

PROTOCOLO: PRURITO VULVOVAGINAL EN URGENCIAS

PRURITO VULVOVAGINAL EN URGENCIAS

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

1. PRURITO VULVOVAGINAL INESPECÍFICO

En la práctica clínica, es frecuente encontrar casos de prurito vulvovaginal inespecífico, tanto en pacientes premenopáusicas como postmenopáusicas. Es decir, un cuadro clínico de PV sin hallazgos patológicos en la exploración física.

En estos casos, es de especial importancia realizar una **anamnesis** completa para poder identificar posibles causas del síntoma. Por ejemplo, hábitos de higiene vulvovaginal perjudiciales, patología sistémica, antecedentes de infecciones vulvovaginales o dermatosis vulvares, etc.

No existen pautas terapéuticas establecidas en las guías clínicas actuales en referencia a este tipo de situaciones, por lo que su manejo no está estandarizado:

- Iniciar tratamiento empírico,
- Proporcionar recomendaciones de hábitos higiénico-dietéticos (*anexo 1*) y
- Remitir a ginecólogo de referencia para un potencial diagnóstico específico y seguimiento.

En caso de tratarse de un **primer episodio** de prurito vulvovaginal inespecífico en una paciente sana, no gestante y sin clínica sugestiva de etiología infecciosa, optaremos por tratamiento empírico (*Tabla 1*, más información en *anexo 2*).

	NO GESTANTE	GESTANTE
PV INESPECÍFICO	<ul style="list-style-type: none"> - Corticoides (antiinflamatorio): positon, cuatrocrem - Hidratante y antiséptico: cerviron, cumlaude CLX - Alivio prurito: rosalgin - Antibacteriano y antifúngico: blasgina óvulos, blastoestimulina crema 	<ul style="list-style-type: none"> Hidratante y antiséptico: cerviron, cumlaude CLX - Alivio prurito : rosalgin - Antibacteriano y antifúngico : blastoestimulina crema (NO óvulos: neomicina)

Tabla 1. Opciones de tratamiento empírico para PV inespecífico.

En caso de **recurrencias, pacientes embarazadas o factores sugestivos de probable etiología infecciosa** (factores de riesgo, antecedentes de infecciones previas, relaciones sexuales de riesgo): se realizará un cultivo vaginal y se iniciará un tratamiento basado en la causa más probable. En caso de obtener un resultado negativo, se optará por un tratamiento empírico. En estas pacientes, el resultado del cultivo se valorará:

- Paciente que realiza seguimiento en nuestro centro: visita telefónica con facultativo de referencia.
- Paciente que NO realiza seguimiento en nuestro centro: recomendar visita a centro de referencia.

PROTOCOLO: PRURITO VULVOVAGINAL EN URGENCIAS

2. PRURITO VULVOVAGINAL EN LA GESTACIÓN

Ante una gestante con prurito vulvovaginal, realizaremos una anamnesis y exploración física. En caso de ser un **primer episodio**, si la exploración física es sugestiva de una entidad determinada, iniciaremos tratamiento empírico sin cursar cultivo vulvovaginal. Si la exploración física es inespecífica o dudosa, cursaremos cultivo vaginal. En caso de tratarse de una recurrencia o de no haber presentado respuesta a una primera línea de tratamiento, se cursará cultivo vaginal (ver *Tabla 2* a continuación y algoritmo en el punto 6).

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Primer episodio de PV con exploración inespecífica o dudosa- Recurrencia/según episodios de PV- No respuesta a la primera línea de tratamiento empírico |
|---|

Tabla 2. Indicaciones de cursar cultivo de frotis vaginal en gestantes con prurito vulvovaginal

- A) La **CANDIDIASIS VULVOVAGINAL** es la primera causa de PV en la gestación. Tratamiento de elección: **Clotrimazol 100 mg óvulos vaginales/24h durante 7 días**. Como segundas líneas de tratamiento, se puede valorar el uso de **fenticonazol (Laurimic®) 200mg/día durante 3 días** u otros derivados imidazólicos (escasa evidencia en la literatura). En caso de candidiasis recurrente, hay que tratar cada episodio de forma individual con óvulos vaginales y valorar la necesidad de tratamiento supresor en el postparto.

