

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CAMPUS COMITAN

MEDICINA HUMANA

CITLALI ANAYANCI PALACIOS COUTIÑO

RONALDO DARINEL ZAVALA VILLALOBOS

DRA. MARIANA CATALINA SAUCEDO DOMINGUEZ

SEXUALIDAD HUMANA

CUADRO COMPARATIVO DE ETS

UNIDAD 3

3-A

COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS
VIERNES 17 DE NOVIEMBRE DEL 2023

Enfermedades	definición	A.epidemiologicos	clasificación	Cuadro clínico	diagnostico	tratamiento	imagen
Herpes simple	La infección por el virus del herpes simple (VHS) afecta piel y mucosas, se caracteriza por vesículas que curan de manera espontánea y tienden a recidivar, no dejan inmunidad por lo que la infección dura toda la vida; es producida por dos serotipos: VHS-1 y VHS-2.	No se tienen datos precisos sobre la incidencia y prevalencia de esta infección, ya que muchos pacientes no consultan al médico, porque no les produce grandes molestias o por ser una ITS; otro factor importante es que en muchos países no es una infección de control epidemiológico, por lo que no es obligatorio su reporte. Afecta a todas las razas y a ambos sexos, se presenta a cualquier edad, aunque es poco frecuente antes de los cuatro meses de vida. La edad promedio de inicio de herpes genital es entre 20 y 25 años.	1) Estomatitis: gingivostomatitis herpética, herpes labial. 2) Genital: vulvovaginitis y balanitis herpética. 3) Otros: proctitis herpética y herpes perianal, panadizo herpético, queratoconjuntivitis, herpes diseminado y eccema herpético.	Estomatitis (gingivostomatitis herpética primaria aguda). se presentan como infección visible, con síntomas agudos, estas infecciones predominan sobre todo en niños pequeños, aunque también se han observado en adultos. Herpes genital. La mayoría de los pacientes (50 a 75%) con esta afección tienen síntomas premonitorios 24 h antes, como sensación de ardor o quemadura y prurito leve; después aparecen las vesículas que, por lo general, están agrupadas en racimos, sobre una base eritematosa, estas vesículas a veces pueden	El diagnóstico es básicamente clínico, casi siempre, las vesículas agrupadas sobre una base eritematosa o úlceras pequeñas con la misma disposición, precedidas de ardor y prurito, así como la historia de recurrencia, son suficientes para efectuarlo	No existe ningún tratamiento para la erradicación del virus durante su fase latente, los antivirales tópicos o sistémicos no inciden en el riesgo, frecuencia o gravedad de las recurrencias una vez terminado el tratamiento. Son útiles sólo para acortar el tiempo de duración del cuadro y disminuir la sintomatología. Tratamiento local. Existen múltiples estudios que comparan la efectividad y tolerancia de diversos antivirales tópicos, con resultados	 

			<p>transformarse en pústulas, las cuales se rompen con facilidad dejando úlceras húmedas, superficiales de fondo blanco o grisáceo, de forma redondeada u oval y costras melicéricas, las cuales se acompañan de ardor y prurito leve.</p> <p>Otros tipos de infección por virus del herpes. El panadizo herpético aparece en los dedos, en los niños se adquiere por autoinoculación de infección bucal y en adultos casi siempre es por contacto digitogenital durante las relaciones sexuales, por lo que el virus al que más se asocia en la infancia es al</p>		<p>variables entre sí, pero el que en general resulta mejor es el aciclovir al 5% en crema</p> <p>Tratamiento sistémico. En términos generales, los antivirales inhiben la síntesis del DNA viral, con lo que impiden su replicación . El tratamiento de la primoinfección incluye 200 mg de aciclovir VO, cinco veces al día, 250 mg famciclovir VO, cada ocho horas o 1 g de valaciclovir VO cada 12 horas, todos por un periodo de 7 a 10 días.</p>	
--	--	--	---	--	---	--

