



**Jazmín Guadalupe Ruiz García**

**Erivan Robely Ruiz Sánchez**



**Dra. Mariana Catalina Saucedo Domínguez**

**Sexualidad humana**

**Cuadro comparativo de las ITS**

**3 “A”**

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de noviembre de 2023.

Enfermedad	Aspectos epidemiológicos	Clasificación	Cuadro clínico	Diagnostico	Tratamiento
<p><b><u>Herpes simple</u></b>  <b>Infección por el virus del herpes simple (VHS) afecta piel y mucosas, no deja inmunidad por lo que la infección dura toda la vida.</b>  <b>Ocasionada: por dos serotipos VHS-1 y VHS-2.</b></p> 	<p>No se tienen datos precisos sobre la incidencia y prevalencia. Afecta a todas las razas y a ambos sexo. La edad promedio de inicio de herpes genital es entre 20 y 25 años.</p>	<p>Estomatitis: gingivoestomatitis herpética, herpes labial.  Genital: vulvovaginitis y balanitis herpética.  Otros: proctitis herpética y herpes perianal, panadizo herpético, queratoconjuntivitis, herpes diseminado y eccema herpético.</p>	<p>Estomatitis: infección visible, con síntomas agudos; casos leves se manifiestan con múltiples úlceras superficiales, pequeñas y puntiformes que afectan las superficies de las mucosas orales queratinizantes y no queratinizantes; casos graves estas úlceras tienden a confluir, dando lugar a la formación de úlceras de mayor tamaño con bordes irregulares, rodeadas de un halo eritematoso, con fondo blanco.  Genital: Síntomas premonitorios 24 h antes, como sensación de ardor o quemadura y prurito leve.  Otros tipos: El panadizo herpético; aparece en los dedos</p>	<p>Vesículas agrupadas sobre una base eritematosa o úlceras pequeñas con la misma disposición, precedidas de ardor y prurito citodiagnóstico de Tzanck, en el que se realiza una impronta de las lesiones biopsia, por otra parte, se debe obtener de manera ideal a partir de una vesícula intacta.</p>	<p>-Tratamiento local.  Aciclovir crema 5%, herpes Labio  Enjuague antiséptico + clorhidrato de difenhidramina, gingivoestomatitis  -Tratamiento sistémico.  Aciclovir 200mg/5 veces al día</p>
<p><b><u>Sífilis</u></b>  <b>Infección sistémica de evolución subaguda o crónica.</b>  <b>Ocasionada: Treponema pallidum</b></p> 	<p>Factores que incrementan:  Drogas  Crack  Relaciones sexuales Múltiples parejas sexuales.  Trabajo sexual  Grupos afectados: 15 y 25 años.  Estudiantes  Migrantes  Personas que se dedican al trabajo sexual</p>	<p>Chancro.  Secundarismo (5)  Sífilide maculosa o roséola sífilítica  Sífilide papulosa  Sífilide papulocostrosa  Sífilide papuloescamosa o psoriasiforme  Sífilide papuloerosiva o condilomas planos  Relapso  Sífilis tardía benigna</p>	<p>Chancro: aparece dos a tres semanas después de la inoculación del treponema y tiende a desaparecer de manera espontánea en tres a seis semanas sin dejar cicatriz.  Secundarismo (5): manifestaciones sistémicas de la infección aparecen hasta 6 semanas o 6 meses después. Llegan a afectarse piel, ganglios, anexos cutáneos y mucosas, además debe observarse síntomas generales.  Sífilide maculosa o roséla sífilítica: erupción macular con lesiones lenticulares rosadas, asintomáticas y de aparición súbita que predominan en tronco,</p>		<p>Doxiciclina; 100 mg VO cada 12 h</p>

cuello y raíz de miembros, aunque no afecta la cara.  
 Sifilide papulosa: afecta palmas y plantas, en donde son firmes, induradas, de color rojo cobrizo y a menudo están rodeadas de un collarite de escama fina (collar de Biette).  
 Sifilide papulocostrosa: pápulas se encuentran cubiertas por costras melicéricas, lesiones muy infectantes, pues son ricas en treponemas.  
 Sifilide papuloescamosa o psoriasiforme: pápulas están cubiertas por escama blanquecina de aspecto psoriasiforme, pero la psoriasis no tiene pápulas y se presenta sobre todo en salientes óseas.  
 Sifilide papuloerosiva o condilomas planos: Pápulas que se erosionan en sitios húmedo no forman costra resultan asintomáticas e infectantes.