Tratamiento supresor: **Fluconazol oral 150 mg/72h 3 dosis** + mantenimiento con **Fluconazol oral 150mg/7d durante 6 meses**. Alternativa: Itraconazol oral 200 mg/12h 3 días + Itraconazol oral 200 mg/semana durante 6 meses.

Hay poca evidencia sobre la relación entre la colonización por cándida y determinadas complicaciones obstétricas como la RPM, por ello **no está indicado el tratamiento en asintomáticas**.

- B) La **VAGINOSIS BACTERIANA**, aunque se ha asociado con eventos adversos durante la gestación: infección amniótica, parto prematuro y RPM, no hay suficiente evidencia para hacer cribado a la población gestante ni tratar a las gestantes asintomáticas. Por el contrario, sí está indicado el cribado y tratamiento a las mujeres de riesgo (parto pretérmino o pérdida gestacional ≥ 16 semanas anterior o hallazgo cérvix corto) antes de las 22 semanas.

- Tratamiento a mujeres sin riesgo de prematuridad: **Cloruro de Decualinio**, pero desaconsejado las 12h anteriores al parto. Si no respuesta, la **clindamicina 300mg/12h 5 días** ha demostrado ser segura.
- Tratamiento a mujeres con riesgo de parto pretérmino: **clindamicina 300mg/12h 5 días**.

- C) La infección por **TRICHOMONAS** se ha asociado a RPM, parto pretérmino o bajo peso al nacer, por lo que se recomienda tratar a las pacientes sintomáticas (controversia en caso de asintomáticas): **metronidazol 2g oral dosis única o 500 mg cada 12 horas 7 días vo**. En caso de lactancia materna, suspenderla durante 12-24h.

PROTOCOLO: PRURITO VULVOVAGINAL EN URGENCIAS

D) **OTRAS INFECCIONES:**

- **Pediculosis:** mismo tratamiento que a no gestantes: **Permetrina 1%** crema durante 10-30 minutos en la zona afecta. Instruir con agua y jabón. Repetir en 7-10 días.
- **Escabiosis:** **Permetrina 5%** crema en toda la superficie corporal (8-12h). Instruir con agua y jabón. La Ivermectina oral no está indicada.

PROTOCOLO: PRURITO VULVOVAGINAL EN URGENCIAS

3. PRURITO VULVOVAGINAL EN LA PREMENOPAUSA

La causa más frecuente de prurito en mujeres premenopáusicas son las **infecciones vulvovaginales**, que derivan principalmente de alteraciones de la microbiota vaginal. Otras causas de PV son las alteraciones de origen inflamatorio, la atrofia vulvovaginal o causas infrecuentes (pediculosis, escabiosis).

En mujeres no gestantes, se realizará cultivo de frotis vulvovaginal en los siguientes casos:

- **Primer episodio en pacientes con factores de riesgo:** inmunosupresión, relaciones sexuales de riesgo, etc. En primeros episodios en mujeres sanas sin factores de riesgo, se optará por tratamiento empírico, tanto si la exploración física es muy sugestiva de una entidad determinada como si es inespecífica.
- **Recurrencias.**
- **Fracaso de tratamiento de primera línea.**

- A) La **CANDIDIASIS VULVOVAGINAL** es la primera causa de PV (35-40% de los casos) siendo la *Candida albicans* responsable del 90% de los episodios. Factores predisponentes: diabetes mellitus mal controlada, utilización de antibióticos, niveles elevados de estrógenos (embarazo, anticonceptivos orales), inmunosupresión (VIH, tratamiento inmunosupresor). Como **primera línea** utilizaremos tratamiento tópico combinado vaginal y vulvar con derivados imidazólicos, poliénicos o piridona de corta duración (no parece que existan diferencias en la eficacia entre ellos).

