Ninguna
<b>Carnes y pescados</b>	Huevos, quesos, ternera, cordero, cerdo, pollo, pescados y mariscos.	Sardinias.	
<b>Grasas y aceites</b>	Todos		Frutos secos. Mantequilla. Cacahuate
<b>Bebidas</b>	Cerveza embotellada, CocaCola (360 ml), alcoholes destilados, limonada, vino.	Café (240 ml)	Cerveza de barril, té, cacao.
<b>Miscelánea</b>	Coco. Gelatina con frutas permitidas, zumo de limón y lima, sal y pimienta (15 g/día), sopa con ingredientes permitidos, azúcar.	Sopa de pollo con fideos deshidratada.	Chocolate, cacao, mermelada, sopa de verduras y tomates comerciales. Judías cocidas conservadas en salsa de tomate.

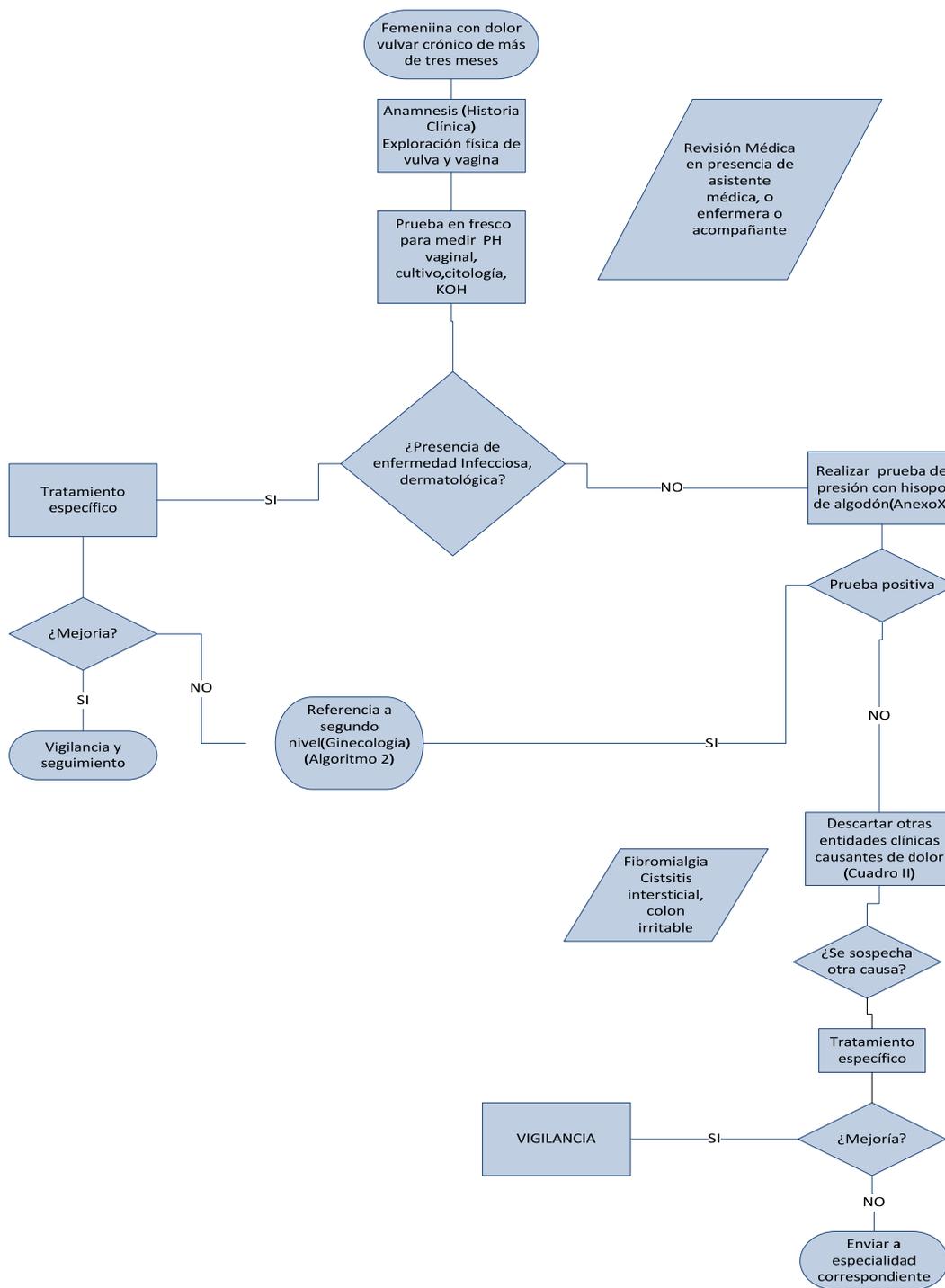
**Cuadro III Principales fuentes dietéticas de oxalatos**

<b>Alimento</b>	<b>Ácido oxálico (mg en 100 grm de alimentos)</b>
Espinacas	600
Remolacha	500
Cacahuets (todos los frutos secos se consideran con contenidos elevados en oxalatos)	187
Chocolates y productos con cacao	117
Perejil (puede ser usado en pequeñas cantidades)	100
Infusión de té (mg/100 ml)	55-78
- Una dieta baja en oxalatos no debe aportar más de 60-70 mg de ácido oxálico por día. - El contenido en oxalatos varía considerablemente con estaciones, especie, variedad, edad, maduración y parte de la planta.	

