

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRACTICA CLINICA **GPC**

Diagnóstico y Tratamiento de **QUISTE Y ABSCESO DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN** En los Tres niveles de Atención



Evidencias y Recomendaciones
Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-581-12**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

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. Los autores han 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, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

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.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de Quiste y Absceso de la Glándula de Bartholin en los tres niveles de Atención.** México: Secretaría de Salud, 2010.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: N75 Enfermedades de la Glándula de Bartholin

N75.0 Quiste de la glándula de Bartholin

N75.1 Absceso de la glándula de Bartholin

GPC: Diagnóstico y tratamiento de Quiste y absceso de Glándula de Bartholin en los Tres niveles de Atención.

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

Dr. Ma. Antonia Basavilvazo Rodríguez	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinadora de Programas Médicos Coordinación de Unidades Médicas de Alta especialidad División de excelencia Clínica	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia Asociación "Médicos Especialistas del Hospital de Ginecología y Obstetricia A.C.
---------------------------------------	---------------------------	--------------------------------------	--	---

Autores :

Dr. José Basilio Hernández Sánchez	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico No Familiar Hospital de Ginecobstetricia No. 13 Delegación Norte México D.F.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Dr. Ma. Antonia Valdes Vargas	Ginecología y Obstetricia		Médico No Familiar Hospital de Ginecobstetricia No. 60 Delegación Estado de México Oriente Tlalnepantla, Estado de México	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Dr. Hugo Vázquez López	Ginecología y Obstetricia		Médico No Familiar Hospital General de Zona No. 68 Delegación Estado de México Oriente, Tulpetlac Ecatepec, Estado de México	

Validación interna:

Dr. Santiago Roberto Lemus Rocha	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico no Familiar (Jubilado) Ex Jefe de División de Educación en Salud. UMAE HGO No. 3 Centro Médico Nacional La Raza Delegación Norte México, D.F.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia Asociación "Médicos Especialistas del Hospital de Ginecología y Obstetricia A.C.
Dra. Maria Esthela Zaragoza Delgado	Ginecología y Obstetricia		Médico no Familiar Hospital general de Zona No. 3 San Juan del Río. Delegación Querétaro Querétaro, Querétaro	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES	3
1. CLASIFICACIÓN.....	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA	6
3. ASPECTOS GENERALES	7
3.1 ANTECEDENTES.....	7
3.2 JUSTIFICACIÓN.....	8
3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA	9
3.4 DEFINICIÓN	9
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	10
4.1 EPIDEMIOLOGÍA	11
4.2 ETIOLOGÍA.....	11
4.3 FISIOPATOLOGIA.....	12
4.4 DIAGNÓSTICO	14
4.4.1 MANIFESTACIONES CLÍNICAS (IMAGEN 1 ANEXO 5.3).....	14
4.5 DIAGNÓSTICO	15
4.5.1 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	15
4.6 DIAGNÓSTICO	16
4.6.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (ANEXO 5.3 CUADRO I)	16
4.7 TRATAMIENTO.....	17
4.7.1 GENERALIDADES	17
4.8 TRATAMIENTO.....	17
4.8.1 TRATAMIENTO MÉDICO (ANEXO 5.3 CUADRO III)	17
4.9 TRATAMIENTO MEDICO- QUIRUGICO CONSERVADOR	18
4.10 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RADICAL (ESCICIÓN GLANDULAR).....	23
4.11 CRITERIOS DE REFERENCIA.....	25
4.11.1 De PRIMER A SEGUNDO NIVEL	25
4.12 CRITERIOS DE REFERENCIA.....	25
4.12.1 De SEGUNDO A TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	25
4.13 SEGUIMIENTO	25
5. ANEXOS.....	26
5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	26
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	28
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD.....	30
5.4 MEDICAMENTOS.....	33
5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO	36
6. GLOSARIO.....	39
7. BIBLIOGRAFÍA.....	40
8. AGRADECIMIENTOS.....	42
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	43
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	44
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	45

1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo maestro: IMSS-581-12	
Profesionales de la salud.	Médicos Ginecobstetras
Clasificación de la enfermedad.	CIE-10: N75 Enfermedades de la Glándula de Bartholin N75.0 Quiste de la glándula de Bartholin N75.1 Absceso de la glándula de Bartholin N75.8 Otras enfermedades de la glándula de Bartholin
Categoría de GPC.	Primer nivel y Segundo Prevenición, Diagnóstico y Tratamiento En caso de diagnóstico oncológico de glándula de Bartholin o pacientes embarazadas no serán abordadas en esta guía.
Usuarios potenciales.	Médico General, Médico Familiar, Médico Ginecobstetra, Médico Cirujanos Generales, Personal de salud en formación.
Tipo de organización desarrolladora.	Instituto Mexicano del Seguro Social.
Población blanco.	Mujeres mayores de 12 años.
Fuente de financiamiento / patrocinador.	IMSS
Intervenciones y actividades consideradas.	Historia clínica, (Interrogatorio y exploración), cultivos, tratamiento médico oportuno (antibioticoterapia o sistémica, anti-inflamatorios analgésicos) tratamiento quirúrgico (incisión y drenaje, marzupialización, exéresis de la glándula, fistulización, escleroterapia, vaporización con láser CO2, aplicación de nitrato de plata, aspiración o punción)
Impacto esperado en salud.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminuir la incidencia y reincidencia de enfermedades benignas de la glándula de Bartholin ✓ Disminuir el número de ingresos hospitalarios por enfermedades benignas de la glándula de Bartholin ✓ Aumentar el número de diagnósticos oportunos en enfermedades de glándula de Bartholin ✓ Mejorar la calidad de vida de la paciente con enfermedades benignas de la glándula de Bartholin ✓ Aumentar la retroalimentación educativa al primer nivel de atención ✓ Reducir el número de referencias inadecuadas a los diferentes niveles de atención.
Metodología.	<Adopción de guías de práctica clínica o elaboración de guía de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/ otras fuentes, selección de las guías/revisiones/ otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.>
Método de validación y adecuación.	Enfoque de la GPC: <enfoque a responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y/o enfoque a preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación> Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. <especificar cuáles se utilizaron, de las siguientes: Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o o compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas Búsqueda manual de la literatura.> Número de fuentes documentales revisadas: 21 Guías seleccionadas: 3 Revisiones sistemáticas: 1 Reporte de casos: 1 Revisiones clínicas: 10 Consensos: 3 Otras fuentes seleccionadas: 3
Método de validación	Validación del protocolo de búsqueda: <institución que validó el protocolo de búsqueda>. Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Revisión institucional: Instituto Mexicano del Seguro Social Verificación final: CENETEC
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro y actualización	Catálogo maestro IMSS-581-12 Fecha de actualización: de 3 a 5 años a partir de la fecha de publicación

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles es la epidemiología del quiste o absceso de la glándula de bartholin?
2. ¿Cual es la fisiopatología del quiste o absceso de la glándula de bartholin?
3. ¿Cuáles son los principales gérmenes causales de la infección de la glándula de bartholin?
4. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas del quiste o absceso de la glándula de bartholin?
5. ¿Con que entidades clínicas debe de hacerse diagnóstico diferencial del quiste o absceso de la glándula de bartholin?
6. ¿Cuáles son las pruebas diagnósticas útiles del quiste o absceso de la glándula de bartholin?
7. ¿Cuál es el tratamiento médico del quiste o absceso de la glándula de bartholin?
8. ¿Cuál es el tratamiento quirúrgico del quiste o absceso de la glándula de bartholin?
9. ¿Cual es el papel del médico de primer nivel en el diagnóstico y tratamiento del quiste o absceso de la glándula de bartholin?
10. ¿Cuál es el seguimiento de las pacientes con del quiste o absceso de la glándula de bartholin?
11. Cuáles son criterios de referencia de la paciente con del quiste o absceso de la glándula de bartholin?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

Los quistes y abscesos de la glándula de Bartholin, son problemas comunes de la mujer en edad reproductiva. Cerca del 2% de las mujeres desarrollarán quistes o abscesos de esta glándula (Zarpadiel, 2008). La forma quística involucra generalmente cuadros inflamatorios crónicos, recidivantes, identificándose algunos factores que las predisponen como lo son: características anatómicas de la glándula (Congénito), procesos obstructivos del tipo inflamatorio o infeccioso con acumulación, antecedentes quirúrgicos Vestibulectomía, punciones repetidas y trauma vulvar (Omole, 2003, *Guías clínicas Fisterra*, 2008, Ahued, 2003, Goetsch, 2009)

Las manifestaciones clínicas de la forma abscedada son características consideradas las más relevantes las siguientes:

- Tumoración vulvar generalmente localizada a nivel de la horquilla o más específicamente como a las 4 del reloj
- Dolor local que aumenta al caminar o al estar sentado.
- Aumento de la temperatura local
- Dispareunia (dolor en la relación sexual)
- Leucorrea en casos de infecciones de transmisión sexual.