VAGINAL	VULVAR
Clotrimazol comprimido vaginal 500mg dosis unica (Gine-Canesten)	Clotrimazol 2% crema vaginal 5g/24h 7d (Gine-Canesten)
Clotrimazol comprimido vaginal 100mg/12h 3-7d (Gine-Canesten)	Sertaconazol 2% crema vaginal 5g/24h 7d (Gindermofix)
Fenticonazol ovulo vaginal 200mg/24h 3 dias (Laurimic, Lomexin)	
Sertaconazol 500mg ovulo vaginal dosis única (Gindermofix, Gine-Zalain)	
Ketoconazol 400mg ovulo vaginal/24 horas, 3-5d (Ketoisdin)	

Taula 2. Azoles vaginales y vulvares disponibles

En caso de **no respuesta** (infecciones recurrentes o persistentes): tratamiento imidazólico oral de corta duración y remitir a ginecólogo de referencia para seguimiento.

- Fluconazol 150 mg dosis única vía oral.
- Itraconazol 200 mg /12 h 1 día o 200 mg/24 h, 3 días vía oral

Existen **pautas supresoras** si episodios recurrentes. En urgencias, iniciar el tratamiento y remitir a ginecólogo de referencia para seguimiento.

- Fluconazol oral 150 mg/72h 3 dosis + mantenimiento con Fluconazol oral 150mg/7d durante 6 meses.
- Alternativa: Itraconazol oral 200 mg/12h 3 días + Itraconazol oral 200 mg/semana durante 6 meses.

- B) La **VAGINOSIS BACTERIANA** es un síndrome clínico resultante de la sustitución de la microbiota vaginal normal por elevadas concentraciones de bacterias anaerobias, *Gardnerella vaginalis* y *Mycoplasma hominis*. Clínicamente se caracteriza por leucorrea homogénea y

PROTOCOLO: PRURITO VULVOVAGINAL EN URGENCIAS

maloliente y un pH alcalino (en nuestro centro de urgencias NO disponemos del material para establecer los Criterios de Amsel). El tratamiento incluye:

- **Tratamiento no antibiótico: Cloruro de Decualinio** (Fluomizin®) **comprimido vaginal 10 mg/día 6 días**. Es un agente antiinfeccioso y antiséptico con amplia actividad antimicrobiana.
- **Tratamiento antibiótico:**
 - o **Metronidazol oral 500 mg/12h 7 días**. Evitar ingesta de alcohol hasta 24h después de la última dosis.
 - o **Clindamicina 2% crema vaginal/24h 7 días (Dalacin)**. Evitar preservativos de látex hasta 5 días después de la última dosis.

C) **TRICHOMONIASIS** (infección por *Trichomona vaginalis*): el diagnóstico de sospecha es clínico y se confirma con observación del parásito en la secreción vaginal al microscopio. Hay otros métodos como el cultivo y PCR. El tratamiento de elección es **metronidazol 2g dosis única vía oral o 500 mg/12h 7 días vía oral**. Evitar ingesta de alcohol hasta 24h después de la última dosis). Se considera una infección de transmisión sexual por lo que es necesario **tratar la pareja sexual** con la misma pauta.

D) **OTRAS CAUSAS** de vulvovaginitis (ver Anexo 3) son: vulvovaginitis alérgicas e irritativas, líquenes vulvares (simple y escleroso), atrofia vulvovaginal e infecciones como la escabiosis y la pediculosis.

PROTOCOLO: PRURITO VULVOVAGINAL EN URGENCIAS

4. PRURITO VULVOVAGINAL EN LA POSTMENOPAUSA

En mujeres postmenopáusicas, la principal causa de prurito es lo que se denomina **síndrome genitourinario de la menopausia** (SGM), seguido de las causas infecciosas y las dermatosis vulvovaginales (el diagnóstico y manejo de estas últimas no difiere respecto a la premenopausia).