**Linfogranuloma venéreo.**  
**Infección sistémica de transmisión sexual**  
**Ocasionada:**  
**Serotipos L1,L2 y L3 de chlamydia trachomatis**

**Linfogranuloma Venereo**



Presente en todo el mundo.  
 Prevalce en Asia, África, el Caribe y Golfo de México.  
 Mayor frecuencia:  
 Adolescentes  
 Adultos jóvenes  
 Personas de bajo nivel socioeconómico.

Serotipos: L1, L2 y L3.

1 etapa: ocurre entre 3 y 12 días después de la inoculación, inicia como pápula, vesícula herpetiforme o pequeña erosión, dura poco y es asintomática.  
 2 etapa: fase linfogranulomatosa, la piel se observa rojiza y dematosa, se forma una fistula que no cicatriza, dura varias semanas.  
 3 etapa: fase mas destructiva , aparece proctitis, estenosis rectal, abscesos perineales, fistulas y edema genital.

Exudado de lesiones o de la pus extraído por punción del bubón.  
 ELISA  
 PCR  
 Dx diferencial: la lesión tiene menor tamaño que el chancro sifilítico, carece de base indura y dolorosa; el VDRL son negativos.

Tetraciclina 500 mg de cada 6 hrs.  
 Doxiciclina 100 mg cada 12 hrs.  
 Eritromicina 500 mg cada 6 h durante 21 días.

### Granuloma inquina.

Infección crónica, granulomatosa, afecta la región anogenital y la ingle; se caracteriza por úlceras destructivas y poco dolorosas.

Ocasionada: *Cabymmatobacterium granulomatis*.



Mayor frecuencia: Países subtropicales y tropicales; Brasil, India, Sureste de China, la costa Occidental de África y las Indias Occidentales. Predomina en varones.

Periodo de incubación 3 a 40 días.  
Pápula firme o nódulo no tan firme que crece con rapidez y forma una úlcera de bordes definidos, lisis y elevados.  
Úlcera poco dolorosa.  
Mujer: se presenta en labios mayores y menores y pubis.  
Hombres: se presenta en pene, periné, pubis y región perianal.  
La lesión llega a ulcerarse, crecer, hacerse más profunda y diseminarse por autoinoculación.

Estudio histopatológico: infiltrado inflamatorio en macrófagos y neutrófilos.  
Demostración de C. granulomatis en el interior de las células.

Trimetoprim con sulfametoxazol 160/800 cada 12 hr por 15 días.  
Tetraciclina 500 mg cada 6 hr por 3 semanas.  
En embarazadas: eritromicina 500 mg cada 6 hr por 2 semanas.

### Chancroide

O infección de Ducrey, infección genital, se caracteriza por úlceras genitales muy dolorosas.

Ocasionada: *Haemophilus ducreyi*



Distribución mundial  
Incidencia climas calidos.  
Predomina: Europa, América, Asia y África.  
México mas de 1000 casos en 2003.  
Cofactor de la transmisión del VIH.  
Mayor incidencia entre 25 y 30 años.  
Se presenta en hombres.

Periodo de incubación de 24 a 48 hr.  
Aparecen papulas únicas y multiples que evolucionan e horas a pustulas y se ulceran.  
Hombres: afecta el frenillo, prepucio, surco balanoprepucial y glande.  
Mujer: afecta labios, vestíbulo, clítoris, pared vaginal y por extensio introito, cérvix y región perianal.  
La piel que recubre al absceso esta roja y delgada, lo que forma fistulas.

Se debe recolectar secreción del bubón para realizar tinción Gram y cultivo.  
Tinción Gram: se observa cocobacilo gramnegativo, pleomórfico en cpnglomerados.

Ciprofloxacina 500 mg c/12 hr V.O  
Ofoxacina 400 mg c/12 h por 3 días.  
Eritromicina 500 mg VO c/6 hr por 7 días.  
Axitromicina 1 g V.O o ceftriaxona 250 mg IM dosis única.