La forma quística no infecciosa esta caracterizada por tumoración localizada como a las 4 del reloj generalmente son asintomáticos, y en ocasiones pueden encontrarse como un hallazgo durante la toma de papanicolaou o alguna otra exploración ginecológica (Guías Hospital General SS, 2012, De Palo, 2001, NHS, 2012, Zarpadiel, 2008). El diagnóstico es clínico, a través de una Historia Clínica y exploración física ginecológica , generalmente es unilateral y suele acompañarse de aumento de volumen y o dolor a la palpación (Ahued, 2003, Guías Hospital General SS, 2012), en casos no diagnosticados o severos en pacientes inmunocomprometidos puede evolucionar a fascitis necrozante (*Practice Guidelines for the diagnosis and Management of skin and soft-tissue infections* CID, 2005)

Los gérmenes causales en la forma infecciosa son tanto microorganismo aerobios como anaerobios habiendo casos polimicrobianos hasta en un 50%.

Los gérmenes aerobios más frecuentes son: E.coli (más frecuente), N.gonorrhoeae (presente en un tercio de los quistes), E. fecalis, E.aureus, P.aeruginosa, EC.trachomatis, Haemofilus, Klebsiella.

Dentro de los anaerobios están: Bacteroides fragilis (más frecuente), Peptoestreptococcus, Fusobacterium, Pravatella, Finagoldia, Clostridium perfringes (Tanaka, 2005, Omole, 2003, Parvathi, 2009).

Los estudios de laboratorio útiles en el abordaje de esta patología son: Frotis y cultivos específicos en ciertos casos biopsia.

El diagnóstico diferencial debe ser con: Lesiones quísticas y sólidas de la vulva (quistes epidermoides de inclusión, quistes de Skene's, hidroadenoma y lipoma) y Carcinoma de células escamosas (NHS, 2012, Zarpadiel, 2008, Omole, 2003, De Cherney, 2007).

El tratamiento en las enfermedades benignas de Glándula de Bartholin es:

1. Médico
2. Quirúrgico:
 - conservador
 - Radical

En casos de infección de glándula de Bartholin se debe mejorar las condiciones de la paciente con analgésicos, antiinflamatorios e iniciar con el esquema de antibióticos de forma empírica, con toma previa de muestra para cultivo (NHS, 2012, Zarpadiel, 2008, Omole, 2003, De Cherney, 2007).

Los antibióticos recomendados en infección de la glándula de Bartholin son:

- Penicilina
- Amoxicilina sola o con ácido clavulónico
- Dicloxacilina
- Clindamicina (En pacientes con alergia a penicilina)
- Metronidazol
- Cefalosporinas o quinolonas
- Clindamicina sola, o en casos graves o falta de respuesta se aconseja asociarla a gentamicina
- Ciprofloxacino.

Dentro del tratamiento quirúrgico conservador se encuentran:

Incisión-Drenaje a través de punción con aguja o con Incisión, Marzupialización, Fistulización o colocación del catéter, de Word, cuando no se cuente con catéter de Word puede utilizarse sonda de Foley. Aspiración con aguja, Escleroterapia con alcohol, Uso de nitrato de plata, Uso de bióxido de carbono (Wechter, 2009, NHS, 2012, Zarpadiel, 2008, Omole, 2003, De Cherney, 2007). La recurrencia en forma general de estos procedimientos conservadores se reporta en cerca de 20%, identificando a la biopsia por aspiración como la de mayor recurrencia (38%).

El tratamiento quirúrgico radical consiste en efectuar la extracción completa de la glándula y su conducto excretor, pudiendo llevarse a cabo en promedio hasta una hora.

Se realiza cuando la formación quística ha sustituido a la glándula de Bartholin (Agostini, 2010, NHS, 2012, Zarpadiel, 2008, Omole, 2003), la tasa de recurrencia se encontró que fue del 0-3% (Wechter, 2009).

3.2 JUSTIFICACIÓN

La patología benigna de la glándula de Bartholin es una causa frecuente de consulta ginecológica en mujeres en edad reproductiva; en los casos diagnosticados el mal manejo influye en el incremento de recidivas.

El inicio temprano de la vida sexual con lleva incremento en enfermedades de transmisión sexual predisponiendo a mayor incidencia en enfermedades infecciosas de la glándula de Bartholin, el conocimiento de las mismas nos llevara a un diagnóstico oportuno y tratamiento temprano de las mismas, y así reducir las complicaciones y secuelas, habiendo casos graves como la fascitis (Zarpadiel, 2008, Omole, 2003, De Cherney, 2007, *Practice Guidelines for the diagnosis and Management of skin and soft-tissue infections* CID, 2005) permitiendo diferenciar patología benigna o maligna con un envío oportuno al nivel de atención correspondiente, que tendrá como resultado mejorar la calidad de vida de las pacientes; por lo anterior es necesario contar con una herramienta clínica que ayude al profesional en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la glándula de Bartholin, de esta forma optimizar los recursos institucionales.

3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de del quiste o absceso de la Glándula de Bartholin**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

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 y segundo nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Disminuir la incidencia, reincidencia y complicaciones de enfermedades benignas de la glándula de bartholin
2. Disminuir el numero de ingresos hospitalarios por enfermedades benignas de la glándula de bartholin
3. Aumentar el numero de diagnósticos oportunos en enfermedades de glándula de bartholin
4. Mejorar la calidad de vida de la paciente con enfermedades benignas de la glándula de bartholin
5. Aumentar la retroalimentación educativa al primer nivel de atención
6. Reducir el número de referencias inadecuadas a los diferentes niveles de atención.

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, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.4 DEFINICIÓN

Bartholinitis: Es la inflamación e infección de las glándulas vestibulares mayores o de Bartholin (Zarpadiel, 2008, Guía Hospital General de México, 2012)

Absceso glándula de bartholin: Acumulación de pus secundario a la infección, que forma una protuberancia en una de las glándulas resultando ser muy dolorosa. (NHS, 2012, A.D.A.M, 2012)

Quiste de glándula de bartholin: Obstrucción del conducto principal de la glándula de bartholin, lo que da como resultado la retención de las secreciones, y crecimiento de la glándula formando una tumoración en la vagina, generalmente asintomático. (Owen, 2005).

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como 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	(GIB, 2007) 2++

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	[E: Shekelle] la Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 EPIDEMIOLOGÍA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Cerca del 2% de las mujeres desarrollarán quistes o abscesos de esta glándula.	III (E. Shekelle) <i>Zarpadiel, 2008</i>

4.2 ETIOLOGÍA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Existen diferentes tipos de bacterias que pueden causar el bloqueo del conducto de la glándula de Bartholin, algunas pueden ser transmitidas a través del contacto sexual mientras que otras forman parte de la flora normal.	III (E. Shekelle) <i>(NHS, 2012)</i>
	Se recomienda sexo seguro con protección y mantener adecuados hábitos e higiene sexual, lo cual ayuda a prevenir infecciones genitales.	C (E. Shekelle) <i>(NHS, 2012)</i>

<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p>En los cultivos de secreción vaginal con bartholinitis se han aislado tanto microorganismo aerobios como anaerobios habiendo casos polimicrobianos en un 50%.</p>	<p style="text-align: right;">III (E. Shekelle) <i>Tanaka, 2005</i> C (E. Shekelle) (<i>Omole, 2003</i>)</p>
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p>La mayoría de los gérmenes causales de abscesos de la glándula de Bartholin son por gérmenes que colonizan la región perineal o por gérmenes de transmisión sexual, se reportan los siguientes : Los gérmenes más prevalentes de aerobios gram positivo fueron: Estafilococo, estreptoco, enterococ fecalis los tres más frecuentes. los gérmenes aerobios gran positivos más prevalentes fueron: Escherichia coli, proteus, klebsiella.</p>	<p style="text-align: right;">III (E. Shekelle) <i>Tanaka, 2005</i> III (E. Shekelle) (<i>Omole, 2003</i>) III (E. Shekelle) (<i>Parvathi, 2009</i>)</p>
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p>En los años 60 y 70's el gonococo y la C.trachomatis eran microorganismos prevalentes, esta última esta reportada en un 30% en enfermedades de transmisión sexual, incluyendo infecciones de la glándula de Bartholin.</p>	<p style="text-align: right;">III (E. Shekelle) (<i>Parvathi, 2009</i>)</p>
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p>Se han reportado casos asilados de bartholinitis debido a S.pneumonie, H.Influenzae y otros patógenos del tracto respiratorio, esto es debido al cambio de las prácticas sexuales.</p>	<p style="text-align: right;">III (E. Shekelle) (<i>Parvathi, 2009</i>) III (E. Shekelle) <i>Tanaka, 2005</i></p>

4.3 FISIOPATOLOGIA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p>En la fisiopatología de los procesos infecciosos o quísticos benignos de la glándula de bartholin se reconocen los siguientes factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características anatómicas de la glándula (Congénito) • Procesos obstructivos del tipo inflamatorio o infeccioso con acumulación • Antecedentes quirúrgicos (Vestibulectomia, vulvectomy, colpoplastias, punciones repetidas, trauma vulvar) 	<p style="text-align: right;">III (E. Shekelle) <i>Ahued, 2003</i> III (E. Shekelle) (<i>Omole, 2003</i>) III (E. Shekelle) (<i>Goetsch, 2009</i>) (<i>Guías clínicas Fisterra, 2008</i>)</p>

Características anatómicas:

La Glándulas de Bartholino, situadas en el tercio inferior del vestíbulo miden ± 1 cm, no son palpables excepto si existe enfermedad o infección, su función es secretar sustancia lubricante en la actividad sexual, están localizadas entre las 4 y 8 del reloj, estando el meato en la zona séptica con flora mixta y abundante compuesta por estreptococo, estafilococos, E.Coli, proteus (Cuadro II) por su cercanía con las vías urinarias bajas y el recto los gérmenes de estas áreas pueden localizarse en estas glándulas.