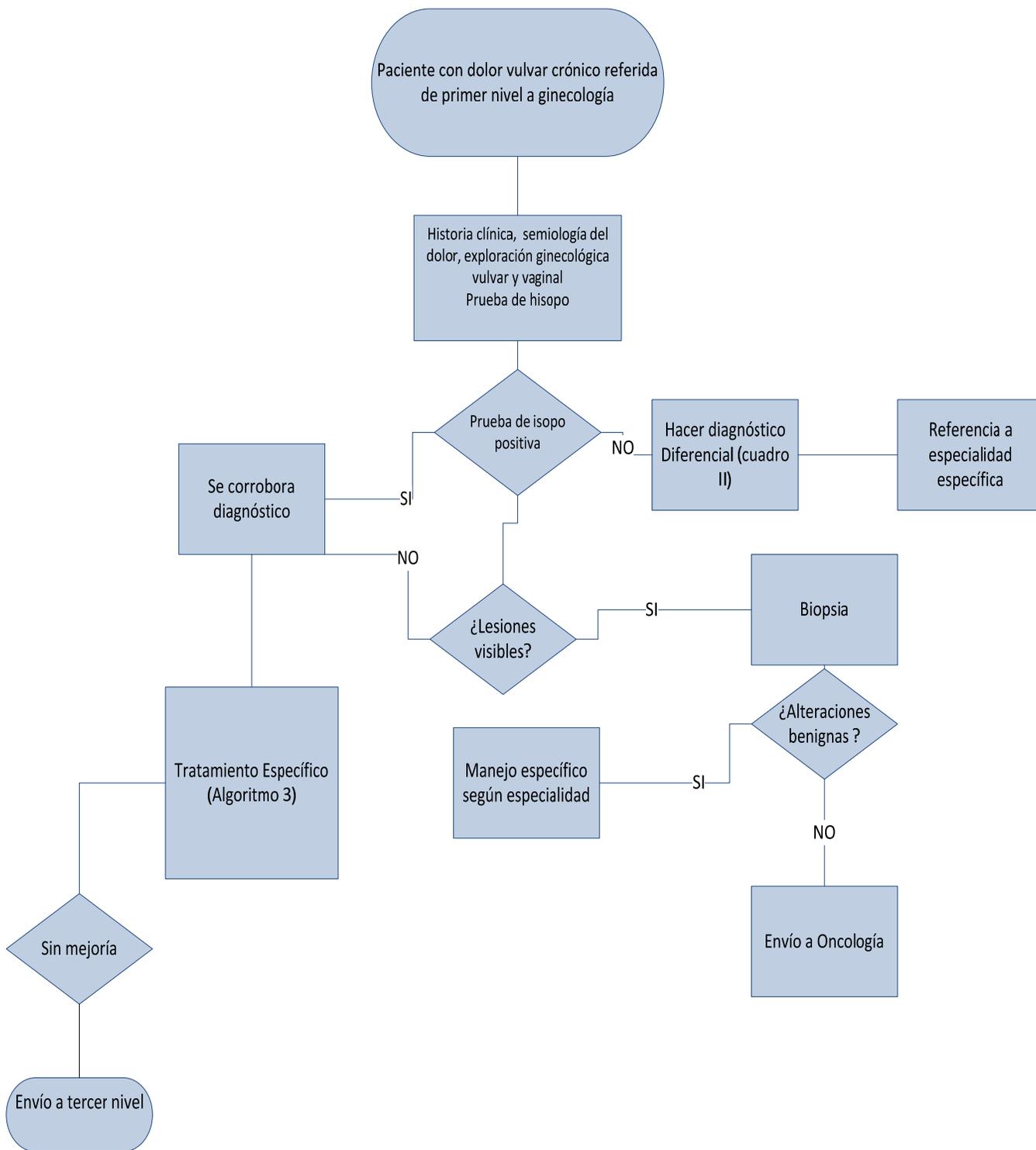
Handbook of clinical dietetics, second edition: 525-545.