Clínica

- **Síntomas:** Prurito, sequedad (90%), sangrado, leucorrea, dispareunia (80%), signos inflamatorios y sintomatología miccional (poliuria, incontinencia, tenesmo, urgencia, ITUs de repetición).
- **Signos:** labios mayores vulvares adelgazados y friables, labios menores adelgazados o fusionados. Estenosis del introito. Epitelio vaginal fino, pálido, brillante, liso y seco, con secreción disminuida. Acortamiento de la vagina con una difuminación de los fondos de saco vaginales. Posibles signos de prolapso uretral, pólipos uretrales o tejido prominente por el meato uretral (carúncula uretral).

Diagnóstico

Principalmente clínico: anamnesis para identificar factores de riesgo y exploración física.

Tratamiento en urgencias

El tratamiento de elección del SGM es **la terapia estrogénica local**. Aun así, no es un tratamiento libre de complicaciones y contraindicaciones, que requiere una valoración cuidadosa y rigurosa de las pacientes. Por ese motivo, **no lo iniciaremos desde urgencias**. En urgencias iniciaremos la primera línea de tratamiento a todas las pacientes, que consiste en:

- Cambios en el estilo de vida: seguir una alimentación saludable, evitar el sobrepeso y la obesidad, reducir el consumo de alcohol, evitar el tabaquismo, practicar ejercicio físico de forma regular y mantener la actividad sexual. Practicar ejercicios de Kegel para fortalecer la musculatura del suelo pélvico.
- Hidratantes y lubricantes: uso regular en casos leves y en pacientes que rechazan o con contraindicaciones para el tratamiento hormonal (Ver productos disponibles en *Anexo 2*)

En casos de atrofia vulvovaginal moderada o severa, informaremos a las pacientes de la existencia del tratamiento hormonal local y les recomendaremos consultar con su ginecólogo de referencia (CAP) para valorar inicio del mismo.