En la infancia la patología de la glándula no se presentan en forma común debido a que las glándulas de Bartholin no son funcionales.

E

III
(E. Shekelle)
Ahued, 2003
III
(E. Shekelle)
(Guías clínicas Fisterra, 2008)

E

La estreches del conducto de la glándula por defectos congénitos pueden ser causa de obstrucción y retención de secreciones generando dilatación quística.

III
(E. Shekelle)
De Cherney, 2007
III
(E. Shekelle)
(De Palo, 2001)
III
(E. Shekelle)
(NHS, 2012)

E

Existe también la posibilidad de infecciones de transmisión sexual como gonorrea; habitualmente unilateral afectando el conducto cuyo meato se obtura por el proceso inflamatorio; es así como el producto inflamatorio purulento se acumula en el conducto al que distiende en mayor o menor grado.

III
(E. Shekelle)
Ahued, 2003

R

En las pacientes con enfermedades infecciosas genitales deben ser tratadas con fines de reducir la afectación de la glándula de Bartholin.

C
(E. Shekelle)
Ahued, 2003

4.4 DIAGNÓSTICO

4.4.1 MANIFESTACIONES CLÍNICAS (IMAGEN 1 ANEXO 5.3)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>La infección de la glándula de Bartholin se puede manifestar con alguna/o algunas de las siguientes características :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumoración vulvar generalmente localizada a nivel de la horquilla o como alas 4 del reloj. • Dolor local que aumenta al caminar o al estar sentado. • Aumento de la temperatura local • Dispareunia (dolor en la relación sexual) • Leucorrea en casos de infecciones de transmisión sexual 	<p>III (E. Shekelle) <i>(De Palo, 2001)</i></p> <p>III (E. Shekelle) <i>Guías Hospital General SS, 2012</i></p> <p>III (E. Shekelle) <i>(NHS, 2012)</i></p> <p>III (E. Shekelle) Zapadiel, 2008</p>
<p>E</p>	<p>Los quistes no inflamados o pequeños son asintomáticos, y en ocasiones pueden encontrarse como un hallazgo durante la toma de Papanicolau o alguna otra exploración ginecológica.</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Guías Hospital General SS, 2012</i></p>
<p>E</p>	<p>La inspección visual como medio único de diagnóstico generalmente es la que marca la evolución de la inflamación glandular o del aumento de tamaño.</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Guías Hospital General SS, 2012</i></p> <p>III (E. Shekelle) <i>(De Palo, 2001)</i></p>
<p>R</p>	<p>El diagnóstico es clínico, a través de una Historia Clínica y exploración física ginecológica directa de la tumoración, que generalmente es unilateral y suele acompañarse de aumento de volumen y o dolor a la palpación.</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Ahued Ahued, 2003</i></p> <p>III (E. Shekelle) <i>Guías Hospital General SS, 2012</i></p>
<p>R</p>	<p>El aumento del tamaño de la glándula, acompañada de nodularidad glandular debe hacernos pensar en la posibilidad de un carcinoma asociado, sobre todo en mujeres mayores de 40 años.</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>(De Palo, 2001)</i></p>

E

La fascitis necrozante puede originarse por diseminación bacteriana a partir de un absceso de glándula de Bartholin, una infección vaginal, o infecciones del tracto genitourinario en el varón.

IV
(E. Shekelle)
Practice Guidelines for the diagnosis and Management of skin and soft-tissue infections CID, 2005

R

En pacientes con absceso de glándula de Bartholin sin diagnóstico y tratamiento oportuno tiene la probabilidad de evolucionar a casos más severos como la fascitis necrozante.

D
(E. Shekelle)
Practice Guidelines for the diagnosis and Management of skin and soft-tissue infections CID, 2005

4.5 DIAGNÓSTICO

4.5.1 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>Las pruebas diagnósticas complementarias en las enfermedades de la Glándula de Bartholin son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Frotis y cultivos específicos ✓ Biopsia 	<p>III (E. Shekelle) <i>(NHS, 2012)</i></p> <p>III (E. Shekelle) <i>(Omole, 2003)</i></p>
<p>R</p> <p>Es importante realizar cultivos de secreciones y abscesos para identificar los agentes causales y tratamiento específico, sobre todo en casos de recurrencias o resistencia al tratamiento, y considerar los cambios en la flora bacteriana del tracto genital.</p>	<p>C (E. Shekelle) <i>(Parvathi, 2009)</i></p> <p>C (E. Shekelle) <i>Tanaka, 2005</i></p>
<p>R</p> <p>En el abordaje diagnóstico del absceso de glándula de Bartholin se puede considerar según el caso la realización de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Frotis y cultivos específicos ✓ Biopsia 	<p>C (E. Shekelle) <i>(NHS, 2012)</i></p> <p>C (E. Shekelle) <i>(Omole, 2003)</i></p>
<p>E</p> <p>La tinción de Gram es una técnica rápida y aceptablemente sensible como el cultivo, El gonococo aparece como cocos gramnegativos ovales, arriñonados y en pareja intra y extracelularmente (Cuadro I anexo 5.3)</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>(NHS, 2012)</i></p> <p>III (E. Shekelle) <i>(Omole, 2003)</i></p>

La técnica para toma de Exudado de la glándula de Bartholin será de acuerdo a el estadio de la patología, siendo lo aceptado:

En estadios tempranos de la infección:

Se tomaran con una torunda estéril en la glándula de Bartholin que se introducirá en un medio de transporte para cultivo de *N. gonorrhoeae*, luego se utilizará otra torunda estéril para detección de *C. trachomatis*.

Otra tercera torunda estéril con medio de transporte para el resto de patógenos (levaduras, etc).

También se deben realizar toma adicional para medios de cultivo de tricomonas y micoplasmas.

En estadios tardíos de la infección (absceso):

Es preferible la aspiración con aguja y jeringa que se enviará al laboratorio para la búsqueda de los diferentes microorganismos implicados.

Antes de la toma preparar piel con solución de Cloruro de sodio (NaCl)0,85% (no utilizar alcohol en mucosas)



D
(E. Shekelle)
Guía EIMS, 2007



Se recomienda realizar tres tomas de muestra para cultivo para la detección de los patógenos más frecuentes y de preferencia punción y envió del aspirado a laboratorio.

Punto de Buena Práctica

4.6 DIAGNÓSTICO

4.6.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (ANEXO 5.3 CUADRO I)

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Dentro del diagnóstico diferencial se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lesiones quísticas y sólidas de la vulva (quistes epidermoides de inclusión, quistes de Skene, hidroadenoma y lipoma) Carcinoma de células escamosas. 	<p>III (E. Shekelle) (Omole, 2003)</p>
	<p>El cáncer de la glándula de Bartholin, se presentan aproximadamente a los 61 años, existiendo reportes en edades de 32 años. La incidencia de cáncer de la glándula de Bartholin es de 0.0023 por 100 000 mujeres/ año en premenopáusicas y de 0.114 por 1000 mujeres/año en mujeres posmenopáusicas. Otras literaturas lo reportan con una incidencia menor al 1%</p>	<p>III (E. Shekelle) De Cherney, 2007 IV (E. Shekelle) Guías Clínicas Patología de la glándula de bartholin, Fisterra2008</p>

R

En una mujer en peri o postmenopausia se debe descartarse siempre un cáncer primario a través de biopsia

D
(E. Shekelle)
Guías Clínicas Patología de la glándula de Bartholin, Fistererra2008

4.7 TRATAMIENTO

4.7.1 GENERALIDADES

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
E	El tratamiento en las enfermedades benignas de Glándula de Bartholin es:	III (E. Shekelle) <i>De Cherney, 2007</i>
	3. Médico 4. Quirúrgico: <ul style="list-style-type: none"> - Conservador - Radical 	C (E. Shekelle) <i>(NHS, 2012)</i>
R	En casos de infección de glándula de Bartholin se debe mejorar las condiciones de la paciente con analgésicos, antiinflamatorios e iniciar con el esquema de antibióticos de acuerdo con la causa de origen prevalente.	D (E. Shekelle) <i>(Zarapadiel, 2008)</i>
		C (E. Shekelle) <i>De Cherney, 2007</i>
R	En casos de quistes de la glándula de Bartholin pequeños y asintomáticos no es necesario dar tratamiento y se hará seguimiento clínico.	C (E. Shekelle) <i>(NHS, 2012)</i>
		C (E. Shekelle) <i>(NHS, 2012)</i>

4.8 TRATAMIENTO

4.8.1 TRATAMIENTO MÉDICO (ANEXO 5.3 CUADRO III)

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
R	Cuando se identifica el proceso infeccioso se debe usar de primera elección antibióticos de amplio espectro, además de antiinflamatorios (Diclofenaco), analgésicos (paracetamol o ácido acetil salicílico) seguido de drenaje o marzupialización quirúrgica de la lesión cuando se presenta la forma de absceso.	C (E. Shekelle) <i>(NHS, 2012)</i>
		D (E. Shekelle) <i>(Zarapadiel, 2008)</i>