## 5.5 Diagramas de Flujo

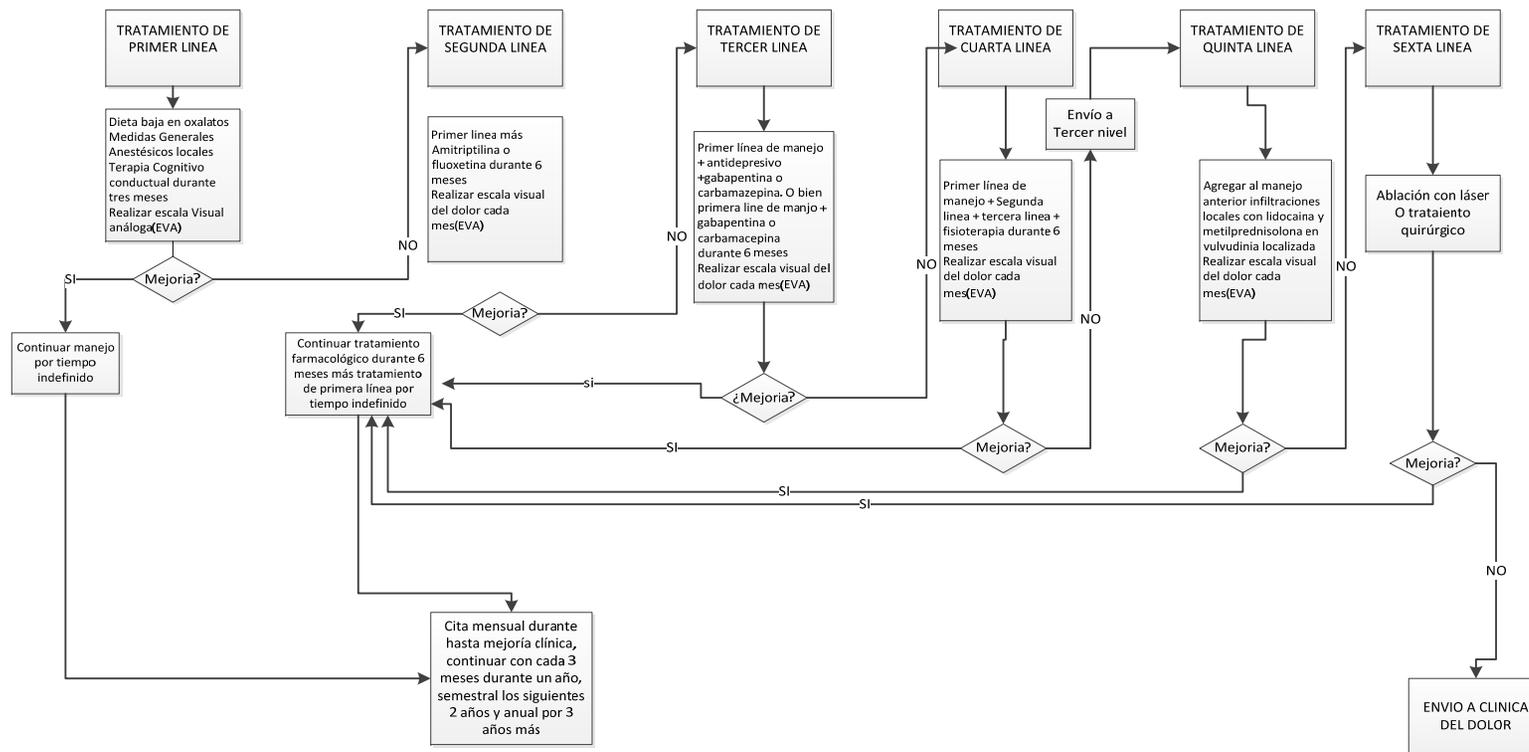
### Diagnóstico de la paciente con dolor vulvar en el primer nivel de atención



**Flujograma 2 Diagnóstico y Referencia de vulvodinia en el segundo nivel de atención**



### Flujograma 3 TRATAMIENTO DE VULVODINIA EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN



## 5.5 Listado de Recursos

### 5.5.1 Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de **Vulvodinia** del **Cuadro Básico de <IMSS o ISSSTE>** y del **Cuadro Básico Sectorial**:

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS							
CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFEKTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
<b>040.000.3305.00</b>	Amitriptilina	5-10 mg dos horas antes de ir a dormir	Tableta de 25 mg Caja con 20 tabletas	Durante 10 días y revaloración de acuerdo a evolución.	Estreñimiento, retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa, somnolencia, sedación, debilidad, cefalea, hipotensión ortostática.	Aumenta el efecto hipertensivo con adrenalina. Disminuye el efecto de varbitúricos con inhibidores de la monoaminoxidasa ocasiona excitación grave, hipertermia y convulsiones.	Hipersensibilidad al fármaco o a antidepresivos tricíclicos.
<b>040.000.2608.00</b>	Carbamazepina.	Inciar 100mg cada 8 hrs hasta llegar a 1200 mg	Tableta de 200 mg Caja con 20 tabletas	De 4 a 30 meses y revalorar su continuación	Náuseas, vómito, somnolencia, ataxia, vértigo, anemia aplásica, agranulocitosis.	Disminuye el efecto de los anticoagulantes orales y de los anticonceptivos hormonales	Hipersensibilidad al fármaco. Glaucoma, agranulocitosis, trombocitopenia, anemia aplásica, insuficiencia renal y hepática.
<b>040.000.2164.00</b>	Carbamazepina.		Tableta de 400 mg Caja con 20 tabletas	Inciar 100mg cada 8 hrs hasta llegar a 1200 mg De 4 a 30 meses y revalorar su continuación	Tableta de 200 mg Caja con 20 tabletas	Disminuye el efecto de los anticoagulantes orales y de los anticonceptivos hormonales.	Náuseas, vómito, somnolencia, ataxia, vértigo, anemia aplásica, agranulocitosis.
<b>040.000.4483.00</b>	Fluoxetina	20 mg al día	Tableta o cápsulas de 20 mg	Por dos a tres semanas y	Nerviosismo, ansiedad, insomnio, bradicardia,	Con warfarina y digoxina se potencian sus	Hipersensibilidad al fármaco. Usar con cuidado en ancianos, y

			Caja con 28 cápsulas o tabletas	revaloración	arritmias, congestión nasal, trastornos visuales, malestar respiratorio, retención urinaria, reacciones de hipersensibilidad.	efectos adversos, incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos se presentan el síndrome serotoninérgico (el triptán, sumatriptán y zomitriptano) grave con riesgo para la vida	embarazadas.
<b>010.000.4359.00</b>	Gabapentina	300 mg al día, incrementando 300 semanalmente hasta un máximo de 1200 mg	Cápsula 300 mg Caja con 15 cápsulas	De 4 a 30 meses y revalorar su continuación	Ataxia, nistagmus, amnesia, depresión, irritabilidad, somnolencia y leucopenia.	Puede aumentar el efecto de los depresores del sistema nervioso central, como el alcohol. Los antiácidos con aluminio, disminuyen su biodisponibilidad.	Hipersensibilidad al fármaco, valorar la necesidad de su empleo durante el embarazo y lactancia.
<b>010.000.4031.00</b>	Capsaicina	Aplicar una o dos veces al día por el tiempo necesario para controlar el dolor	Crema Envase con 40 grm Cada 100 grm equivale a 0.035 g	Según el caso	Eritema, ardor en sitio de aplicación que disminuye de intensidad con su aplicación en los primeros días de tratamiento	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al fármaco, en la piel herida o irritada y en mucosas.
<b>010.000.1506.00</b>	Estrógenos conjugados derivados equinos	Aplicar 625 mg diariamiento vaginal o cada tercer día hasta terminar el tubo	Crema Tubo envase con 43g Cada grm de crema contiene 0.625 mg	Durante el tiempo de duración del tubo y revaloración para su continuidad	La forma vaginal muestra mínimos efectos sobre edema, cefalea, urticaria, náuseas, vómito, meteorismo, migraña, congestión mamaria, cloasma, aumento de presión arterial, depresión, hepatitis, irritabilidad.	El fenobarbital, fenitoínas, carbamazepina, rifampicina y dexametasona disminuyen su efecto. Eritromicina y ketoconazol aumentan su concentración plasmática.	Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma estrógeno dependiente como Mama y endometrial, ictericia colestática en la vía oral, eventos trombóticos, cloasma, Sangrado uterino anormal de causa desconocida.
<b>010.000.1501.00</b>	Estrógenos conjugados derivados equinos (Ver	Tomar 625 mg diariamiento vaginal o cada tercer día hasta	Gragea o tabletas contienen conjugados	Durante el tiempo de duración del tubo y	La forma vaginal muestra mínimos efectos sobre edema, cefalea,	El fenobarbital, fenitoínas, carbamazepina, rifampicina y	Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma estrógeno dependiente como