### Citomegalovirus

Pertenece a la familia de los Herpesviridae, por lo que comparte, con el resto de los virus herpes, el ser una infección de por vida con periodo de latencia.





Distribución mundial, afecta a cerca de 50 % de la población de adultos mayores de 40 años, con mayor incidencia en poblaciones de bajo nivel socioeconómico.  
Están influenciadas por la edad de la primera relación sexual, el total de años de vida sexual activa y el tiempo de relaciones sexuales antes del primer embarazo.

Es asintomática, pero en los pacientes inmunosuprimidos o con alguna otra ITS, como hepatitis B o VIH, produce sintomatología similar a una mononucleosis infecciosa, con adenopatía, fiebre y ataque al estado general.  
estado inmunológico muy deteriorado, hay impacto en el sistema digestivo, la retina (con ceguera), pulmones y SNC.

Serología, también se pueden realizar cultivos de tejido afectado  
Debe sospecharse CMV en úlceras crónicas de pacientes con VIH, sobre todo cuando el conteo de CD-4 es menor a 100 células/ $\mu$ L.

En Px con inmunidad normal, prácticamente no produce sintomatología, por lo que es innecesario dar tratamiento.  
SIDA están asociadas con el conteo de CD4, es indispensable no omitir en ellos la terapia con antirretrovirales  
Valanciclovir VO 900 mg c/12 h por 21 días  
900 mg c/24 h  
Ganciclovir  
Dispositivo de liberación intraocular (vitraser) Cada 6 meses puede ser acompañado o no de 1 g VO c/8 h, 220 días  
Foscarnet IV, catéter central 90 mg/kg/12 h

					90 mg/kg/24 h por 14 días o más
<p><b><u>Gonorrea vaginal</u></b>  <b>La gonorrea o blenorragia es una ITS sexual muy conocida en la historia de la humanidad y aún vigente.</b>  <b>Ocasionada: Neisseria gonorrhoeae.</b></p> 	<p>La población más afectada es la que se encuentra entre los 18 a 25 años; la prevalencia de la infección es de 5% en los grupos de jóvenes sexualmente activos. La infección no confiere inmunidad, por lo que son frecuentes las infecciones repetidas. En general se cree que 2% de las mujeres con actividad sexual alberga <i>Neisseria gonorrhoeae</i>. La transmisión de la infección se produce por contacto sexual, con excepción de la oftalmoblenorrea del recién nacido, en que el contagio se verifica en el momento del parto durante el paso a través del canal vaginal infectado.</p>		<p>El periodo de incubación de la infección comprende entre 2 y 10 días. En las formas declaradas, se observa una vulvovaginitis de intensidad variable con flujo vaginal amarillo verdoso, purulento. Es rara la uretrocervicitis y llega a observarse secreción purulenta del endocérnix y de las glándulas de Skene. La afección de las glándulas de Bartholin en ocasiones es el primer signo de la infección, la cual se manifiesta por tumefacción dolorosa. La infección se propaga en sentido ascendente, dando lugar a salpingitis y peritonitis pélvica; tales complicaciones se definen en conjunto como "infección pélvica inflamatoria" (EPI)</p>	<p>Examen microscópico del gonococo (diplococo gramnegativo), el cual se basa en el examen directo de la secreción cervicovaginal. Examen bacteriológico con tinción rápida con azul de Löffler (azul de metileno alcalino). Tinción de Gram en donde aparecen diplococos gramnegativos semejantes a granos de café, algunas veces intraleucocitarios, en otros casos adheridos a la superficie celular. Cultivo en medio de agar chocolate o de Tallen-Martin. Inmunofluorescencia, que se efectúa sobre un frotis de secreción tomadol paciente (método rápido) o sobre un extendido de material cultivado (método retardado). Detección mediante PCR</p>	<p>Cefixima 400 mg VO(dosis única), o bien, ceftriaxona 250 mg IM (dosis única), Ciprofloxacina 500 mg por vía oral (dosis única)  Ofloxacina 400 mg VO en dosis única.</p>
<p><b><u>Clamidiiasis vaginal</u></b>  <b>se transmite al tener relaciones sexuales vaginales, anales u orales sin protección con una persona con infección por C. trachomatis, o bien de madre a hijo durante el parto.</b></p> 	<p>La incidencia por Chlamydia en las adolescentes es a todas luces superior a la de las mujeres adultas. La frecuencia de las formas asintomáticas puede alcanzar 80%. Los factores de riesgo son el consumo de tabaco, los antecedentes de infecciones por Chlamydia, pareja sexual reciente y la ectopia cervical.</p>		<p>En la mujer, a menudo es asintomática. La localización primaria se encuentra a nivel del epitelio cilíndrico endocervical. El epitelio glandular aparece hipertrofiado, con grandes papilas congestionadas, hemorrágicas y recubiertas por moco adherente. Rara vez se manifiesta cervicitis y vulvovaginitis subaguda con flujo vaginal blanco amarillento, prurito, ardor y en ocasiones dispareunia</p>	<p>El cultivo se realiza en células de McCoy o HeLa 229 tratadas. Las técnicas directas de inmunoenzimología utilizan uno o varios anticuerpos monoclonales.</p>	<p>Azitrocina 1 g por vía oral (dosis única); doxiciclina 100 mg VO dos veces al día durante 7 días, o bien, ofloxacina 300 mg VO durante 7 días, o levofloxacina 500 mg VO durante 7 días, o bien, eritromicina 500 mg VO cuatro veces al día durante 7 días.</p>