R	<p>Para el tratamiento anti-inflamatorio es recomendable además:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baños de asiento - Compresas calientes - Analgésicos - Antibióticos 	<p>C (E. Shekelle) (NHS, 2012)</p> <p>D (E. Shekelle) (NICE, 2009)</p>
R	<p>Los antibióticos recomendados en infección de la glándula de bartholin son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Penicilina ➤ Amoxicilina sola o con ácido clavulónico ➤ Dicloxacilina ➤ Clindamicina(en pacientes con alergia a penicilina) ➤ Metronidazol ➤ Cefalosporinas o quinolonas ➤ Clindamicina sola o en casos graves o falta de repuesta se aconseja asociarla a gentamicina o a metronidazol ➤ Ciprofloxacina. 	<p>C (E. Shekelle) (NHS, 2012)</p> <p>III (E. Shekelle) <i>Guías Hospital General SS, 2012</i></p> <p>C (E. Shekelle) <i>De Cherney, 2007</i></p> <p>IV (E. Shekelle) <i>Guías Clínicas Patología de la glándula de bartholin, Fistera2008</i></p>
R	<p>En caso de identificar al gonococo se puede elegir el tratamiento con:</p> <p>Ceftriaxona Ciprofloxacina Azitromicina Doxiciclina.</p>	<p>D (E. Shekelle) NOM-039 SSA2-2002</p>
R	<p>En casos de infecciones bacterianas, es recomendable informar a las parejas sexuales y tratarlas, con fines de que la enfermedad no perista ni se extienda.</p>	<p>D (E. Shekelle) CDC, 2010</p>

4.9 TRATAMIENTO MEDICO- QUIRUGICO CONSERVADOR

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p style="text-align: center;">E</p> <p>Los procedimientos quirúrgicos conservadores pueden realizarse bajo anestesia local, se toman en promedio de 15 -20 minutos, y generalmente su curación tarda alrededor de dos semanas durante las cuales también se pueden observar las complicaciones en caso de presentarlas.</p>	<p>III (E. Shekelle) (NHS, 2012)</p>

R

En los casos de absceso de glándula de Bartholin de primera vez sintomática que no responde al tratamiento médico exclusivamente, o que no drena espontáneamente se sugiere tratamiento médico-quirúrgico conservador con drenaje del absceso.

D
(E. Shekelle)
(NICE, 2009)
III
(E. Shekelle)
(NHS, 2012)
III
(E. Shekelle)
(Omole, 2003)

E

En los abscesos de la glándula de Bartholin existen algunas técnicas quirúrgicas conservadoras para su manejo, siendo los más reconocidos:

- Incisión-Drenaje
- Marzupialización
- Fistulización o colocación del catéter
- Aspiración con aguja
- Escleroterapia con alcohol
- Uso de nitrato de plata
- Uso de bióxido de carbono

Ia
(E. Shekelle)
Wechter, 2009
III
(E. Shekelle)
(NHS, 2012)
III
(E. Shekelle)
De Cherney, 2007

R

Ante la presencia de absceso de glándula de Bartholin se debe drenar e indicar antibioticoterapia.

D
(E. Shekelle)
(Zarapadiel, 2008)
C
(E. Shekelle)
(NHS, 2012)
C
(E. Shekelle)
De Cherney, 2007

R

Para el manejo de abscesos de la glándula de Bartholin se recomienda el tratamiento médico farmacológico seguido del drenaje si se encuentra absceso localizado, pudiendo ser realizado a través de las siguientes técnicas:

- Incisión-Drenaje
- Marzupialización
- Fistulización o colocación del catéter
- Aspiración con aguja
- Escleroterapia con alcohol
- Uso de nitrato de plata
- Uso de bióxido de carbono

Ia
(E. Shekelle)
Wechter, 2009
C
(E. Shekelle)
(NHS, 2012)
C
(E. Shekelle)
De Cherney, 2007

Drenaje simple

E

La incisión sola de la glándula puede mejorar temporalmente el cuadro clínico, en algunos casos se vuelve a obstruir y recidivar.

III
(E. Shekelle)
(NHS, 2012)
Ia
(E. Shekelle)
Wechter, 2009

R

En los abscesos de primera vez, se sugiere tratamiento médico conservador con drenaje del absceso, ya sea con punción o con bisturí.

C
(E. Shekelle)
De Cherney, 2007

La aspiración con aguja

E

Con esta técnica se drena o aspira el contenido de la glándula con aguja.

III
(E. Shekelle)
(NHS, 2012)
Ia
(E. Shekelle)
Wechter, 2009

E

La tasa de recurrencia de la aspiración con aguja va del 0-38% a los seis meses de tratamiento comparado con la escleroterapia, asociándose con una frecuencia de recurrencia de hasta dos veces más.

Ia
(E. Shekelle)
Wechter, 2009

E

En un metanálisis de estudios clínicos no controlados con fines de analizar la recurrencia de diversas técnicas quirúrgicas terapéuticas de absceso de glándula de Bartholin reportó que la mayor recurrencia se observó en la aspiración simple del absceso.

Ia
(E. Shekelle)
Wechter, 2009

R

El drenaje-incisión no debe de ser un tratamiento de primera elección debido que presenta una recidiva muy alta.

C
(E. Shekelle)
Ahued, 2003
C
(E. Shekelle)
De Cherney, 2007
C
(E. Shekelle)
(NHS, 2012)

R

Si la paciente esta en la peri o posmenopausia, además del drenaje o marsupialización, debe considerarse la posibilidad de biopsia selectiva de la glándula.

C
(E. Shekelle)
(Omole, 2003)
C
(E. Shekelle)
(NHS, 2012)

Marzupialización (Anexo 5.3 Imagen 2)

E	<p>Esta técnica se utiliza en los quistes del conducto excretor o en las formas crónicas de bartholinitis, clásicamente no se realiza rutinariamente en cuadros agudos de primera vez, sin embargo algunos autores si lo recomienda.</p>	<p>C (E. Shekelle) (Omole, 2003) III (E. Shekelle) Ahued, 2003</p>
E	<p>En un metanálisis de estudios clínicos no controlados (ECA) con fines de analizar la recurrencia de diversas técnicas quirúrgicas terapéuticas de absceso de glándula de bartholin la Marzupialización fue la que menos recidiva presento como tratamiento conservador.</p>	<p>Ia (E. Shekelle) Wechter, 2009</p>
R	<p>En pacientes con abscesos de glándula de bartholin recidivante la Marzupialización esta recomendada.</p>	<p>A (E. Shekelle) Wechter, 2009</p>
R	<p>Si la paciente es peri o posmenopáusica, además del drenaje o marsupialización, debe considerarse la posibilidad de biopsia selectiva de la glándula.</p>	<p>C (E. Shekelle) (Ahued Ahued)</p>

Escleroterapia con alcohol en casos de Quiste de glándula de bartholin

E	<p>Durante la escleroterapia con alcohol, se utiliza una aguja para drenar el quiste posteriormente se llena la cavidad con alcohol líquido al 70%, dejándolo en su interior durante cinco minutos y después de drena. La tasa de recurrencia fue del 8-10% a los siete meses</p>	<p>Ia (E. Shekelle) Wechter, 2009 C (E. Shekelle) (NHS, 2012)</p>
----------	---	---

Nitrato de Plata en casos de Quiste de glándula de bartholin

E	<p>El nitrato de plata es utilizado en medicina, para cauterizar (quemar) los extremos de los vasos sanguíneos sangrantes, en la ablación de la glándula de bartholin, se aplica en forma de palo sólido de 0.5cm de ancho por 0.5 cm de largo, el cual requiere para su aplicación una incisión o corte en los tejidos en donde se aplicará durante 2 a 3 días drenando previamente el contenido de la glándula, pudiendo desprenderse la cavidad de la glándula y la pieza del inserto.</p>	<p>Ia (E. Shekelle) Wechter, 2009 C (E. Shekelle) (NHS, 2012)</p>
----------	---	---



La recurrencia de la ablación con nitrato de plata se observó en un 4% después de dos meses de tratamiento, siendo menor que la escleroterapia con alcohol.

Ia
(E. Shekelle)
Wechter, 2009
III
(E. Shekelle)
(*NHS, 2012*)

Tratamiento con bióxido de Carbono laser en casos de Quiste de glándula de bartholin



Este procedimiento implica la aplicación de láser con diversos fines, siendo los más utilizados los siguientes:

- Crear una abertura en la glándula para drenar el contenido de la glándula
- Eliminar la glándula

III
(E. Shekelle)
(*NHS, 2012*)



La recurrencia con esta técnica se reporta en un 2%.

Ia
(E. Shekelle)
Wechter, 2009

Fistulización con inserción de catéter balón (catéter de Word) en casos de Quiste de glándula de bartholin



La inserción del catéter balón o catéter de Word tiene como fin la fistulización de la glándula, para que tenga drenaje la producción de líquido intraglandular, y así evitar su acumulación a futuro es un procedimiento sencillo, rápido y poco invasivo, a falta del catéter de Word puede utilizarse una sonda de Foley No. 10

III
(E. Shekelle)
(*NHS, 2012*)
Ia
(E. Shekelle)
Wechter, 2009



Con este método los resultados se observa la curación en promedio tres semanas y la tasa de recurrencia fue del 4-17% a los seis meses

Ia
(E. Shekelle)
Wechter, 2009



Algunos autores aconsejan como tratamiento quirúrgico de primera elección la fistulización o colocación de catéter de Word en bartholinitis aguda o quistes.

Cuando no se cuente con catéter de Word puede utilizarse sonda de Foley.

C
(E. Shekelle)
(*Omole, 2003*)
III
(E. Shekelle)
Agostini, 2010

R

Esta técnica puede realizarse con anestesia local o general de acuerdo a cada caso.