PROTOCOLO: PRURITO VULVOVAGINAL EN URGENCIAS

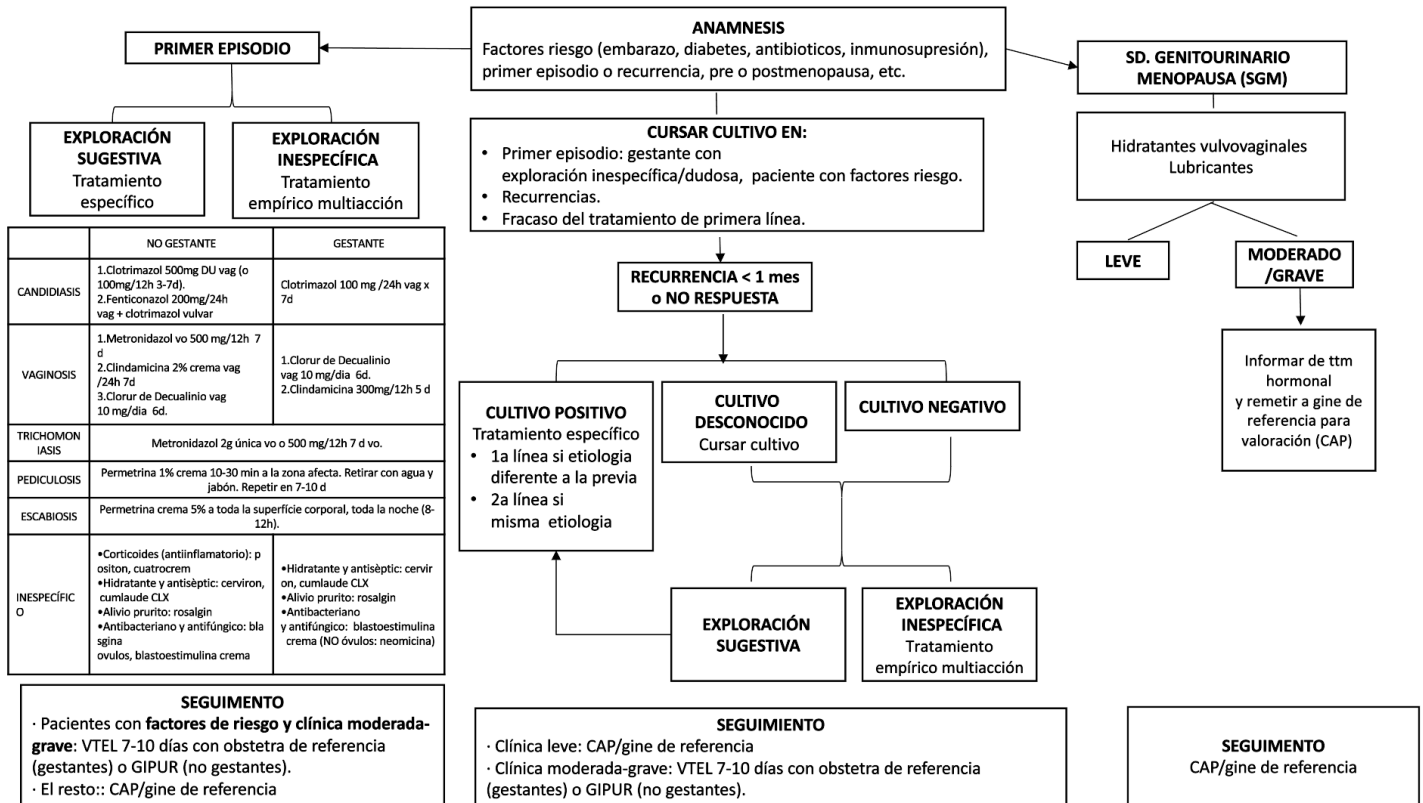
5. SEGUIMIENTO

El seguimiento de las pacientes con prurito vulvovaginal quedará determinado por la severidad del cuadro:

- **Primeros episodios en mujeres sanas (gestantes o no):** iniciar tratamiento y seguimiento en CAP/ginecólogo de referencia.
- **Recurrencias, fracaso de tratamiento de primera línea o primeros episodios en mujeres con factores de riesgo:**
 - o Clínica leve: seguimiento en CAP/ginecólogo de referencia (excepto si tiene visita programada en HCP/HCM por algún motivo)
 - o Clínica moderada-grave: si tiene visita en nuestro centro en las próximas 2 semanas, se mantiene a modo de seguimiento. Si no tiene visita programada, solicitar visita telefónica en 7-10 días con obstetra de referencia (gestantes) o GIPUR (no gestantes).

PROTOCOLO: PRURITO VULVOVAGINAL EN URGENCIAS

6. ALGORITMO PRURITO VULVOVAGINAL EN URGENCIAS



PROTOCOLO: PRURITO VULVOVAGINAL EN URGENCIAS

7. ANEXO 1: RECOMENDACIONES HIGIÉNICO-DIETÉTICAS

- Mantener un estilo de vida saludable: evitar el tabaquismo (empeora la atrofia vulvovaginal), alimentación equilibrada, actividad física regular.
- Realizar la higiene vulvar 1 vez al día, únicamente con agua y con las manos.
- En caso de usar jabones, preferiblemente sin fragancias artificiales ni colorantes y con un pH entre 4.2 y 5.6. Los productos que contienen ácido láctico pueden resultar beneficiosos para prevenir infecciones.
- Evitar higiene con productos rugosos o exfoliantes (esponjas, etc).
- No se recomienda usar toallitas íntimas, jabones íntimos, espráis íntimos, productos antibacterianos ni duchas vaginales.
- Minimizar el uso de compresas o salva-slips. En caso de necesidad regular de su uso (pacientes con incontinencia), es preferible utilizar compresas de ropa reutilizables que las de plástico o de un solo uso, pero hipoalergénicas.
- Evitar ropa interior demasiado ajustada que provoque fricción o sudoración.
- Utilizar ropa interior preferiblemente de algodón.
- Se recomienda dormir sin ropa interior.
- Cambiar de forma frecuente la ropa interior.
- Evitar detergentes y suavizantes químicos. Considerar lavar la ropa interior separada del resto con detergentes no químicos.
- Evitar papel higiénico de color (los colorantes resultan irritantes).
- Utilizar métodos poco agresivos y poco irritantes para la depilación.