	<b>GPC perimenopausia)</b>	terminar el tubo	derivados equinos .625 mg Caja con 42 grageas contiene 0.625 mg	revaloración su continuidad	urticaria, náuseas, vómito, meterismo, migraña, congestión mamaria, cloasma, aumento de presión arterial, depresión, hepatitis, irritabilidad.	dexametasona disminuyen su efecto. Eritromicina y ketoconazol aumentan su concentración plasmática.	Mama y endometrial, ictericia colestática en la vía oral, eventos trombóticos, cloasma, Sangrado uterino anormal de causa desconocida.
<b>010.000.1509.00</b>	Estrógenos conjugados derivados equinos más Acetato de Medroxiprogesterona (Ver <b>GPC perimenopausia)</b> )	Tomar una gragea diariamente sin descanso	Cada gragea de color marrón contiene estrógenos conjugados derivados equinos 625 mg Cada gragea de color azul contiene estrógenos conjugados de origen equino 0.625 mg más 5 mg de acetato de medroxiprogesterona Caja con 48 grageas	Durante dos a tres meses y revaloración su continuidad	Edema, cefalea, urticaria, náuseas, vómito, meterismo, migraña, congestión mamaria, cloasma, aumento de presión arterial, depresión, hepatitis, irritabilidad.	El fenobarbital, fenitoínas, carbamazepina, rifampicina y dexametasona disminuyen su efecto. Eritromicina y ketoconazol aumentan su concentración plasmática.	Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma estrógeno dependiente como Mama y endometrial, ictericia colestática en la vía oral, eventos trombóticos, cloasma, Sangrado uterino anormal de causa desconocida.
<b>010.000.0522.00</b>	Lidocaína inyectable	Un ml subcutáneo	Frasco solución inyectable de una ampolla de 5 ml	Un ml subcutáneo Aplicación de acuerdo al criterio médico o por razón necesaria	Hipotensión, agitación, somnolencia, visión borrosa, temblor, convulsiones, náuseas, palidez,, sudoración y depresión respiratoria	Con antiarrítmicos, antoconvulsivos, bloqueadores beta-adrenérgicos, cimetidina, bloqueadores neuromusculares, epinefrina.	Hipersensibilidad al fármaco, bloqueo auriculoventricular.
<b>010.000.0261.00</b>	Idocaína inyectable	Un ml subcutáneo	Frasco solución inyectable de 50 ml al 1% Contiene 500 mg	Aplicación de acuerdo al criterio médico o por razón necesaria	Hipotensión, agitación, somnolencia, visión borrosa, temblor, convulsiones, náuseas, palidez,, sudoración y	Con antiarrítmicos, antoconvulsivos, bloqueadores beta-adrenérgicos, cimetidina, bloqueadores neuromusculares,	Hipersensibilidad al fármaco, bloqueo auriculoventricular.

					depreesión respiratoria	epinefrina.	
<b>010.000.3433.00</b>	Metilprednisolona	Un ml subcutáneo	Solución inyectable. Cada ml contiene 40 mg Frasco ampula cn 2 ml	Un ml subcutáneo Aplicación de acuerdo al criterio médico o por razón necesaria	Trombocitopenia, leucopenia, granulocitopenia, conjuntivitis, opacidad corneal, queratitis, fotofobia, dolor ocular.	Ajustar dosis cuando nitisinona se administra conjuntamente con fármacos inhibidores o inductores de citocromo CYP 3 <sup>a</sup> 4	Hipersensibilidad al fármaco. Dieta restrictiva de sodio.
<b>010.000.5481.00</b>	Paroxetina	10 mg al día continuando con 20 mg e incrementar hasta 60mg	Tabletas de 20 mg Envase con 10 tabletas	Por dos a tres semanans y revaloración debiendose disminuir gradualmente	Náusea, somnolencia, cefalea, estreñimiento,, sudoración, temblor,, astenia, disfunción sexual, hipotensión postural	Incrementa el efecto de los inhibidores de la momoamnioxidasa, antidepresivos tricíclicos, fenotiacinas, diuréticos y antiarrítmicos. Aumenta el efecto de digitálicos. Con triptanos se presentan el síndrome serotonérgico(ele tripán, sumatripán y zomitriptano)grave con riesgo para la vida	Hipersensibilidad al fármaco.
<b>010.000.4488.00</b>	Venlafaxina	37.5 diarios durante una semanans e incremtar a 75 mg diarios	Grageas o cápsulas de 75 mg	Por dos a tres semanans y revaloración	Astenia, fatiga hipertensión arterial, vasodilatación, disminución del apetito, náusea, vómito.	Con de los inhibidores de la momoamnioxidasa , indavir, warfarina, etanol y haoperidol. Con triptanos (electripan, se presenta el síndrome serotinérgico grave con riesgo para la vida.	Hipersensibilidad al fármaco.  Mediciones frecuentes de tensión arterial, y presión intraocular.