La aplicación del catéter balón se realiza posterior a una incisión en el quiste o absceso para drenar su contenido, posteriormente se inserta el catéter con balón sin inflar y ya inserto se inflará el balón.

En estados unidos de Norte América es ampliamente utilizado.

C
(E. Shekelle)
(NHS, 2012)

E

Dentro de las complicaciones reportadas por la fistulización se encuentran:

- Dolor
- Dispareunia
- Edema de labios mayores
- Infección
- Recurrencia
- Sangrado
- Cicatriz

III
(E. Shekelle)
(NHS, 2012)

E

La recurrencia en forma general de estos procedimientos conservadores se reporta en cerca de 20%, identificando a la biopsia por aspiración la que mayor recurre (38%).

III
(E. Shekelle)
(NHS, 2012)

4.10 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RADICAL (ESCICIÓN GLANDULAR)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	<p>Consiste en efectuar la extracción completa de la glándula y su conducto excretor, pudiendo llevarse a cabo en promedio hasta una hora.</p> <p>Se realiza cuando la formación quística ha sustituido a la glándula de bartholin.</p> <p>III (E. Shekelle) <i>Agostini, 2010</i></p> <p>III (E. Shekelle) <i>(NHS, 2012)</i></p> <p>C (E. Shekelle) <i>(Omole, 2003)</i></p>

E

Esta indicada en quistes de la glándula bartholin, cuando la formación quística ha sustituido a la glándula.

Se realiza una incisión amplia en el surco ninfomeneal, con el fin de efectuar la disección entre la formación quística y la pared vaginal, en forma cuidadosa para evitar su ruptura y sangrado, principalmente en la cara externa, donde se sitúan los vasos nutricios y el bulbo vestibular con hemostasia minuciosa por alto riesgo de hemorragia.

es necesario realizar exéresis de la formación quística y de la glándula de bartholin restante, con el fin de evitar recidivas.

III
(E. Shekelle)
Agostini, 2010
III
(E. Shekelle)
(NHS, 2012)

R

Sus indicaciones son las mismas que las de marzupialización y en casos de:

- Presencia de quiste localizado
- En sospecha de neoplasia principalmente en las mujeres menopáusicas.

III
(E. Shekelle)
Agostini, 2010
C
(E. Shekelle)
(NHS, 2012)

✓/R

La Bartholinectomia esta indicada en la forma quística sin infección aguda.

Punto de Buena Práctica

R

La tasa de recurrencia se encontró que fue del 0-3%.

Ia
(E. Shekelle)
Wechter, 2009

E

La lubricación necesaria para la calidad de la relaciones sexuales está garantizada principalmente por trasudación vaginal, las secreciones de la glándula de bartholin son accesorias, la ausencia de las mismas, no causa sequedad vaginal o dispareunia.

III
(E. Shekelle)
Agostini, 2010

R

La extirpación de la glándula de Bartholin no afecta en la respuesta sexual.

C
(E. Shekelle)
Agostini, 2010

4.11 CRITERIOS DE REFERENCIA

4.11.1 DE PRIMER A SEGUNDO NIVEL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Toda paciente con datos de patología de glándula de Bartholin debe ser enviada a valoración y atención por médico Ginecólogo de segundo nivel.</p>	Punto de Buena Práctica

4.12 CRITERIOS DE REFERENCIA

4.12.1 DE SEGUNDO A TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Deben enviarse a ginecología de tercer nivel de atención las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con sospecha de malignidad de glándula de Bartholin o diagnóstico confirmado por biopsia de malignidad. - Pacientes con recidiva postbartholinectomía. 	Punto de Buena Práctica

4.13 SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Las pacientes con patología de glándula de Bartholin que haya sido tratada medicamente o quirúrgicamente debe ser revalorada durante la primer semana y hasta que se corrobore remisión del cuadro en el segundo nivel de atención.</p>	Punto de Buena Práctica

5. ANEXOS

5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

Diagnóstico y Tratamiento de Quiste y absceso de la Glándula de Bartholin en los Tres niveles de Atención La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.
Publicados durante los últimos 12 años.
Documentos enfocados a diagnóstico o tratamiento.

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término MeSh: Bartholin's Glands. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): microbiology, diagnosis, physiopathology, therapy, ultrastructure, surgery, pathology and drug se limitó a la población de adultos mayores de 19 años de edad. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 9 resultados de utilidad en la elaboración de la guía.

Protocolo de búsqueda de GPC.

Resultado Obtenido

Search ("Bartholin's Glands/drug effects"[Mesh] "Bartholin's Glands/pathology"[Mesh] OR "Bartholin's Glands/physiopathology"[Mesh] OR "Bartholin's Glands/surgery"[Mesh] OR "Bartholin's Glands/therapy"[Mesh] OR "Bartholin's Glands/ultrastructure"[Mesh]) Filters: Free full text available; Full text available; Abstract available; published in the last 10 years; Humans; Review; Systematic Reviews; English; Spanish" Search bartholin's Glands Schema: all Filters: Free full text available; Full text available; Abstract available; published in the last 10 years; Humans; Review; Systematic Reviews; English; Spanish Search Bartholin's Glands Filters: Free full text available; Full text available; Abstract available; published in the last 10 years; Humans; Review; Systematic Reviews; English; Spanish" published in the last 10 years; Humans; Review; Systematic Reviews; English; Spanish; Female; Adult: 19+ years"Reviews; English; Spanish; Female; Adult: 19+ years"

("2002/01/01"[PDAT] : "2012/09/19"[PDAT]))

Algoritmo de búsqueda

1. Bartholin's Glands [Mesh]
2. Pathology
3. Physiopathology [Subheading]
- 4.- Surgery [Subheading]
- 5.- Therapy [Subheading] 5.-Ultrastructure"[Mesh] 3.-
- 6.- Diagnosis [Subheading]
7. #2 OR #3 OR #4
8. #1 And #7
9. 2002[PDAT]: 2012[PDAT]
10. Humans [MeSH]
11. #8 and # 10
12. English [lang]
13. Spanish [lang]
14. #12 OR # 13
15. #11 AND # 14
16. Guideline [ptyp]
17. #15 AND #12
18. Aged 80 and over [MesSH]
19. #17 AND #18
20. - # 1 AND (# 2 OR # 3 OR #4 OR #5 OR #6) AND #9 AND #10 AND (#12 OR #13) and (#16) and #18

Segunda etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda en 6 sitios de Internet en los que se buscaron guías de práctica clínica, en 6 de estos sitios se obtuvieron 40 documentos, de los cuales se utilizaron 8 documentos para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Obtenidos	Utilizados
1	NGC	0	0
2	TripDatabase	85	4
3	NICE	1	1
4	http://www.fisterra.com/guias-clinicas/patologia-glandulas-bartolino/#guia	1	
5	American Family Physician	1	1
6	CDC	1	1
Totales		89	20

5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Criterios para Gradar la Evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006) .

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
Ila. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
Ilb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

CUADRO I. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES VULVARES SOLIDAS Y QUISTICAS.

Lesión	Localización	Características
Lesiones quísticas		
Quiste de Bartholin	Vestíbulo	Es usualmente unilateral, asintomática si permanece pequeño
Quiste de inclusión epidermoide	Usualmente en el labio mayor	Es benigno, móvil, no doloroso, causado por trauma u obstrucción de conductos polibaceos
Quiste mucoso del vestíbulo	Labio menor, vestíbulo, área periclitórida	Suave menos de dos centímetros de diámetro, localización superficial, solitario o múltiple, usualmente asintomático.
Hidroadenoma	Entre el labio mayor y menor	Benigno, crecimiento lento, pequeño de 2 mm a 3 cm, que se deriva de las glándulas apocrinas.
Quiste del canal de Nuck	Labio menor, monte de venus	Suave, puede simular una hernia inguinal
Quiste del conducto de Skene	Adyacente al meato uretral en el vestíbulo	Benigno, asintomático, si es grande puede causar obstrucción uretral y retención urinaria.
Lesiones solidas		
Fibroma	Labio mayor, cuerpo perineal, introito	Firme, asintomático, puede desarrollar pedículo, puede presentar degeneración mixomatosa, potencia para malignizarse.
Lipoma	Labio mayor y clítoris	Benigno crecimiento lento sésil o pediculado
Leiomioma	Labio mayor	Raro, solitario, firme.
Acrocordón	Labio mayor	Benigno, tamaño variable, habitualmente pedunculado puede ser sésil, polipoide en apariencia.
Neurofibroma	Multicéntrica	Pequeño, polipoide en apariencia, múltiple; asociado con enfermedad de Recklinhausen's
Angioqueratoma	Multicéntrica	Raro, benigno, vascular, variable en tamaño y forma, solo o múltiple; asociado al embarazo, asociado con enfermedad de Fabry's.
Carcinoma de células escamosas	Multicéntrica	Relacionado a enfermedad epitelial en mujeres mayores de 40 años y a VPH en mujeres jóvenes.

