# **INTRODUCCION**

Partiendo de la necesidad de brindar una adecuada atención a la población femenina de la Universidad Católica de Manizales y específicamente en los casos de afecciones ginecológicas como la vulvovaginitis, término utilizado para explicar los trastornos de la vagina causados por infecciones, inflamación o cambios en la flora vaginal normal, es importante la existencia de la presente guía.

La evaluación inicial generalmente consiste en realizar una adecuada anamnesis y examen físico, y en caso necesario solicitar examen directo y coloración de Gram de la secreción vaginal o pruebas cervicales para detectar infecciones de transmisión sexual. Las mujeres cuya evaluación inicial confirma un diagnóstico reciben un tratamiento específico. Las mujeres que permanecen sin un diagnóstico, o cuyos síntomas reaparecen, luego pasan por un proceso de evaluación que requiere hacerse más detallado; (1); debido a lo anterior y al alto porcentaje de población femenina en nuestra institución hace que ésta sea uno de los principales motivos de consulta en el servicio médico. Realizar un abordaje adecuado de esta patología, incluyendo desde estrategias educativas para disminuir los factores de riesgo implicados en su presentación hasta el tratamiento de elección según el agente causal, contribuirá a la calidad de vida de nuestras usuarias y disminuirá la posibilidad complicaciones que afecten de manera significativa su salud sexual y reproductiva.

Si bien el Ministerio de Salud no ha publicado nueva guía de atención desde el año 2013, se realiza revisión de los Protocolos de diagnóstico y tratamiento de lesiones primarias de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Colombia, 2022, publicados por la sociedad Colombiana de Infectología y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia para incluir especialmente nuevos conceptos en el manejo

# **OBJETIVO**

Basada en evidencia científica actualizada, esta guía pretende orientar al personal médico que presta los servicios de salud en la universidad para el abordaje adecuado de las infecciones vulvovaginales.

# **ALCANCE**

Esta guía es aplicable a la población femenina adolescente, joven y adulta, usuaria del servicio médico de la universidad y las intervenciones aquí propuestas deben ser aplicadas por todos los profesionales que se encargan de su atención

**RESPONSABLE**

Medico de los servicios de salud.

# **DEFINICIÓN**

Se entiende por vulvovaginitis a los diferentes grados de inflamación de la mucosa vaginal y de la piel vulvar, no siempre se afectan ambas áreas anatómicas de forma simultánea (2) el 90% de los casos es de origen infeccioso y se manifiesta con la presencia de flujo anormal con las características de cada microorganismo (3) Representa entre el 15 y 20% de las consultas de ginecología. Las infecciones más comunes son: vaginosis bacteriana, vulvovaginitis por Cándida y tricomoniasis, (1) los síntomas pueden acompañarse de leucorrea anormal e irritante, en ocasiones fétida que produce malestar local (quemazón, prurito o escozor), disuria y/o Dispareunia

# **INFORMACION GENERAL**

# **CLASIFICACIÓN**

Su clasificación se basa primordialmente en el agente causal:

La vulvovaginitis es causada en el 90% de los casos principalmente por tres tipos de agentes infecciosos y que la clasifican en:

* Vagino­sis bacteriana
* Infección por Cándida albicans
* Infección por Trichomonas vagi­nalis

El 10% restante corresponde a enfermedades de transmisión sexual, atrofia vaginal, alergias e irritación química.

También se puede presentar la vaginitis inflamatoria descamativa, la cual es frecuente en mujeres premenopáusicas, postmenopáusicas y perimenopáusicas (4).

*Signos y síntomas:*

Las mujeres con vaginitis suelen presentar uno o más de los siguientes síntomas inespecíficos (5):

* Cambio en el volumen, color u olor del flujo vaginal.
* Descarga vaginal fétida el cual es más frecuente en la vaginosis bacteriana
* Prurito vaginal y/o vulvar
* Eritema vaginal y/o vulvar
* Disuria
* Dispareunia
* Dolor y/ ardor en el introito vaginal

Los signos más frecuentes al examen físico son:

* Eritema, edema inflamatorio de piel y mucosas
* Aumento de la secreción vaginal, en ocasiones maloliente, de color y características diferentes según el agente causante (2)

# **CRITERIOS CLÍNICOS DIAGNÓSTICOS QUE DETERMINAN EN AGENTE CAUSAL**

**VAGINOSIS BACTERIANA**

Es la infección vaginal más frecuente en las mujeres sexualmente activas, el uso del Dispositivo intrauterino y las múltiples parejas sexuales incrementan la susceptibilidad a la infección (6). La VB es más común en mujeres de raza negra, mujeres fumadoras y mujeres que usan duchas vaginales o produc­tos de higiene intravaginal.