**Tricomoniasis vaginal** causada por *Trichomona vaginalis*, un protozoo flagelado anaerobio productor de una inflamación purulenta sui generis, de presentación frecuente en la patología del tracto genital inferior. Su periodo de incubación es de tres a 28 días.



**Vaginosis bacteriana** síndrome clínico relacionado con la sustitución de la flora lactobacilar normal de la vagina por una flora anaerobia. No existe una reacción inflamatoria en este síndrome lo que la distingue de las vaginitis. Gérmes: peptoestreptococos, bacteroides, *Eubacterium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* y *Mobiluncus*



**Micosis vaginal** La especie *Candida albicans* es de fácil hallazgo en la flora vaginal, es un germen habitual o exclusivo del ser humano y coloniza tracto gastrointestinal, vagina y piel. La difusión de la *Candida* hacia la vagina puede provenir del recto o de focos cutáneos, así como también por contacto sexual o a través de fómites



- La enfermedad se asocia al uso insuficiente del preservativo.
- La vaginosis bacteriana es la causa más frecuente de flujo vaginal anormal en las mujeres en edad reproductiva.
- Las mujeres más afectadas son las que mantienen relaciones sexuales con distintas parejas..

- Factores predisponentes son la gestación, los tratamientos con antibióticos y la diabetes mellitus.

Queja de secreciones vaginales demasiado abundantes, fétidas y nauseabundas olor "a pescado". El ardor o el prurito, el cérvix, lo mismo que la vagina y la vulva, muestran a menudo un aspecto normal y no existe un cuadro patognomónico. Los compañeros sexuales de las mujeres con vaginosis bacteriana suelen ser asintomático.

Se suele tratar de una vulvovaginitis de aparición brusca, asociada con flujo vaginal blanco, espeso y consistencia "cremosa" acompañado de prurito vulvar. Quizá haya dolor vaginal, dispareunia, eritema con ardor e irritación vulvar que a veces se extiende hasta el ano. En ocasiones

Examen en fresco, con observación microscópica de la secreción genital diluida en una gota de suero fisiológico, lo cual permite identificar los parásitos móviles  
Preparados de tinciones: May-Grunwald-Giemsa, acridina naranja o Papanicolaou El cultivo no es necesario ya que la sensibilidad y la especificidad de los exámenes directos son suficientes

Olor vaginal "a pescado" de la secreción vaginal, en especial después del coito. Secreciones vaginales de color grisáceo y que cubren con una capa muy delgada las paredes vaginales. Microscopia de las secreciones vaginales que revela aumento del número de células índice y ausencia notable de leucocitos. La adición de hidróxido de potasio (KOH) a las secreciones vaginales despiden un olor fétido. La presencia de tres de estos criterios es suficiente para establecer el diagnóstico de vaginosis;