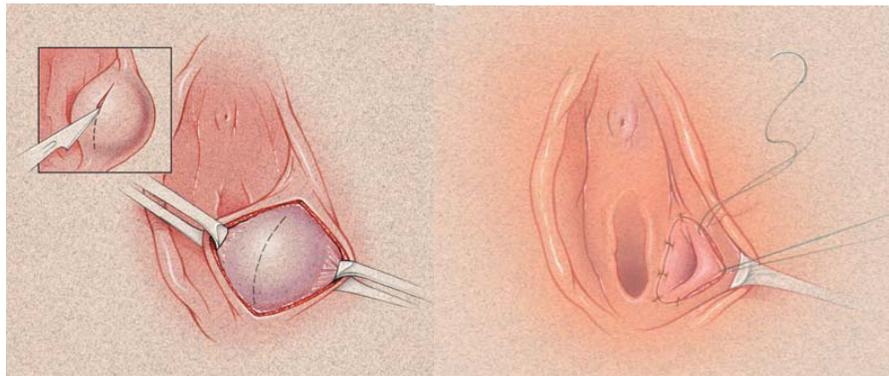
Fuente: Folashade Omole, M.D., Barbara J. Simmons, M.D., And Yolanda Hacker, M.D. Morehouse School of Medicine, Atlanta, Georgia Management of Bartholin's Duct Cyst and Gland Abscess Management of Bartholin's Duct Cyst and Gland Abscess. American Family Physician. July 1, 2003 / Volume 68, Number 1: 135-140.
www.aafp.org/afp

IMAGEN 1 ABSCESO DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN IZQUIERDA



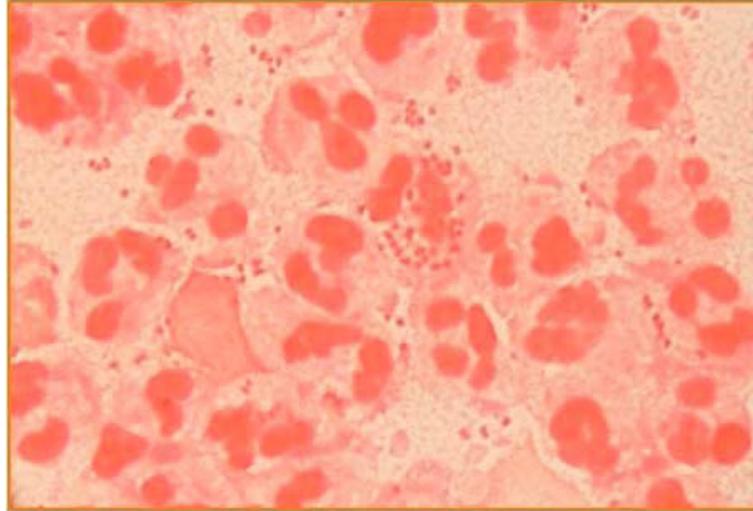
Fuente: Folashade Omole, M.D., Barbara J. Simmons, M.D., And Yolanda Hacker, M.D. Morehouse School of Medicine, Atlanta, Georgia Management of Bartholin's Duct Cyst and Gland Abscess Management of Bartholin's Duct Cyst and Gland Abscess. American Family Physician. July 1, 2003 / Volume 68, Number 1: 135-140. www.aafp.org/afp

IMAGEN 2 MARZUPIALIZACIÓN



Fuente: Folashade Omole, M.D., Barbara J. Simmons, M.D., And Yolanda Hacker, M.D. Morehouse School of Medicine, Atlanta, Georgia Management of Bartholin's Duct Cyst and Gland Abscess Management of Bartholin's Duct Cyst and Gland Abscess. American Family Physician. July 1, 2003 / Volume 68, Number 1: 135-140. www.aafp.org/afp

FIGURA 1. TINCIÓN GRAM DE EXUDADO URETRAL DE PACIENTE CON URETRITIS GONOCÓCICA (x 1000)



Fuente: Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. EIMC. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales. 2007.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE QUISTE O ABSCESO DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

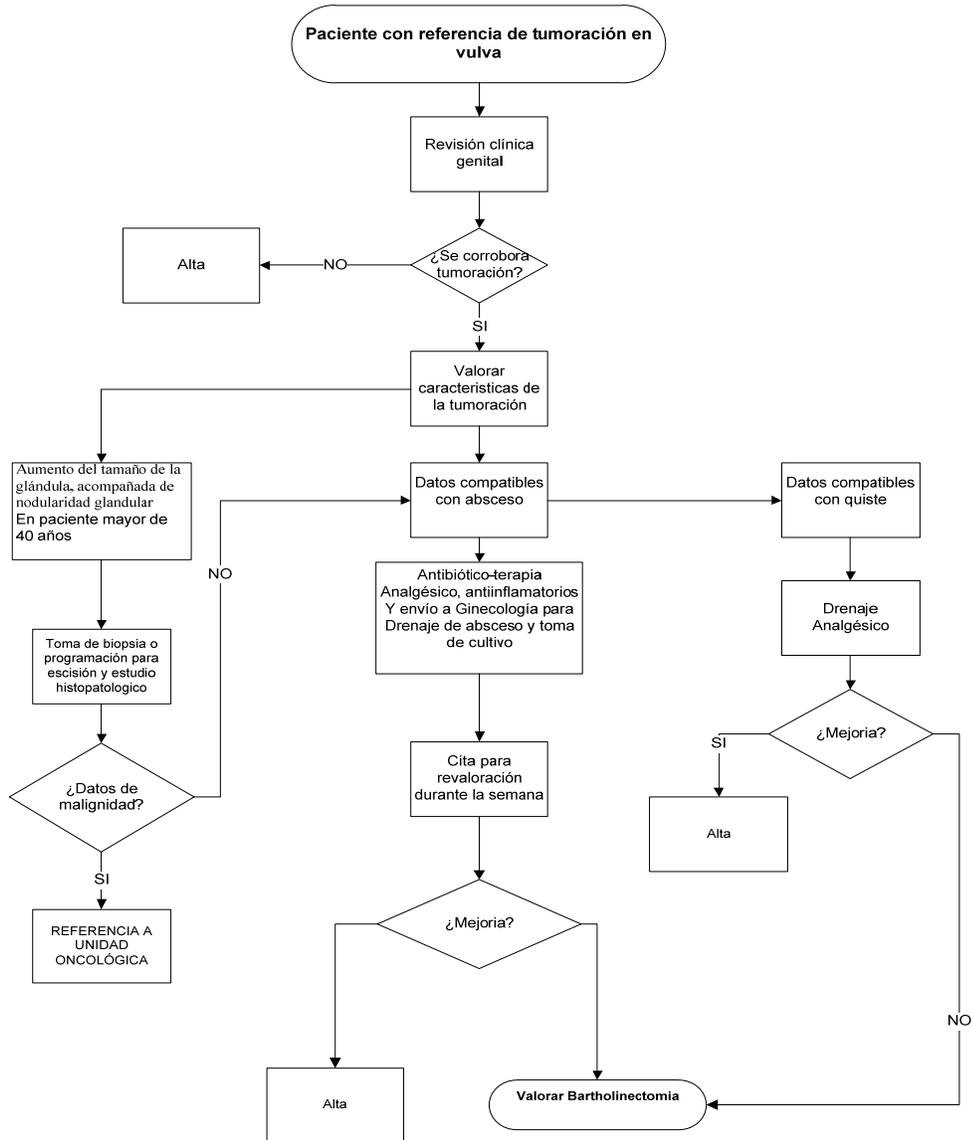
			ml		candidiasis bucal.	de ciprofloxacino. Con teofilina se aumentan las reacciones adversas en sistema nervioso.	
4255	Ciprofloxacina	Cápsulas de 250 mg 2 Una o dos tabletas cada 12 hrs	Cápsula o tableta 250 mg Caja con 8 capsulas	Durante 7 a 14 días	Cefalea, convulsiones, temblores, náusea, diarrea, exantema, candidiasis bucal.	Los antiácidos reducen su absorción oral. El probenecid aumenta los niveles plasmáticos de ciprofloxacino. Con teofilina se aumentan las reacciones adversas en sistema nervioso.	Hipersensibilidad a quinolonas, lactancia materna y niños. Precauciones: Insuficiencia renal.
1973	CLINDAMICINA	Intravenosa. Intramuscular. Adultos: 300 a 600 mg cada 6 a 8 horas; dosis máxima 2.4 g / día.	Solución Inyectable. Cada ampollita contiene: Fosfato de Clindamicina equivalente a 300 mg de clindamicina. Envase con 1 ampollita de 2 ml (150 mg / ml).	De 2 a 6 semanas y revaloración según evolución	Náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, hipersensibilidad inmediata.	Su efecto se antagoniza con el uso de cloranfenicol y eritromicina. Aumenta el efecto de los relajantes musculares. Con caolín se disminuye su absorción. Con difenoxilato o loperamida se favorece la presencia de diarrea.	Hipersensibilidad a las lincosamidas. Colitis ulcerosa. Insuficiencia hepática.
2128	Amoxicilina	500 a 1000 mg cada 8 horas.	Cápsula con Amoxicilina 500mg Envase con 12 ó 15 cápsulas	Durante 7 a 14 días	Náusea, vómito, diarrea.	Con probenecid y cimetidina aumentan su concentración plasmática.	Riesgo en embarazo B Hipersensibilidad a las penicilinas o a las cefalosporinas.
4254	Ceftazidima,	Adultos: 1 g cada 8 a 12 horas, hasta 6 g/día.	Envase con un frasco ampula y 3 ml de diluyente.	Durante 7 a 14 días	Angioedema, broncoespasmo, rash, urticaria, náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, neutropenia, en ocasiones agranulocitosis, flebitis.	Con furosemida y aminoglucósidos, aumenta el riesgo de lesión renal. Se incrementa su concentración plasmática con probenecid.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Insuficiencia renal.
1937	Ceftriaxona	Adultos: 1 a 2 g cada 12 horas, sin exceder de 4 g/día.	Frasco ampula con Ceftriaxona sódica equivalente a 1 g Envase con un frasco ampula y 10 ml de diluyente.	Durante 7 a 14 días	Angioedema, broncoespasmo, rash, urticaria, náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, neutropenia, en ocasiones agranulocitosis, flebitis.	Con furosemida y aminoglucósidos, aumenta el riesgo de lesión renal. Se incrementa su concentración plasmática con probenecid.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Insuficiencia renal.
1940	Doxiciclina	El primer día 100 mg cada 12 horas y continuar con 100 mg/día, cada 12 ó 24 horas	Cápsula o tableta Cada cápsula o tableta contiene: Hiclato de doxiciclina equivalente a 100 mg de doxiciclina. Envase con 10	Durante 6 a 8 días y valoración	Anorexia, náusea, vómito, diarrea, prurito, fotosensibilidad, colitis, reacciones alérgicas. En niños pigmentación de los dientes, defectos del esmalte y retraso del	Induce las enzimas microsomales hepáticas, por lo tanto favorece la biotransformación y disminuye la concentración plasmática de los medicamentos. Con terfenadina, astemizol, cisaprida, midazolam	Hipersensibilidad al fármaco.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE QUISTE O ABSCESO DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