## 5.5 Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica

<b>Diagnóstico(s) Clínico(s):</b>			
<b>CIE-9-MC / CIE-10</b>	N938 Otras Hemorragias uterinas o vaginales anormales, G57.9 síndrome de dolor lumbar complejo, N90.8 Otros trastornos no inflamatorios especificado en la vulva y perineo r10.2 Dolor pélvico y perineal		
<b>Código del CMGPC:</b>			
<b>TÍTULO DE LA GPC</b>			<b>Calificación de las recomendaciones</b>
Diagnóstico y Tratamiento de Vulvodinia en los Tres niveles de Atención			
<b>POBLACIÓN BLANCO</b>	<b>USUARIOS DE LA GUÍA</b>	<b>NIVEL DE ATENCIÓN</b>	<b>(Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)</b>
Mujeres de cualquier edad que soliciten atención por discomfort vulvar crónico	Personal del área médica especialista en dermatología, algología, ginecología, medicina familiar, personal de salud en formación, personal de enfermería, urología, neurología, psicología y psiquiatría.	Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención	
<b>DIAGNÓSTICO CLÍNICO</b>			
¿Está documentado para el diagnóstico la presencia de dolor tipo ardor, quemazón, escozor o irritación de intensidad variable, con duración de al menos tres meses, en ausencia de causa identificable se debe sospechar vulvodinia?			
¿Se identifica la vulvodinia como localizada o generalizada?			
Se realizó y documento en la exploración la prueba de hisopo y prueba de tapón para su correcta clasificación?			
¿Cuenta con la escala visual análoga EVA)?			
¿Cuenta con prueba en fresco para medir el ph, cultivos para candida, prueba de KOH, citología cervicovaginal y vulvoscofia.			
<b>TRATAMIENTO MÉDICO NO FARMACOLÓGICO</b>			
¿Se debe iniciar con las medidas generales (Tipo de ropa, jabones neutros, no usar detergentes, no utilizar ropa interior al dormir.			
¿Cuenta con terapia cognitiva conductual ?			
¿Se envió a nutrición para preescribir dieta baja en oxalatos?			
¿Se retiran el tratamiento con AINES en caso de no tener mejoría durante los primeros 3 ciclos ?			
¿Se envió para electroestimulación con biofeedback de piso pélvico?			
<b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>			
¿Se indicó anestésicos locales tópicos: como crema de lidocaína al 5% o gel de lidocaína al 2%.?			
¿Está preescrito alguno de los siguientes medicamentos: amitriptilina y como segunda elección fluoxetina.			
Las dosis contempladas otros fármacos en el trataiento si hay falla conn amitriptilina tales como: Gabapentina Venlafaxina 37.5 mg Carbamazepina, La fluoxetina			
<b>TRATAMIENTO QUIRUGICO</b>			

¿Se contempló por falta de respuesta al tratamiento médico : Infiltraciones locales con lidocaína y metilprednisolona en la vulvodinia localizada.	
Se sugirió el uso de ablación vulvar como una alternativa previo a las técnicas escisionales O Vestibuloplastia.	
¿Está documentado la información que es un síndrome crónico y recidivante y que la curación es difícil de obtener al 100%?	
¿Se recomendó continuar con las medidas generales recomendadas por tiempo indefinido?	
<b>SEGUIMIENTO</b>	
Se citó a la paciente de forma mensual y semestral por los siguientes dos años y posterior a esto anual hasta completar 5 años.	
¿Se envió al segundo nivel o consulta de especialidad para confirmar el diagnóstico de vulvodinia al descartar otras patologías vulvares.?	
Se envió después de seis meses debe ser enviada a clínica de displasia de una unidad de tercer nivel.	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
<b>Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)</b>	
<b>Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)</b>	

## 6 GLOSARIO

**Vulva:** Conjunto de los órganos genitales externos de la mujer. Se define como el área localizada en el triángulo perineal anterior y se encuentra delimitada por el monte de Venus anteriormente, el perine posteriormente, los pliegues inguinales lateralmente y el anillo himeneal.

**Vulvoscopia instrumentada:** Visualización de la vulva a través del colposcopio

**Vulvoscopia clínica:** Visualización simple de la vulva que realiza un profesional de la salud sin uso de ningún instrumento médico.

**Práctica sexual segura:** A aquella en la cual no existe ni penetración ni traspaso de secreciones sexuales (líquido pre-eyaculatorio, semen y secreción vaginal) o de sangre.

**Prácticas sexuales de riesgo:** A las actividades en las que existe penetración y/o contacto pene-ano, pene-vagina, pene-boca, pene-mano-boca, pene-boca-vagina, mano-ano-boca, manoano-vagina; o con objetos contaminados con secreciones sexuales o sangre utilizados durante la relación sexual, sin el uso correcto y sistemático de una barrera mecánica, para evitar el intercambio de secreciones o líquidos potencialmente infectantes.