PROTOCOLO: PRURITO VULVOVAGINAL EN URGENCIAS

8. ANEXO 2: NOMBRES COMERCIALES

TIPOS	NOMBRES Y PRECIOS	
Lubricantes	<p>Con base de agua y sin parabenos</p> <ul style="list-style-type: none"> · Isdin Woman Intim Lubricante (base acuosa y sin parabenos): 10-11€ · Cumlaude Lab Mucus (base acuosa y sin parabenos): 7-10€ 	
Hidratantes vulvares	<ul style="list-style-type: none"> · Isdin (ácido hialurónico, manteca de shoera, aceites esenciales): 8-9€ · Melagyn (ácido hialurónico, centella asiática, aloe vera, árbol de té): 7-10€ · Cumlaude (ácido láctico y agentes hidratantes): 7-10€ · Aceite de pompeya: 20-30€ 	<ul style="list-style-type: none"> · Zelesse crema (aloe vera y aceites hidratantes): 7-10€ · Ozoaqua (ácido láctico, extracto boswellia, vit E e hidratantes): 10-15€ · Filme olio (vitamina E): 15-20€ · Sandoz bienestar (ácido láctico, aceites esenciales, hidratantes)
Hidratantes vaginales	<ul style="list-style-type: none"> · Ainara: 10-12€ · Cerviron (ácido hialurónico e hidratantes): 15-20€ · Cumlaude: 8-10€ · Vagisil (ácido hialurónico e hidratantes): 10-13 € · Seidigyn (ácido hialurónico e hidratantes): 8-10€ · Hydrafem: 15-20€ 	<ul style="list-style-type: none"> · Muvagyn (centella asiática y otros hidratantes): 12-15€ · Idracare (ácido hialurónico, bioecolia y aloe vera) 10-15 € · Rosaltrof (ácido hialurónico, liposomas, vit E, extracte lúpulo) 15-25 € · Palomacare (ácido hialurónico, aloe vera, centella asiática, prebióticos) · Sandoz bienestar
Probióticos (10-15€)	<ul style="list-style-type: none"> · Lactoflora · Physioflor · Seidibiotics 	<ul style="list-style-type: none"> · Muvagyn · Donna plus
Multiacción (PV inespecífico)	<p>Positon crema: 15 € (Neomicina / Triamcinolona / Nistatina): combinación de antibiótico, corticoide y antifúngico. Para el tratamiento de procesos dermatológicos con riesgo de infección. Posología: 2-3 ap/día durante 5-7 días. Evitar durante el embarazo</p> <p>Cuatrocrem: 5-8 € (corticoide + antibiótico + antifúngico): tratamiento de manifestaciones inflamatorias de la dermatosis que responden a corticoides en casos con infección mixta. Posología: 2ap/día durante 1-2 semanas. No aplicar a las mucosas.</p> <p>Rosalgin: 6-10€ (Hidrocloruro de bencidamina): antiinflamatorio para el alivio local y temporal del prurito y cocimiento de la zona vaginal externa. Posología: 1 o 2 lavados externos al día durante 5 días.</p> <p>Cerviron óvulos: 12-17€ (ácido hialuronato, caléndula, tomillo, Hamamelis...): Acción calmante, lubricante, regeneradora y antiséptica, adyuvante en el tratamiento de la vulvovaginitis. 1 óvulo/día durante 10-15 días.</p> <p>Cumlaude óvulos CLX: 7-10€ (ácido hialuronato, triacontanyl, triglicéridos semisintéticos). Estados infecciosos inespecíficos e inflamatorios. 1-2 ovulos/día durante 5-10 días.</p> <p>Blasgina óvulos: 6-10 €. (metronidazol + miconazol + neomicina + centella asiática + otros). Acción antibacteriana, antifúngica y cicatrizante-regeneradora. Posología: 1-2 óvulos diarios hasta mejorar y continuar con 1 óvulo al día (mínimo 5-10 días). Contraindicado en gestantes.</p> <p>Blastoestimulina crema: 9-15 € (Centella asiática). Para ayudar a la cicatrización. Posología: 1-3 ap/día.</p>	