Refleja un trastorno del ecosistema vaginal. La colonización micótica es el resultado de ciertas características biológicas muy particulares de la levadura y de condiciones locales favorables. El diagnóstico adecuado debe cumplir los siguientes pasos: 1) el examen microscópico de la secreción diluida en solución fisiológica que revela presencia de blastosporas y micelios con pseudohifas. 2)

Metronidazol 250 mg VO 3 veces al día por 7 días, o 2) metronidazol 500 mg VO dos veces al día por 5 días, o 3) metronidazol 1 g VO en dos dosis por 2 días, y por último 4) metronidazol 2 g VO en dosis única

Metronidazol Dosis: 1) 500 mg VO dos veces al día durante 7 días 2) administración intravaginal en gel al 0.75%, un aplicador por 7 días 3) dosis única de 2 g por vía oral. Clindamicina 1) un aplicador (5 g) intravaginal de crema al 2% a la hora de acostarse durante 7 días 2) cápsulas de 300 mg VO dos veces al día por 7 días 3) un óvulo de 100 mg por vía vaginal al acostarse durante tres días.

1) Butoconazol, crema al 2%, 5 g por vía intravaginal durante 3 días. 2) Clotrimazol: a. Crema al 1%, 5 g por vía intravaginal durante 7 a 14 días. b. Comprimidos de aplicación intravaginal, 100 mg durante 7 días. 3) Miconazol:

se observa disuria por contacto de la orina con el epitelio vulvar y vestibular inflamado

La prueba de Papanicolaou. 3) Con la coloración de Gram se evidencian hifas y esporas grampositivas. 4) El examen de cultivo representa el método diagnóstico más sensible y seguro en medio Sabouraud o en medio de Nickerson

a. Crema al 2%, 5 g por vía intravaginal durante 7 días.  
b. Óvulos vaginales, 200 mg durante 3 días.  
4) Nistatina, tabletas vaginales, 100 000 unidades durante 14 días.  
5) Ticonazol, crema al 6.5%, 5 g, por vía intravaginal en dosis única.  
6) Terconazol:  
a. Crema al 0.4%, 5 g por vía intravaginal durante 7 días.  
b. Óvulos vaginales, 80 mg durante 3 días.  
7) Fluconazol, cápsulas de 150 mg en dosis única, cada semana, por 4 semanas.

### EPI enfermedad pélvica inflamatoria

#### La enfermedad pélvica inflamatoria

(EPI) constituye una afección común en la mujer con actividad sexual, que agrupa varias entidades clínicas correspondientes a la evolución de un proceso genital, que comienza por una cervicitis, seguida por una endometritis y después de una salpingitis



- Tener relaciones sexuales sin protección
- Tener múltiples parejas sexuales.
- Mantener relaciones sexuales con alguien que tiene más de una pareja sexual.

La salpingitis aguda es el único cuadro que posee una sintomatología clara. Se trata casi siempre de una mujer joven que consulta por un dolor de localización habitual en hipogastrio y fosas ilíacas. Las salpingitis gonocócicas presentan un cuadro sintomático que suele ser grave, con la tríada típica: fiebre, dolor pélvico agudo y leucorrea mucopurulenta.

Análisis de laboratorio de rutina. otros marcadores bioquímicos de inflamación, como la proteína c reactiva. Dentro de los estudios de ITS deben solicitarse otras serologías: Treponema pallidum Haemagglutination assay (TPHA), VDRL, serología para VIH-1 y 2, AgHB y anticuerpo antiVHC. Análisis bacteriológicos, por PCR microinmunofluorescencia o por inmunoenzimología (ELISA). Ecografía. Suele ser normal en la fase inicial aguda. Laparoscopia. La laparoscopia puede cumplir con tres objetivos: diagnóstico, precisión bacteriológica y tratamiento

En la paciente con manejo externo es factible implementar dos tipos de tratamiento. En el régimen A se administra: 1) ofloxacina 400 mg VO, dos veces al día durante 14 días, o 2) levofloxacina 500 mg VO una vez al día durante 14 días, con opción de metronidazol 500 mg VO cada 12 h durante 14 días.40 El régimen B incluye: 1) cefoxitina 2 g IM, más probenecid 1 g VO de manera concurrente, o 2) ceftriaxona 250 mg IM (o cefalosporina equivalente), más doxiciclina 100 mg VO dos veces al día durante 14 días, con opción de metronidazol

500 mg VO cada 12 h durante 14 días. Si se trata de una paciente hospitalizada también hay dos opciones de tratamiento: en el régimen A se administra; 1) cefoxitina 2 g IV cada seis horas o 2) cefotetán 2 g IV cada 12 h, más doxiciclina 100 mg vía endovenosa u oral cada 12 horas. En el régimen B se indica: 1) clindamicina 900 mg IV cada 8 h, más gentamicina dosis de carga IV o IM (2mg/kg de peso corporal), seguida por una dosis de sostén (1.5mg/kg) cada 8 horas.