A pesar de que no se considera una infección de trans­misión sexual (ITS), se admite que la VB aumenta con el número de parejas sexuales o por un compañero sexual nuevo en el mes previo. No existen diferencias entre rela­ciones homo o heterosexuales y aparece excepcionalmen­te en mujeres que no han tenido nunca actividad sexual (2)

En la vaginosis bacteriana existen cuatro organismos relacionados:

* Gardnerella vaginalis, que es anaerobio facultativo y fermentativo que aparece en un 40% de las mujeres normales, y la más frecuentemente asociada a esta patología (95%)
* Mobiluncus y Mycoplasma hominis como bacilos Gram negativos anaerobios y Peptostreptococcus.

La detección de tres de los siguientes criterios diagnostica esta patología:

* Flujo vagina blanco, adherido a paredes vaginales de consistencia delgada y homogénea (3)
* Olor a aminas (pescado) cuando se agrega solución de hidróxido de potasio al 10% a las secreciones vaginales.
* Presencia de células guía o clave al examen microscópico del flujo.
* pH de flujo vaginal mayor a 4,5

**INFECCIÓN POR TRICHOMONA VAGINALIS**

Esta infección se transmite por contacto sexual, el agente es un protozoario con presencia de flagelos, el 50% de las mujeres infectadas presenta síntomas (6)..

Cuando existen las manifestaciones clínicas más frecuentes son:

* Descarga vaginal amarilla
* Prurito vulvar
* Colpitis macularis (cérvix en fresa)
* Flujo espumoso
* Eritema vaginal o vulvar

**INFECCIÓN POR CÁNDIDA ALBICANS**

Con respecto a la Cándida, esta suele ser parte de la flora vaginal como agente comensal hasta en el 25% de las mujeres asintomáticas y es responsable hasta del 30% de los casos de vaginitis aguda, (2**)**. Se estima que el 75% de las mujeres tendrán un episodio de candidiasis vulvovaginal en algún momento de su vida, y de ellas, el 50% experimentarán un episodio de recurrencia. Del 80 al 90% de las infecciones por Cándida son causados por la especie albicans, en tanto que 10 al 20 % son causadas por Candida no albicans (C. tropicalis, Cglabrata, C krusei o C. parapsilosis). Los síntomas se presentan más frecuentemente en mujeres con aislamiento positivo de C albicans (6).

“En la vulvovaginitis por cándida existen factores desencadenantes bien cono­cidos, que son:

* Diabetes mellitus mal controlada: recomendado hacer test de sobrecarga de glucosa a toda mujer con VVC recurrente.
* Uso de antibióticos: durante y tras el tratamiento de antibióticos de amplio espectro (tetraciclinas, ampicilina, cefalosporinas) por desequilibrio del microbiota normal.
* Niveles elevados de estrógenos: como uso de anticonceptivos, embarazo y terapia estrogénica.
* Enfermedades inmunodepresoras: como VIH, lupus sistémico u otras.

Estas y alguna otra circunstancia pueden favorecer la multiplicación de este tipo de hongos que hasta entonces eran asintomáticos o la colonización de novo de la vulva y la vagina”. (2)

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de candidiasis son:

* Disuria
* Eritema vulvar o vaginal
* Dolor urente
* Dispareunia
* Edema vaginal
* Prurito vulvar o vaginal
* Escoriaciones vulvares
* Presencia de descarga vaginal espesa y grumosa

Al examen físico se observan como signos:

* Mucosa vaginal eritematosa con leucorrea blanca fácil de desprender.
* Lesiones cutáneas en la vulva y el periné. (2)

Vulvovaginitis por cándida Recidivante o Recurrente:

Se considera que una VVC es recidivante cuando la paciente presenta 4 o más episodios en un año y esto ocurre en aproximadamente el 40-45% de las mujeres que presentan un primer episodio de vaginitis micótica en algún momento de su vida. (2)

**VAGINITIS INFLAMATORIA DESCAMATIVA(DIV)**

Es un síndrome clínico crónico de etiología desconocida que típicamente causa abundante flujo vaginal y dolor. La mayoría de los investigadores norteamericanos creen que la DIV es una vaginitis inflamatoria de etiología no infecciosa con alteración secundaria del microbiota bacteriano o que se debe a una alteración de la flora vaginal, y han denominado el espectro de hallazgos "vaginitis aeróbica". No se ha identificado ningún patógeno microbiológico consistente excepto por la casi ausencia de lactobacilos en casi todas las mujeres, los mecanismos subyacentes propuestos incluyen la deficiencia de estrógenos, una reacción tóxica a Staphylococcus aureus o una anomalía inmunológica (4).

Las manifestaciones clínicas son:

* Flujo vaginal, dispareunia, prurito, ardor, irritación
* Inflamación vaginal (erupción equimótica manchada, eritema, erosión focal o lineal).
* pH vaginal> 4,5
* Microscopía salina que muestra un mayor número de células inflamatorias y parabasales, proporción de leucocitos a células epiteliales superior a 1: 1
* Pequeñas áreas de inflamación y secreción o la vagina puede estar enormemente inflamada y desnuda.

# **ABORDAJE DIAGNÓSTICO**

El diagnostico se realiza generalmente basado en la clínica y los hallazgos realizados durante el examen físico

Ante una mujer que refiere leucorrea y molestias vulvovaginales debemos realizar una anamnesis sistemática de la patología (7, 8):

* Se debe indagar por: escozor o prurito, cambios del flujo: aspecto, color, cantidad, y olor. Lugar de ubicación de los síntomas: vulva, vagina, y establecer desde cuándo comenzaron.
* Relación con algún hecho concreto (fases del ciclo, coito, cambio del tipo de protector o toalla higiénica).
* Edad: las mujeres jóvenes son más vulnerables. En las posmenopáusicas pensar en atrofia genital o vulvovaginitis inflamatoria
* Uso de Anticonceptivos y DIU.
* Patología concomitante: Uretrocele, cistocele, prolapso uterino, rectocele, prolapso vaginal, desgarros perineales crónicos, fístulas, neoplasias, diabetes mellitus, anemia.
* Uso de antibióticos (tetraciclinas, ampicilina y cefalosporinas) o fármacos inmunosupresores.
* Factores iatrogenicos por quimioterapia.
* Embarazo.
* Hábitos higiénicos: lavados vaginales o duchas, malos hábitos dietéticos.
* Stress.
* Irritantes químicos
* Prácticas sexuales
* Abuso sexual
* Cuerpos extraños
* Uso de estrógenos
* Enfermedades cutáneas: eczema atópico, psoriasis, dermatosis seborreica

Después debe realizarse una exploración detallada e identificar el sitio anatómico del malestar, así mismo realizar la siguiente inspección:

* Palpación de ganglios inguinales.
* Inspección de la vulva y vello.
* Palpación glándulas de Bartholino.
* Inspección de la uretra.
* Observación del introito vulvar: si existe eritema, irritación en labios menores
* Características del flujo.
* Si se cree necesario tacto vaginal bimanual.
* Tener en cuenta que puede haber más de una afección

IDENTIFICACIÓN DE LA ETIOLOGÍA EN EL ANÁLISIS DEL FLUJO VAGINAL:

* En vaginosis bacteriana en el Frotis se observan células clave (guía) que son células del epitelio vaginal que aparecen recubiertas de bacterias. Si apareciese gran cantidad de leucocitos habría que sospechar una infección mixta. Es frecuente encontrar vaginosis bacteriana asociada a candidiasis (9)
* En Trichomoniasis el diagnostico se realiza por frotis de flujo vaginal en el cual se observa el protozoario con 4 o 5 flagelos, el pH es mayor de 4,5.
* En candidiasis se visualizan las levaduras en fase de esporas e hifas (70% sensibilidad). El pH es acido <4.5, no es necesario hacer cultivo (9).
* En Vulvovaginitis inflamatoria descamativa: Liquen plano, pénfigo vulgar y penfigoide cicatricial, ocurre típicamente en mujeres perimenopáusicas, mientras que el liquen plano erosivo y el penfigoide cicatricial típicamente

ocurren en mujeres menopáusicas. En el liquen plano erosivo, el epitelio vaginal es friable y sangra fácilmente al inserción de espéculo o con coito (4).