PROTOCOLO: PRURITO VULVOVAGINAL EN URGENCIAS

9. ANEXO 3: TABLA RESUMEN DEL PV

		Clinica	Exploración	Diagnostico	Tratamiento	Gestantes
Infecciosas	Candidiasis	Prurito, quemazón, dispareunia.	Leucorrea blanca grumosa sin olor. Eritema genital. Lesiones cutáneas a vulva y periné y lesiones satélite	Anamnesis+clínica+ exploración +/-: frotis en fresco, tinción de gram, pH, cultivo vaginal	Imidazólico vaginal + vulvar. (ver tabla)	Clotrimazol 100 mg óvulo vaginal /24h 7d
	Vaginosis	Poca sintomatología irritativa.	Leucorrea blanca-grisácea adherente con olor a amines (pescado). Poca irritación.	Clínico +/- criterios de Amsel (3/4)*	Cloruro de Decualinio vaginal 10 mg/d 6d. Metronidazol oral 500 mg/12h 7 d. Clindamicina 2% crema vaginal /24h 7 d.	Cloruro de Decualinio comprimido vaginal 10 mg/d durante 6 d
	Trichomoniasis	Prurito intenso, dispareunia, disuria.	Leucorrea amarillenta-verdosa, espumosa y maloliente. Eritema genital. Cérvix en fresa (2%).	Clínico, observación parásito al microscopio, cultivo, PCR	Metronidazol 2g única vía oral o 500 mg/12h 7d oral.	
Inflamatorias	Vulvovaginitis alérgica o irritativa	Prurito, escozor, dolor perineal, disuria. Leucorrea +/-	Eritema, edema y vesículas → erosiones y úlceras superficiales. Si dermatitis subaguda y crónica: placas eritematosas con descamación y excoriaciones	Anamnesis dirigida (posibles agentes irritantes). Cultivos con microbiota normal o inespecífica.	Evitar agentes irritantes. Corticoterapia tópica: Hidrocortisona 1% (Dermosa), metilprednisolona aceponato 0,1% (Adventan, Lexxema), Dipropionato de betametasona 0,05% (Diprogenta, NO EN GESTANTES)	
	Liquen simple	Prurito intenso de larga evolución predominio nocturno. Rascado +++	Placa localizada, liquenificada + fisuras y excoriaciones (rascado)	Clínico. Si dudas, biopsia de piel.	Eliminar posibles irritantes. Romper círculo prurito-rascado con sedación nocturna. Corticoterapia tópica (Propionato de Clobetasol 0,05% 1ap/12-24h 1 mes)	
	Liquen escleroso	Prurito intenso +/- escozor y quemazón. Dispareunia. Disuria. Sintomatología anal.	· Inicial: pápulas irregulares, brillantes que confluyen en placas planas y deprimidas. Simétrico · Avanzada: atrofia +++ con aspecto frágil y color blanco (papel de fumar). Excoriaciones y liquenificación. No suele afectar mucosa.	Clínico. Si hay dudas o sospecha de malignidad, biopsia.	1a línea: Corticoides tópicos de alta potencia (Propionato de Clobetasol 0,05%). 1 ap/noche durante 3 meses y mantenimiento con 2-3/semana 2a línea (NO EN GESTANTES): Tacrolimus 0,1% o Pimecromilus 1% 2 ap/día x 3 meses	
Infrecuentes	Atrofia	Sequedad, escozor, prurito, leucorrea, dispareunia, sd miccional, incontinencia, ITUs repetición.	Labios mayores adelgazados y friables. Epitelio vaginal pálido, brillante, liso y seco. Prolapso uretral, pólipos uretrales, carúncula uretral	Clínico.	Mesures higiéxico-dietéticas. Siempre hidratantes y lubricantes. Si moderada-grave: tto hormonal local (no a ucias)	Mesuras higiéxico-dietéticas Hidratantes y lubricantes
	Pediculosis	Prurito intenso a zona vulvar.	Visualización de los pijos o liendres adheridas a la base del folículo piloso a la zona púbica.	Clínico.	Permetrina 1% crema 10-30 minutos a la zona afecta. Retirar con agua y jabón. Repetir en 7-10 días Tratar la ropa.	
	Escabiosis	Prurito intenso y de predominio nocturno. Puede afectar a otros miembros de la familia.	Lesiones cutáneas inespecíficas y de surcos i nódulos.	Clínico.	Permetrina crema 5% a toda la superficie corporal, toda la noche (8-12h). Tratar la ropa. 2a línea (NO EN GESTANTES): Ivermectina oral 200 mcg/kg dosis única + repetir en 1-2 semanas.	