			cápsulas o tabletas.		crecimiento óseo.	y triazolam aumentan efectos adversos.	
1954	Gentamicina	Ampolleta con 80 MG DE Sulfato de gentamicina Adultos: De 3 mg/kg /día, administrar cada 8 horas. Dosis máxima 5 mg/kg/día.	Envase con ampolleta con 2 ml.	De 7 a 14 días	Ototoxicidad (coclear y vestibular), nefrotoxicidad, bloqueo neuromuscular.	Aumentan sus efectos tóxicos con: Furosemida, cisplatino, indometacina, amfotericina B, vancomicina, ciclosporina A, cefalosporinas. Con penicilinas aumenta su efecto antimicrobiano.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Insuficiencia renal, botulismo, miastenia gravis, enfermedad de Parkinson.
1308.01	Metronidazol	500 a 750 mg cada 8 horas por 10 días.	Tabletas Cada tableta contiene: Metronidazol 500 mg Envase con 30 tabletas.	Durante 8 a 10 días	Vértigo, cefalea, náusea, vómito, anorexia, cólicos, diarrea, calambres abdominales, depresión, insomnio.	Con la ingestión de alcohol se produce el efecto antabuse, con la ciclosporina puede aumentar el riesgo de neurotoxicidad	Hipersensibilidad al fármaco. No ingerir alcohol durante el tratamiento, insuficiencia hepática y renal.

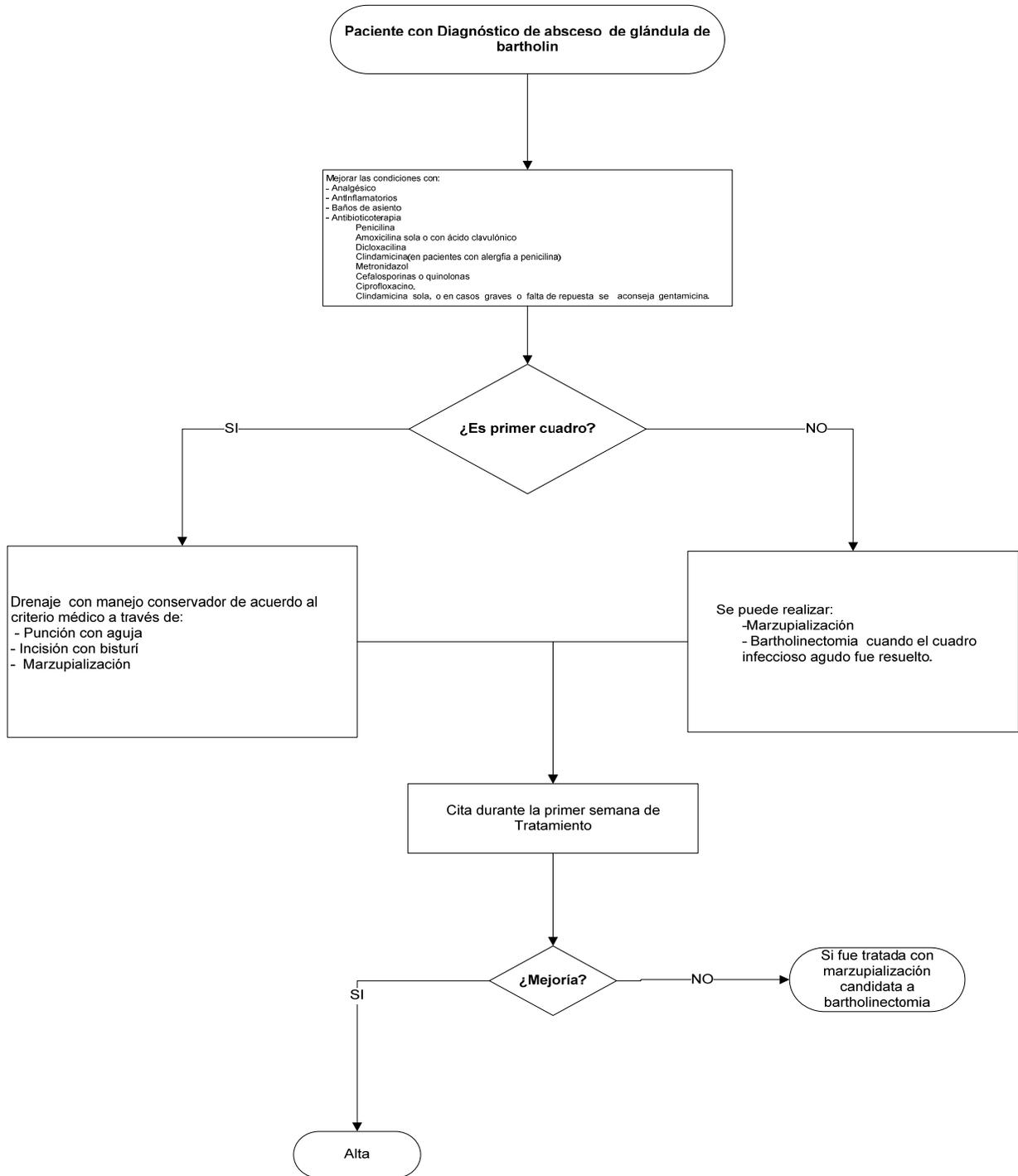
5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO

DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA DE ABSCESO Y QUISTE DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN

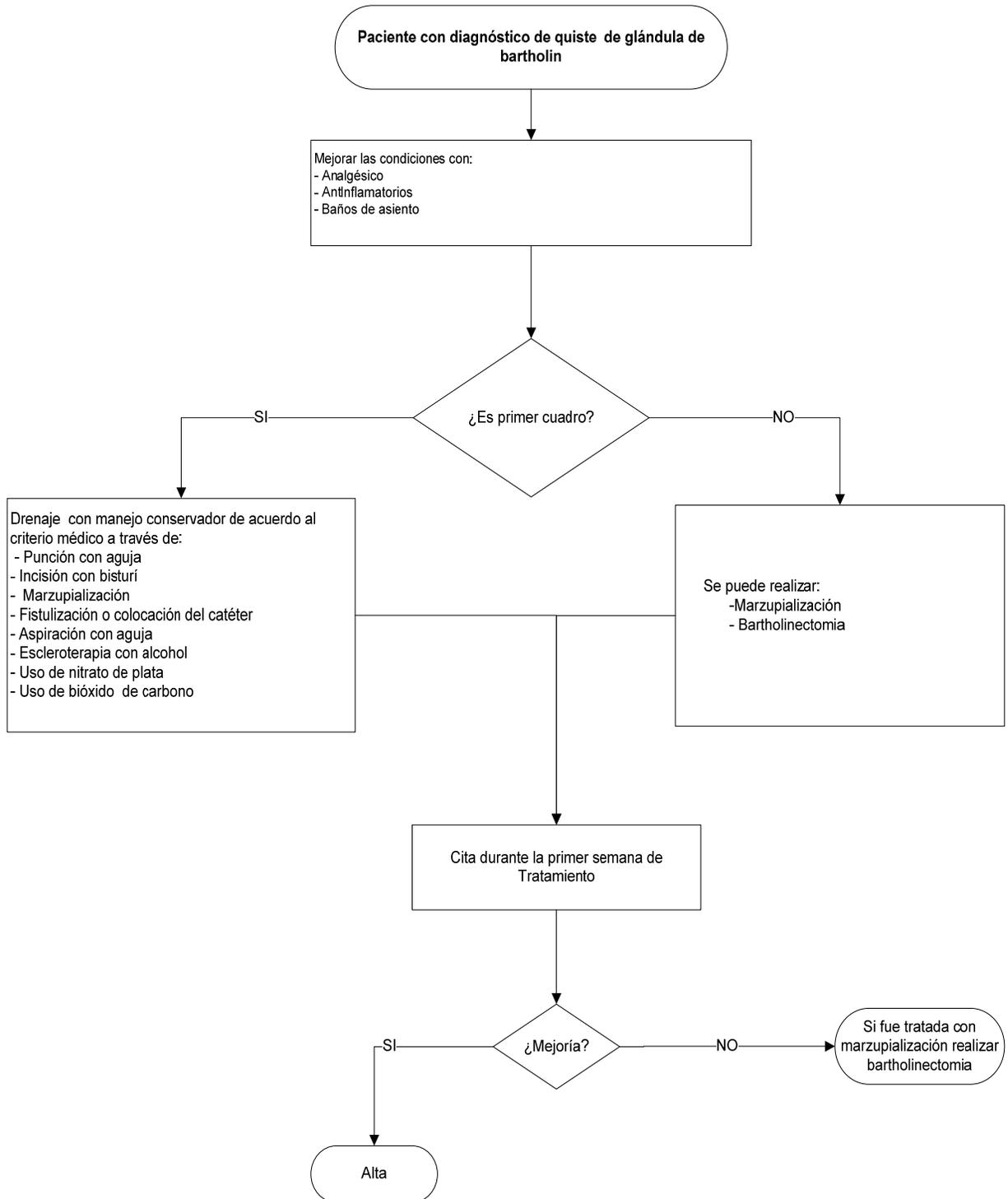


* Se indicara de acuerdo a cada caso o pacientes los siguientes medicamentos
 Penicilina
 Amoxicilina sola o con ácido clavulónico
 Dicloxacilina
 Clindamicina(en pacientes con alergia a penicilina)
 Metronidazol
 Cefalosporinas o quinolonas
 Clindamicina sola, o en casos graves o falta de respuesta se aconseja asociarla a gentamicina
 Ciprofloxacino.

TRATAMIENTO DE ABSCESO DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN



TRATAMIENTO DE QUISTE DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN



6. GLOSARIO.

Absceso: Acumulación de pus que forma una protuberancia.

Antimicrobiano: Medicamento o sustancia que destruye las bacterias e impide su crecimiento o replicación.

Antibiótico: Sustancia o medicamentos con capacidad de destruir o interferir en el desarrollo de un organismo vivo, generalmente bacterias.

Marzupialización quirúrgica: Procedimiento quirúrgico para el drenaje de un quiste, se realiza haciendo una incisión en las paredes del saco del quiste, de forma que pueda vaciarse el contenido y quede como resultado una bolsa parecida a la de los marsupiales, cerrando convenientemente la incisión con un taponamiento, se forma, cuando cura, tejido granulado que cierra el agujero resultante.

Quiste: Saco cerrado en o debajo de la piel o capa revestida de epitelio y que contienen un material fluido o semisólido.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. A.D.A.M., American Accreditation HealthCare Commission (www.urac.org).
2. Agostini A, Provansal M. Treatment Chirurgical des Lesions of the Glande Bartholin benignes do vagin. EMC Elsevier Masson SDS. Techinques Chirurgicales Gynecologie: 2010:41-858.
3. Ahued Ahued , Carlos Fernández del Castillo S, Rene Bailón Uriza, 2ª Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. , México 2003. ISBN 970-729-009-9. Ginecología y Obstetricia
4. Bartholin's cyst, also called a Bartholin's duct cyst, is a small growth just inside the opening of a woman's vagina. Cysts are small fluid-filled sacs that are usually harmless. NHS, 2012
Disponible en CONSULTADO 2012
<http://www.nhs.uk/Conditions/Bartholins-cyst/Pages/Symptoms.aspx>
5. De Cherney Alan H, Natth Lauren, Murphy Goodwin T, Laufer Neri. Puerperio normal. En Diagnóstico y Tratamiento Ginecobstetricos. 9ª Edición Traducida de la 10ª edición en ingles. Manual Moderno.2007. Capítulo 12.pag: 618.
6. De Palo G, Chanem W, Dexeus S. Patología y Tratamiento del Tracto Genital Inferior. Enfermedades de la Vulva. Tumores benignos y procesos tipo tumoral. Ed. Masson S.A. 2001:225-228.
7. Department of Health And Human Services Centers For Disease Control, And Prevention. (CDC) Sexually transmitted disease Treatment Guidelines, 2010. MMWR. Vol. 59, 2010.
8. Guías Clínicas Patología de la glándula de bartholin, 2008. fisterra.com/guías-/clinicaspatologia-glandulas-bartholino.
9. Guías Diagnósticas de Ginecología y Obstetricia. Capítulo 21: Bartholinitis
Disponible y consultado 28 /03/2012
http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gineco/21bartholinitis.pdf
10. Goetsch Martha F.,Incidence of Bartholin's duct occlusion after superficial localized vestibulectomy. Am J Obstet Gynecol 2009;200:688.
11. Mosby's Medical, Nursing, &Allied Health Dictionary. Mosby Inc, an Elsevier Science Imprint, Edición en español. 2003. Madrid España.
12. National Institute for Health and Clinical Excellence(NICE). 2011Balloon catheter insertion for Bartholin's cyst or abscess.
Consultado y disponible: 17 Sep 2012
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12140/46577/46577.pdf>
13. NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
Disponible y consultado 20/09/2012
<http://www.hsph.harvard.edu/population/aids/mexico.aids.02.htm>
14. Omole Folashade, Barbara J. Simmons, And Yolanda Hacker, M. Management of Bartholin's Duct Cyst and Gland Abscess Management of Bartholin's Duct Cyst and Gland Abscess. AMERICAN FAMILY PHYSICIAN. JULY 1, 2003 / VOLUME 68, NUMBER 1: 135-140.
www.aafp.org/afp
15. Owen Jane W., Koza Joseph, Towhid Shiblee, Robert R. Robertazzi, MS,a Michael F. Cabbad, Carl K. Hsu. Placement of a Word catheter: A resident training model. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2005) 192, 1385-7.
16. Parvathi S, Imapara AS, Thoduka TG. Bartholinitis caused by *Streptococcus pneumoniae*: Case report and

- review of literature. Indian J Pathol Microbiol,2012 Mar 29];52:265-6. Available from: <http://www.ijpmonline.org/text.asp?2009/52/2/265/48941>
17. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft-Tissue Infections. IDSA
Dennis L. Stevens,1,3 Alan L. Bisno,5 Henry F. Chambers,6,7 E. Dale Everett,13 Patchen Dellinger,2
Ellie J. C. Goldstein,8,9 Sherwood L. Gorbach,14 Jan V. Hirschmann,3,4 Edward L. Kaplan,15,16 Jose G.
Montoya,10,11,12 and James C. Wade1. Guidelines for Skin and Soft-Tissue Infections • CID
2005;41:1373-1406
Disponible: http://www.uphs.upenn.edu/bugdrug/antibiotic_manual/idsasst05.pdf
 18. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. EIMC.
Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales. 2007.
Disponible: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/microbiologia/cap24.pdf>
 19. Tanaka Kaori, Hiroshige Mikamo, Mochiyoshi Ninomiya, Teruhiko Tamaya, Koji Izumi, Kunihiro Ito,4
Kazukiyo Yamaoka,5 and Kunitomo Watanabe1. Microbiology of Bartholin's Gland Abscess in Japan.
JOURNAL OF CLINICAL MICROBIOLOGY, Aug. 2005, p. 4258-4261
 20. Wechter ME, Wu JM, Marzano D, Haefner H. Obstet Gynecol Surv. 2009 Jun;64(6):395-404. Management of Bartholin duct cysts and abscesses: a systematic review.
 21. Zapadiel Gutierrez Zarpadiel, De la Fuente Valero Jesús, Bajo Arenas José Manuel. Práctica de urgencias en Obstetricia y Ginecología (acorde a los protocolos de S.E.G.O) Madrid-Mayo, 2008

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 el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Srita. Luz María Manzanares Cruz

Secretaría
División de Excelencia Clínica. Coordinación de
UMAE

Sr. Carlos Hernández Bautista

Mensajería
División de Excelencia Clínica. Coordinación de
UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de la División 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. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefe de Área Médica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
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. Gloria Concepción Huerta García	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 / SSA

Mtro Salomón Chertorivski Woldenberg
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General del IMSS

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Mtro. Sergio Hidalgo Monroy Portillo
Director General del ISSSTE

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín
Titular del DIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel
Director General de PEMEX

Secretaría de Marina / SEMAR

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional / SEDENA

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General / CSG

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno
Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez
Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio
División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidente
Dr. Pablo Kuri Morales Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. David García Junco Machado Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Alfonso Petersen Farah Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Secretario del Consejo de Salubridad General	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Urólogo Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. José Rafael Castillo Arriaga Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega AlbaFull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dra. Martha Griselda del Valle Cabrera Directora General de Integración Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. José Meljem Moctezuma Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Francisco Hernández Torres Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza Directora General de Información en Salud	Titular
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Norberto Treviño García Manzo Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2012-2013
Dr. Germán Tenorio Vasconcelos Secretario de Salud en el Estado de Oaxaca	Titular 2012-2013
Dr. Jesús Frago Bernal Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tlaxcala	Titular 2012-2013
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dra. Sara Cortés Bargalló Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE QUISTE Y ABSCESO DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

Ing. Ernesto Dieck Assad

Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados

Asesor Permanente

Dr. Sigfrido Rangel Fraustro

Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud

Asesor Permanente

Dra. Mercedes Macías Parra

Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría

Invitado

Dr. Esteban Hernández San Román

Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC

Secretario Técnico