**Condilomas acuminados conocida como verrugas anogenitales, “crestas”, papilomas venéreos o verrugas venéreas, es causada por los virus del papiloma humano (VPH), del que se han reconocido a la fecha más de 130 tipos; estos virus pertenecen al género Papillomavirus de la familia Papovaviridae Los VPH se le relacionan con el cáncer cervical hasta en 90%, sobre todo los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56, 58 y 66.**



Los estudios epidemiológicos realizados en la última década sobre el VPH han demostrado que es la enfermedad de transmisión sexual más común y diseminada en el mundo.

Están entre las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes y afectan hasta el 1,7 % de la población general y hasta el 25 % de los pacientes VIH positivos.

La manifestación clínica más común es el condiloma o verruga, el cual comienza por una elevación de pequeño tamaño, de color carne, crece con rapidez y da lugar a vegetaciones en forma de “cresta de gallo” o grandes masas en forma de “coliflor”. Las manifestaciones subclínicas son imposibles de constatar a la simple inspección, pues por lo general son lesiones en placa y múltiples, que requieren de la prueba del ácido acético para ser apreciadas. La fase latente de la infección es prácticamente asintomática

técnicas diagnósticas actuales para la detección del VPH se encuentran la citología, colposcopia e histopatología, microscopia electrónica, detección del DNA viral mediante la PCR y la detección del antígeno (Ag) viral

En la actualidad no hay disponible algún tratamiento específico que permita la erradicación del VPH; sin embargo, ya se cuenta con una vacuna para prevenir esta infección, aunque por ahora sólo previene los tipos 6, 11, 16 y 18 del VPH



### **CONDILOMAS PLANOS**

Pueden ser originados por dos microorganismos específicos: *Treponema pallidum* y VPH. En el caso de este último, así como origina condilomas acuminados, algunos de sus subtipos dan lugar a la aparición de los condilomas planos. En cambio, el *Treponema pallidum* propicia la aparición de este tipo de condilomas dentro de las manifestaciones del secundarismo sífilítico.



A nivel mundial, cada año se producen más de medio millón de nuevos casos y más de 300 000 muertes, ocurriendo hasta el 85 % de estas en los países de medio y bajo índice de desarrollo humano. La frecuencia de condiloma plano determinado por citología fue del 11.06 %

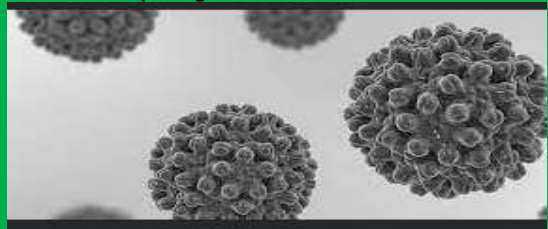
La característica principal tiene un aspecto plano, comienza como una pequeña pápula que crece extendiéndose hacia los lados y alcanza un tamaño muy variable, desde unos pocos milímetros hasta algunos centímetros. Son lesiones que tienen una superficie lisa, una base ancha y, en ocasiones, son exudativas.

-Inspección de las lesiones, pero es de suma importancia que ante este tipo de condiloma el médico sugiera a la persona realizarse una serología para sífilis (VDRL) a fin de descartar o establecer la presencia de esta entidad, si el análisis es negativo (no reactivo) se confirma la existencia de VPH

Si se constata la presencia de *Treponema pallidum* y se sospecha que los condilomas son parte del secundarismo sífilítico, entonces el paciente debe recibir tratamiento específico para sífilis, con el cual deben desaparecer las lesiones; de lo contrario se sospecha la etiología por VPH y es necesario proceder con el tratamiento local ya descrito para los condilomas acuminados

### **HEPATITIS A, B, Y C**

Los virus de la hepatitis A, B y C son virus hepatotropos, tienen como órgano blanco al hígado. Puede llegar a ser transmitido a través de las relaciones sexuales desprotegidas.