Tabla 3. Resumen de la clínica, diagnóstico y tratamiento del prurito vulvovaginal en mujeres premenopáusicas

* Criterios de Amsel: Leucorrea homogénea, olor a aminas a añadir KOH, *clue cells* >20%, pH >4.5

PROTOCOLO: PRURITO VULVOVAGINAL EN URGENCIAS

10. REFERENCIAS

1. Raef HS, Elmariah SB. Vulvar Pruritus: A Review of Clinical Associations, Pathophysiology and Therapeutic Management. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:649402. Published 2021 Apr 7. doi:10.3389/fmed.2021.649402
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. *Prog Obstet Ginecol* 2022;65:61-75.
3. Savas JA, Pichardo RO. Female Genital Itch. *Dermatol Clin*. 2018;36(3):225-243. doi:10.1016/j.det.2018.02.006
4. Johnston S, Bouchard C, Fortier M, Wolfman W. Guideline No. 422b: Menopause and Genitourinary Health. *J Obstet Gynaecol Can*. 2021;43(11):1301-1307.e1. doi:10.1016/j.jogc.2021.09.001
5. Chen X, Lu Y, Chen T, Li R. The Female Vaginal Microbiome in Health and Bacterial Vaginosis. *Front Cell Infect Microbiol*. 2021;11:631972. Published 2021 Apr 7. doi:10.3389/fcimb.2021.631972
6. Chen Y, Bruning E, Rubino J, Eder SE. Role of female intimate hygiene in vulvovaginal health: Global hygiene practices and product usage. *Womens Health (Lond)*. 2017;13(3):58-67. doi:10.1177/1745505717731011
7. Woelber L, Prieske K, Mendling W, Schmalfeldt B, Tietz HJ, Jaeger A. Vulvar pruritus-Causes, Diagnosis and Therapeutic Approach. *Dtsch Arztebl Int*. 2020;116(8):126-133. doi:10.3238/arztebl.2020.0126
8. AEPCC-Guía: Infecciones del tracto genital inferior. Coordinador: Fusté P. Autores: Alsina M., Arencibia O., Centeno C., de la Cueva P., Fuertes I., Fusté P., Galiano S., Martínez Escoriza J.C., Nonell R., Sendagorta E., Serrano M., Vall M. Revisores-editores: Torné A., del Pino M. Publicaciones AEPCC. 2016; pp: 1-66. ISBN 978-84-617-6554-6.
9. Baquedano L, Sánchez S, Aznar T, Cancelo MJ, Escribano JJ, González S, Iglesias E, Jaimes J, Manubens M, Puy J, Mendoza N, Sánchez-Borrego R, Palacios S. Síndrome genitourinario de la menopausia, MenoGuía AEE. Primera edición 2020

Responsables del protocolo:	Helena Castillo, Judit Bruch, Sandra Hernández, Montserrat Palacio.
Fecha del protocolo y actualizaciones:	27/08/2023
Última actualización:	27/08/2023
Próxima actualización:	27/08/2027
Código Hospital Clínic:	MMF-114-2023
Código Sant Joan de Déu:	