**Papanicolaou:** Método de tinción para demostrar células exfoliadas anormales premalignas y malignas.

## 7 BIBLIOGRAFÍA

1. American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Committee Opinion.ACOG.2006
2. BASHH 2014 UK National Guidelinen on the Management of vulval conditions.
3. *Derecho Generales de los Pacientes,CONAMED/Secretaria De Salud, 2014 <http://conamed.gob.mx/>*
4. Edwards Libby, Charlotte,NC.New concepts in vulvodynia. American Journal of obstetrics and gynecol. 2003;189(3) S24-S30. Disponible en: <file:///E:/articulos%20clasificados%20para%20vulvodinia/New%20concepts%20in%20vulvodynia%20Libby%20Edwards%20MD.html>
5. Flórez S, León M,Torres M,Reyes F,Serpa J, Rios A. Manejo Farmacológico del dolor neuropático. Rev Col Anest. 2009;37(4):356-372.
6. Gallo J.Vulvodinia, un problema olvidado y difícil de resolver. Clin Invest Gin Obst. 2011;38(6):234--239 revision monografica
7. Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Goldfinger C, Pukall CF, Chamberlain S. Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. J Sex Med. 2010;7(2):1003-22
8. Glazer HI.Dysesthetic vulvodynia. Long-term follow-up after treatment with surface electromyography-assisted pelvic floor muscle rehabilitation. . J Reprod Med. 2000 Oct;45(10):798-802.
9. Gomez Sánchez Pío I, Chalela Juan Guillermo, Gaitán-Duarte Hernando. Vulvodinia:Clasificación, etiología, diagnóstico y Manejo. Revisión sistemática de la Literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.2007;58(3):222-231.
10. Hope K. Haefner, Michael E. Collins, FIACP,Gordon D. Davis, Libby Edwards, David C. Foster.The Vulvodynia Guideline. Journal of Lower Genital Tract Disease,.2005;9(1): 40-51.
11. International Journal of Women's Health 2014;6 437-449
12. Itza F, Zarza D., Gómez-Sancha F., Salinas J. Bautrant. E .Puesta al día en el diagnóstico y tratamiento de la vulvodinia. Actas Urol Esp. 2012; 36(7):431-438.
13. Leslie A Sadownik, Etiology, diagnosis, and clinical management of vulvodynia. 2005.
14. Leclair C, Goetsch MF, Lee KK, Jensen JT..KTP-nd:YAG laser therapy for the treatment of vestibulodynia: a follow-up study. J Reprod Med. 2007 Jan;52(1):53-8.
15. Leo R, Dewani S. A systematic review of the utility of antidepressant pharmacotherapy in the treatment of vulvodynia pain. .J Sex Med. 2013.
16. Lois JE, MacLean AB, Reid WM, Rolfe KJ, Perrett CW.Estrogen receptor expression in vulvar vestibulitis syndrome. Am J Obstet Gynecol. 2003 Aug;189(2):458-61.
17. NOM-046-SSA2-2005 Violencia Familiar, sexual y contra las mujeres, criterios para la prevención y atención.
18. Nyirjesy Paul, Sobel Jack D, Weitz M Velma, Leaman Deborah J, Small Maria J, Cromolyn cream for recalcitrant idiopathic vulvar vestibulitis: results of a placebo controlled study. Sex Transm Inf 2001;77:53-57
19. Recomendaciones de la sociedad española del Dolor para el Dolor neuropático. Disponible y consultado el 20/XI/2014 en <http://portal.sedolor.es/contenidos/318/adjuntos/sf1x4029.pdf>
20. Recomendaciones Para Mejorar Las Practica Medicas.CONAMED Disponible: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/recomendaciones.php?seccion=82](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/recomendaciones.php?seccion=82)
21. Reed B.. Vulvodynia:Diagnosis and Management, (Am Fam Physician 2006;73:1231-8, 1239.
22. Ricci PA, Vulvodinia: Un diagnóstico olvidado frente al dolor vulvar. Rev Chil Obstet Ginecol 2010;75(1):64-76.
23. Smith Elaine M., Justine M. Ritchie3, Rudolph Galask2, Erica E. Pugh1, Jian Jia3 and Joan Ricks-McGillan. Case-control study of vulvar vestibulitis risk associated with genital infections. nfect Dis Obstet Gynecol 2002;10:193-202.

24. Sutton KS, Pukall Caroline F. Pain Ratings, Sensory Thresholds, and Psychosocial Functioning in Women with Provoked Vestibulodynia. *J Sex Marital T.* 2009;35:262-281
25. SuPukall Caroline F. Pain Ratings, Sensory Thresholds, and Psychosocial Functioning in Women with Provoked Vestibulodynia. *J Sex Marital T.* 2009;35:262-281.
26. The Management of Vulval Skin Disorders. RCOG Green-top Guideline 58. 2011
27. Ventolini G. Measuring Treatment Outcomes in Women With Vulvodynia. *J Clin Med Res* • 2011;3(2):59-64.

## 8 AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de **Instituto Mexicano del Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto Mexicano del Seguro Social** y el apoyo en general al trabajo de los autores.

### Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Dr. Cecilio Walterio Oest Dávila	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Sinaloa Dirección de Prestaciones Médicas Sinaloa, México
Dra. Lorena Ferrer Arreola	Jefa de la División de Salud Reproductiva Coordinación de Programas Integrados de Salud Dirección de Prestaciones Médicas México, DF.
Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez	Director Titular UMAE HGO 4 "Luis Castellazo Ayala" Delegación Sur México D,F.
Dr. Gilberto Tena Alavez	Director Titular UMAE HGO 3 Dr."Victor Manuel Espinoza de los Reyes Sánchez" Delegación Norte México D,F.
Dra. Verónica Quintana Romero	Jefa de la División de Educación en Salud UMAE HGO 3 Dr."Victor Manuel Espinoza de los Reyes Sánchez" Delegación Norte México D,F.
Dr. Leopoldo Pedro Auriolles Sanchez	Jefe de Servicio de Ginecología UMAE HGO 4 "Luis Castellazo Ayala" Delegación Sur México D,F.
Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

## 9 COMITÉ ACADÉMICO

### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniestra Osorio	Coordinador Técnico de Excelencia Clínica
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfin Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Socorro Azarell Anzures Gutiérrez	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

## 10 DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

### DIRECTORIO SECTORIAL

#### **Secretaría de Salud**

Dra. Mercedes Juan  
*Secretaria de Salud*

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Dr. José Antonio González Anaya  
*Directora General*

#### **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

Lic. Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias  
*Director General*

#### **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**

Lic. Laura Vargas Carrillo  
*Titular del Organismo SNDIF*

#### **Petróleos Mexicanos**

Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austín  
*Director General*

#### **Secretaría de Marina Armada de México**

Almte. Vidal Francisco Soberón Sanz  
*Secretario de Marina*

#### **Secretaría de la Defensa Nacional**

Gral. Salvador Cienfuegos Zepeda  
*Secretario de la Defensa Nacional*

#### **Consejo de Salubridad General**

Dr. Leobardo Ruíz Pérez  
*Secretario del Consejo de Salubridad General*

### DIRECTORIO DEL CENTRO DESARROLLADOR

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Dr. Javier Dávila Torres  
*Director de Prestaciones Médicas*

Dr. José de Jesús González Izquierdo  
*Titular de la Unidad de Atención Médica*

Dr. Jaime Antonio Zaldivar Cervera  
*Coordinador de Unidades Médicas de Alta  
Especialidad*

Dr. Arturo Viniegra Osorio  
*Coordinador Técnico de Excelencia Clínica*

## 11 COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

	Dr. Eduardo González Pier	Presidente
	<b>Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud</b>	
	Dr. Pablo Antonio Kuri Morales	Titular
	<b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	
	Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	Titular
	<b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	
	Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas	Titular
	<b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	
	Dra. María de las Nieves García Fernández	Titular
	<b>Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Salud</b>	
	Dr. Leobardo Carlos Ruíz Pérez	Titular
	<b>Secretario del Consejo de Salubridad General</b>	
	General de Brigada M. C. Daniel Gutiérrez Rodríguez	Titular
	<b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	
	Contraalmirante SSN, M.C. Pediatra Rafael Ortega Sánchez	Titular
	<b>Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México</b>	
	Dr. Javier Dávila Torres	Titular
	<b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	
	Dr. Rafael Manuel Navarro Meneses	Titular
	<b>Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	
	Dr. Marco Antonio Navarrete Prida	Titular
	<b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	
	Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	Titular
	<b>Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	
	Dr. Ricardo Camacho Sanciprián	Titular
	<b>Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	
	Dr. José Meljem Moctezuma	Titular
	<b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	
	Dr. Sebastián García Saisó	Titular
	<b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	
	Dra. Laura Elena Gloria Hernández	Titular
	<b>Directora General de Evaluación del Desempeño</b>	
	Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
	<b>Director General de Información en Salud</b>	
	M en A María Luisa González Rétiz	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
	<b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	
	Dr. Jaime Agustín González Álvarez	Titular 2015-2016
	<b>Secretario de Salud y Director General del Organismo Público Descentralizado de Salud de Jalisco</b>	
	Dr. Jesús Zacarías Villareal Pérez	Titular 2015-2016
	<b>Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Nuevo León</b>	
	Dr. Jorge Eduardo Mendoza Mezquita	Titular 2015-2016
	<b>Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán</b>	
	Dr. Enrique Luis Graue Wiechers	Titular
	<b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	
	Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Titular
	<b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	
	Lic. José Ignacio Campillo García	Titular
	<b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b>	
	M. en C. Víctor Manuel García Acosta	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.</b>	
	Dr. Francisco Hernández Torres	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.</b>	
	Lic. Alejandro Alfonso Díaz	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b>	
	Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud</b>	
	M. en C. Julio César Ballesteros del Olmo	Invitado
	<b>Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría</b>	
	Dr. Esteban Hernández San Román	Secretario Técnico
	<b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC-Salud</b>	