**HEPATITIS A**  
Se estima que cada año ocurren 1.4 millones de casos de infección por el virus de la hepatitis A en todo el mundo y México es considerado como una zona endémica moderada de esta infección. El VHA es un virus RNA, perteneciente al género hepatovirus de la familia picornavirus. El VHA se reproduce en el hígado y llega a estar presente, además de en el hígado, en bilis, sangre y heces fecales de una persona infectada, por lo que el contacto sexual oral-anal transmite con facilidad el VHA. La infección por VHA se considera en general una infección benigna y la mayoría de

VHA  
VHB  
VHC

Hepatitis A: Fiebre, náuseas, vómitos, pérdida del apetito y cansancio; dolor en el hígado, piel u ojos amarillos, orina oscura.

Hepatitis B: puede no presentar síntomas o provocar: fatiga, náuseas o vómitos, fiebres y escalofríos, orina oscura, dolor abdominal.

Hepatitis C: falta de apetito, molestias abdominales, náuseas, vómitos y coloración amarillentas de la piel.

Se puede diagnosticar la infección por VHA mediante la presencia de anticuerpos: antiVHA IgM y anti-VHA IgG; donde los anticuerpos de tipo IgM implican infección reciente o fase aguda de la infección, mientras que los del tipo IgG son detectados de forma indefinida, una vez superada la fase aguda de la infección. El VHB se realiza por medio de la PCR, que es un marcador directo de la replicación viral. El diagnóstico de la infección por VHC se realiza a través de la detección serológica de anticuerpos a esta infección (anti-VHC). En el pasado existían dos pruebas para realizarlo: el inmunoensayo enzimático (EIA) y la conocida como prueba de segunda generación de anticuerpos del VHC (anti-VHC). En la actualidad ya se dispone de una prueba

Existen hasta el momento varios medicamentos recomendados para el tratamiento de la infección crónica por VHB:50  
• Interferón: 5 a 10 millones de UI 3 veces/semana por vía subcutánea.  
• Lamivudina: 100 o 150 mg cada 24 horas VO.  
• Adefovir: 10 mg cada 24 horas VO.  
• Entecavir: 0.5 mg cada 24 horas VO (para pacientes sin historia de tratamiento previo con nucleósidos) y 1 mg cada 24 horas VO (para pacientes con historia de tratamiento previo con nucleósidos).  
• Emtricitabina: 200 mg cada 24 horas VO.

quienes se infectan alcanzan una recuperación absoluta o presentan formas asintomáticas de la infección. Se puede llegar a desarrollar la forma sintomática e incluso formas graves como la hepatitis fulminante, que es más frecuente en adultos, ancianos y personas con hepatopatía previa, muchas veces por coinfección con otros virus hepatotropos.

#### HEPATITIS B

Se calcula que cerca de 350 millones de personas están infectadas por el virus de hepatitis

B en todo el mundo.

La mayoría de ellas viven en Asia.

En EUA se calcula que existen 1 250 000 de personas infectadas por VHB en estadio crónico.

El VHB, a diferencia del VHA, es un virus DNA, que pertenece a la familia de los hepadnavirus;

#### HEPATITIS

Según datos del CDC, en la actualidad 3.9 millones de personas están infectadas por el VHC

y, de ellas, se estima que unas 2.7 millones padecen la infección crónica. Además, se calcula

que cada año morirán de 8 000 a 10 000 personas por hepatopatías crónicas como las

relacionadas con VHC y se espera que en la próxima década estas cifras se multipliquen por cuatro.<sup>51</sup> El VHC es