# **TRATAMIENTO**

Para el manejo sindrómico se prescribirá Tinidazol 2 gr vía oral dosis única. Si se sospecha cándida concomitante se prescribirá fluconazol 150mg vía oral única dosis.

**TRATAMIENTO EN VAGINOSIS BACTERIANA**

Solo deben tratarse las VB sintomáticas. Por tanto, los diagnósticos incidentales, como los que surgen en el curso de la práctica de una citología de cribado, no requieren tratamiento (2)

Para el tratamiento de pacientes con síndrome de flujo vaginal asociado a vaginosis bacteriana se utilizará como primera opción el uso de Tinidazol 2 gr dosis única vía oral. En caso de no disponer de Tinidazol se utilizará como segundo opción Secnidazol 2 gr dosis única vía oral.

Metronidazol500 mg VO dos veces/día por 7 días (3)

En caso de contraindicación a los imidazoles o no disponibilidad de Secnidazol, como tercera opción se utilizará Clindamicina óvulos una vez al día intravaginal por 3 a siete días. (9, 11). O Clindamicina crema 2% intravaginal (aplicar 5 g) al acostarse por 7 días o Clindamicina 300 mg VO dos veces al día por 7 días (3)

Para el tratamiento en pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de vaginosis bacteriana se utilizará como primera opción Metronidazol 500 mg cada 12 horas vía oral por 7 días. En caso de no disponer de Metronidazol o que éste se encontrará contraindicado se utilizará como segunda opción Clindamicina 300 mg cada 12 horas vía oral por 7 días.

En caso de vaginosis bacteriana recurrente Metronidazol0,75% intravaginal, 2 veces/ semana por 4–6 (3)

**TRATAMIENTO EN INFECCIÓN POR TRICHOMONA VAGINALIS**

Para el tratamiento de pacientes con síndrome de flujo vaginal asociado a Trichomona vaginalis se utilizará como primera opción Tinidazol 2 gramos vía oral dosis única. Si no hay disponibilidad de Tinidazol, se utilizará como segunda opción Metronidazol 2gr vía oral dosis única (9, 10)

Metronidazol 500 mg VO cada 12 h por 7 días (3)

Para el tratamiento en pacientes en embarazo o en lactancia con Síndrome de flujo vaginal asociado a Trichomona vaginalis se utilizará como primera opción Metronidazol 2 gramos vía oral dosis única (3,8).en cualquier período del embarazo (3)

**TRATAMIENTO EN INFECCIÓN POR CÁNDIDA ALBICANS**

Para el tratamiento de pacientes con síndrome de flujo vaginal en que se sospeche como agente causal Cándida albicans se utilizará como primera opción Fluconazol 150 mg vía oral dosis única (9).

**Alternativas:**

Clotrimazol crema 1% intravaginal, 5 g/ día por 7–14 días

Clotrimazolcrema 2% intravaginal, 5 g/ día por 3 días (3)

Para embarazadas y lactantes Clotrimazol crema 1% intravaginal 5 g una vez al día por 7 días (3)Clotrimazol ta­bleta vaginal de 100 mg por 7 días. (9)

En caso de Candidiasis vaginal recurrente:

Terapia tópica por 7-14 días

**Alternativa:**

Fluconazol 100, 150, o 200 mg VO cada tercer día (días 1, 6, y 9).

Si no hay respuesta: Fluconazol 150 mg VO semanal por 6 meses (3)

Clotrima­zol crema 1 gramo una vez al mes por 6 meses (9)

**TRATAMIENTO EN VAGINITIS INFLAMATORIA DESCAMATIVA**

Para el tratamiento de vulvovaginitis inflamatoria descamativa, los dos tratamientos más comunes son la clindamicina intravaginal o los glucocorticoides. Crema de clindamicina al 2%, 4 a 5 gramos (dosificada con un aplicador vaginal) por vía intravaginal una vez al día, generalmente se inserta a la hora de acostarse durante cuatro a seis semanas (4).