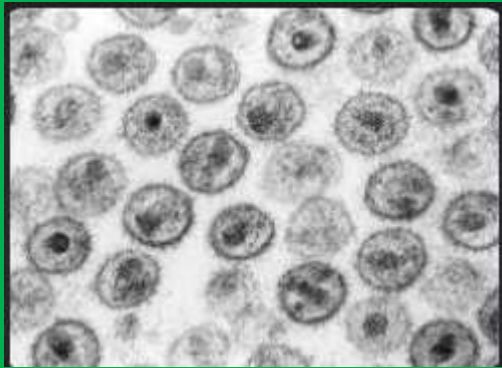
un virus RNA de cadena sencilla, similar a los flavivirus

de tercera generación para la detección de estos anticuerpos, la cual tiene una mejor sensibilidad y especificidad; sin embargo, debido a que se han reportado falsos positivos en donadores voluntarios de sangre sin factores de riesgo para VHC, se recomienda realizar un análisis de inmunotransferencia recombinante o bien una prueba de detección (cualitativa) del RNA de VHC mediante PCR a fin de confirmar el diagnóstico.

Una vez confirmado el diagnóstico de VHC, el siguiente paso es conocer la cantidad de virus circulante, para ello es preciso solicitar una prueba de RNA de VHC por PCR cuantitativa, si el resultado es superior al nivel de detección, lo conducente es realizar un estudio de genotipo para VHC, a modo de valorar el éxito del tratamiento, pues se ha observado que personas con genotipos 1 tienen una menor posibilidad de conseguir respuestas virológicas sostenidas en comparación con pacientes que tienen otros genotipos virales del VHC.

• Tenofovir: 300 mg cada 24 horas VO.

**VIH**  
 El VIH es el virus que causa el sida; existen dos variedades: VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 es el más conocido y el responsable de la mayoría de los casos de sida en el mundo,



Durante el parto: 13-18%.

Transmisión posparto: leche materna (33-50%)

90% de menores de 13 años se contagiaron de su madre.

Riesgo de infección de un producto de madre seropositiva sin tratamiento antirretroviral va de 13-39%.

VIH-1  
 VIH-2

Para el diagnóstico de VIH en una persona asintomática se basan en la detección de los anticuerpos al VIH, la más conocida es la de ELISA, que se utiliza para el escrutinio inicial, mientras que para confirmar el diagnóstico se suele emplear la prueba llamada Western blot diagnóstico de esta infección, como la detección del antígeno P24, RNA de VIH por PCR cualitativa, cultivo de virus, entre otras.

**SIDA**  
 El sida es la enfermedad ocasionada por el VIH.



- Tener relaciones sexuales, anales o vaginales, sin preservativo.
- Padecer otras infecciones de transmisión sexual (ITS), como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana.

- Candidiasis orofaríngea, traqueal o bronquial.
- Coccidiomicosis diseminada o extrapulmonar.
- Carcinoma cervical invasor.
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiasis intestinal crónica.
- Coriorretinitis por CMV o cualquier otra infección por CMV (con excepción de hígado, bazo y ganglios linfáticos).
- Encefalopatía por VIH.
- Herpes simple: úlceras mucocutáneas (más de un mes de duración) o bronquitis, neumonía o esofagitis.
- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar.
- Isosporidiasis intestinal crónica.
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma de Burkitt.
- Linfoma inmunoblástico.
- Linfoma primario del cerebro.
- Infección por complejo Mycobacterium avium-intracellulare (MAC) o Mycobacterium

Las más importantes la carga viral de VIH y el conteo linfocitario que incluye ya la subpoblación de linfocitos CD3, CD4 y CD8. Estos exámenes permiten determinar en qué momento de la infección se encuentra la persona para así establecer el tratamiento antirretroviral oportuno.

Aún no existe una cura para la infección por VIH. Hay dos tipos de tratamientos para el VIH: el primer grupo es un conjunto de medicamentos que se utilizan para tratar las enfermedades oportunistas; el segundo lo conforma una serie de medicamentos antirretrovirales que tratan la infección por el VIH en sí misma.

			kansasi extrapulmonares. • Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar. • Infección por otras micobacterias (diseminadas o extrapulmonares). • Neumonía por Pneumocystis jirovecci. • Neumonía recurrente (dos o más episodios en 1 año). • Leucoencefalopatía multifocal progresiva. • Bacteriemia recurrente por Salmonella. • Síndrome de desgaste asociado con VIH. • Toxoplasmosis cerebral		
--	--	--	---	--	--

Referencias bibliográficas :

- Sexualidad humana Ivan Arango
- Clínica de Navarra, Hepatitis virales y sexuales. 2019