Nota: Los pacientes deben ser aconsejados de evitar el consumo de alcohol durante el tratamiento con Metronidazol o Tinidazol. La abstinencia debe ser hasta 24 horas posterior a terminar la terapia con Metronidazol y hasta 72 horas con el Tinidazol.

**EN PACIENTES EMBARAZADAS O QUE ESTÉN LACTANDO:**

Para el manejo sindrómico de la paciente embarazada o en lactancia con flujo vaginal se utilizará Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 7días. Si se sospecha infección concomitante de Cándida albicans se añadirá Clotrimazol 100 mg una tableta vaginal por día durante 7 días.

**TRATAMIENTO DE LA PAREJA DE PACIENTES CON SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL**

No se recomienda el tratamiento del compañero sexual de la paciente con vaginosis bacteriana.

Para el tratamiento del compañero sexual de la paciente con sospecha de infección por Trichomonas vaginalis se utilizará el tratamiento simultáneo con Tinidazol 2 gramos vía oral dosis única. En casos de no disponer de Tinidazol se utilizará como segunda opción el tratamiento simultáneo con Metronidazol 2 gramos vía oral dosis única.

En pacientes con flujo vaginal por Trichomonas vaginalis se recomienda el tratamiento expedito de los contactos sexuales de los últimos 60 días. Se recomienda programar una consulta para que los contactos sexuales reciban asesoría sobre las ITS.

No se recomienda el tratamiento del compañero sexual de la paciente con candidiasis vaginal (9).

# **PRONÓSTICO**

Con un adecuado abordaje y tratamiento, la vulvovaginitis desaparecerá, sin dejar secuelas o complicaciones a las pacientes.

# **MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES.**

* Se debe evitar el uso frecuente de duchas, uso de geles de ducha y uso de agentes antisépticos locales. Si se usan serán con jabones de pH ácido para no alterar más el ecosistema vaginal.
* Es aconsejable que la ropa interior sea de algodón, lo que permite mayor ventilación de la zona y evita la humedad.
* Es recomendable la abstinencia coital hasta concluir el tratamiento instaurado y que ambos integrantes de la pareja estén asintomáticos.
* Promover el uso de métodos anticonceptivos de barrera (preservativo).

**CONDICIONES DE LA PACIENTE PARA LA TOMA DE LA MUESTRA DE FLU­JO VAGINAL**

.

* No estar tomando antibióticos o antimicóticos
* No haberse aplicado cremas vaginales, supositorios ni duchas va­ginales
* No haber tenido relaciones sexuales el día anterior. (3)

# **FLUJOGRAMA**

|  |
| --- |
| La paciente consulta por flujo vaginal anormal, prurito o Dispareunia |

|  |
| --- |
| Realice la anamnesis, el examen físico (inspección, especuloscopia, tacto vaginal bimanual) y evalúe factores de riesgo |

|  |
| --- |
| ¿La paciente presenta incremento en el flujo vaginal o leucorrea amarilla o descarga grumosa o eritema/edema vulvar o el prurito es la queja principal de la paciente? |

NO

SI

|  |
| --- |
| Tratamiento para Vaginosis Bacteriana,  Trichomona Vaginalis y Candidiasis  Vulvovaginal. |

|  |
| --- |
| ¿Algún síndrome  sugestivo una Infección  de Transmisión Sexual? |

NO

SI

|  |
| --- |
| * Identifique conducta sexual de riesgo * Implemente estrategias de prevención * Fomente el uso del preservativo * Ofrezca y remita a la consulta de planificación familiar |

|  |
| --- |
| * Identifique conducta sexual de riesgo. * Implemente estrategias de prevención. * Fomente el uso del preservativo. * Ofrezca y remita a la consulta de planificación familiar. * Considere tratamiento de la pareja en caso de Trichomoniasis. |

|  |
| --- |
| Realice el tratamiento adecuado |

# **REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS**

1. Sobel. Jack D. Approach to females with symptoms of vaginitis. Marzo 2021. [citado 2 de junio de 2021]; Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-females-with-symptoms-of-vaginitis>
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. “Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales” Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2022;65 págs. 61-75. Citado el 20 de mayo de 2024). Disponible en <https://sego.es/documentos/progresos/v65-2022/n2/Diagnostico%20y%20tratamiento%20de%20las%20infecciones%20vulvovaginales.pdf>
3. Estrada Santiago y otros. En nombre del Comité de Infecciones de Transmisión Sexual de la Asociación Colombiana de Infectología “Protocolos de diagnóstico y tratamiento de lesiones primarias de las Infecciones de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)”. Revista de la Asociación Colombiana de Infectología. Vol. 26 Num.3 2022. Colombia. Citado el 20 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.revistainfectio.org/P_OJS/index.php/infectio/article/view/1058>
4. Sobel, Jack, D. Desquamative inflammatory vaginitis. 2020. [citado 2 de junio de 2021]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25132275/#:~:text=Desquamative%20inflammatory%20vaginitis%20(DIV)%20is,purulent%20vaginitis%20should%20be%20excluded>.
5. Gallardo Carolina, Puig Lluis.Vulvovaginitis. Farmacia Preventiva. Vol 17. [Internet].2015. [citado 2 de junio de 2021]; Disponible en: <https://docplayer.es/38394977-Farmacia-preventiva-vulvovaginitis-tratamiento-dres-carolina-gallardo-y-lluis-puig-hospital-de-la-santa-creu-i-sant-pau-barcelona.html>
6. Universidad Industrial de Santander Guía de atención médica de vulvovaginitis.. [Internet]. Noviembre de 2018. 018 [citado 2 de junio de 2021Disponible en <https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.22.pdf>
7. Sanchez Gaitan E. Manejo de vulvovaginitis en la atención primaria. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de agosto de 2018 [citado 2 de junio de 2021];3(8):13 - 20. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/305>
8. Chávez Vivas M, García Blanco L, Chaves Sotelo J, Duran K, Ramírez J. Prevalencia de infecciones vaginales en mujeres embarazadas y no embarazadas en un hospital de Cali, Colombia. Rev Cienc Biomed [Internet]. 15 de julio de 2020 [citado 1 de junio de 2021];9(2):92-102. Disponible en: <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cbiomedicas/article/view/3157>
9. Ministerio de salud y protección social. Guia de practica clínica para el abordaje sindromático del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual u otras infecciónes del tracto genital. 2013. [Internet]. Guia n°16. [citado 1 de junio de 2021. Disponible en:
10. Sherrard J, Donders G, White D, Jensen JS; European IUSTI. European (IUSTI/WHO) guideline on the management of vaginal discharge, 2011. Int J STD AIDS. 2011 Aug;22(8):421. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21795415/>
11. Schwebke JR, Desmond RA. Tinidazole vs metronidazole for the treatment of bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol. Pubmed [Internet]. 2011 [citado 1 de junio de 2021];*204*(3), 211.e1–211.e2116. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.10.898>

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Mónica Liliana Salgado | Aseguramiento de la Calidad | Rectoría | Febrero de 2025 |
| **Actualizó**  Mónica Liliana Salgado  Paula Andrea Duque | Mónica Liliana Salgado | Comité de Calidad | Mayo de  2024 |

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **VERSIÓN** | **ÍTEM** | **MODIFICACIÓN** |
| Agosto de 2015 | 1 | Todo el documento | Creación del documento |
| Agosto de 2017 | 2 | Revisión periódica | Normatividad |
| Agosto de 2019 | 3 | Revisión periódica | Normatividad |
| Mayo de 2024 | 4 | Definiciones: Ajustes según el Comité de Infecciones de la Asociación Colombiana de Infectología y la Asociación Española de Ginecología 2022  Cuadros clínicos: Ajustes según el Comité de Infecciones de la Asociación Colombiana de Infectología y la Asociación Española de Ginecología 2022  Tratamientos: Ajustes según el Comité de Infecciones de la Asociación Colombiana de Infectología 2022  Se agregó: condiciones de la paciente para la toma de la muestra de flu­jo vaginal, Ajuste según el Comité de Infecciones de la Asociación Colombiana de Infectología 2022  Bibliografía Se agregaron nuevas fuentes consultadas | Estructura |