				VHS-1 y en la edad adulta a VHS-2			
sifilis	Es una infección sistémica, de evolución subaguda o crónica, que cursa con periodos asintomáticos, ocasionada por una espiroqueta, <i>Treponema pallidum</i> .	En México, según datos de la Secretaría de Salud, la tasa de sifilis ha ido disminuyendo de 240 por 100 000 habitantes en el decenio de 1940-1949 a 2.1 por 100 000 en 1997. En más de 80 % de los casos esta población tiene vida sexual activa, los grupos más afectados son solteros de ambos sexos entre 15 y 25 años, estudiantes, personas que viajan con frecuencia o quienes se dedican al trabajo sexual.		Chancro. El chancro aparece en el sitio de inoculación, por lo general en genitales, periné o ano, pero también se presenta, dependiendo de las prácticas sexuales, en la boca u otros sitios, lo que dificulta el diagnóstico, pues pocas veces se piensa en esa posibilidad. Cuando el chancro es característico, inicia como una pápula que se erosiona con rapidez, formando una úlcera de tamaño variable (2 cm), por lo común única, no dolorosa, de superficie limpia y bordes precisos, sin datos de inflamación, con base indurada.	La sifilis, junto con la tuberculosis, es una infección que semeja a múltiples padecimientos de cualquier aparato o sistema, lo que le ha dado el sobrenombre de la “gran imitadora”. Debido a ello, aun cuando la clínica sea orientadora, es indispensable comprobar la existencia del treponema, ya sea mediante la visualización del mismo en campo oscuro o por la determinación de anticuerpos en el suero del paciente. El campo oscuro se utiliza para el diagnóstico en la sifilis temprana, ya que el treponema es abundante, sobre todo en el chancro, los	Sifilis primaria, secundaria y latente temprana. Como desde su aparición, el tratamiento de elección continúa siendo la penicilina; existen diversos esquemas útiles. Si se usa penicilina procaínica se recomienda usar 1.2 millones de UI, IM cada 24 h por 20 días, si es penicilina benzatínica se aplican 2.4 millones de UI, IM, en una sola dosis, es recomendable administrar 1.2 millones en cada glúteo.	 <p>Figure 1. Primary and Secondary Lesions of Syphilis. Panel A shows multiple chancres with characteristic and irregular margins. Panel B and C show chancres in the palm and foot, respectively. Panel D shows chancres with characteristic appearance with the characteristic “beetle” or “candle” shape on dark field and irregular and asymmetric of a single central focus (arrow). Reimagined from: [1], [2], and [3].</p>

				<p>Secundarismo. Aunque desde la inoculación el treponema penetra al torrente sanguíneo, las manifestaciones sistémicas de la infección aparecen hasta seis semanas o seis meses después. Llegan a afectarse piel, ganglios, anexos cutáneos y mucosas, además de observarse síntomas generales.</p>	<p>condilomas planos o sífilides papuloerosivas, las placas mucosas</p>		
--	--	--	--	---	---	--	--

Linfogranuloma venereo

El linfogranuloma venereo (LGV) es una infección sistémica, de transmisión sexual, causada por los serotipos L1, L2 y L3 de la *Chlamydia trachomatis*. Está presente en todo el mundo, pero prevalece en los trópicos de Asia, África, el Caribe y Golfo de México.



Predomina en el hombre; sin embargo, las formas crónicas y destructivas son más frecuentes en las mujeres, quizá porque en ellas las manifestaciones iniciales pasan inadvertidas y por su diseminación a través de los tejidos hacia órganos vecinos, en particular el recto, y no sólo por vía linfática.


La **primera etapa** ocurre entre 3 y 12 días después de la inoculación, cuando aparece la lesión primaria, que puede iniciar como pápula, vesícula herpetiforme o pequeña erosión, dura poco y es asintomática, por lo que rara vez es vista por el médico, ya que pocos pacientes lo consultan. En el hombre afecta glándula, surcos balanoprepuciales, escroto y uretra; y en la mujer la cara interna de los labios, la pared posterior de la vagina y el cuello del útero. En la **segunda etapa**, la fase linfogranulomatosa aparece después de dos a seis semanas de la lesión primaria, aunque en algunos casos


El diagnóstico debe comprobarse mediante el examen directo del exudado de las lesiones o del pus extraído por punción del bubón, en los cuales (mediante la tensión de Giemsa) es posible observar las inclusiones intracitoplasmáticas. El método más sensible y específico es la titulación de anticuerpos fluorescentes de las pruebas ELISA

En la infección no complicada se recomienda utilizar 500 mg de tetraciclina cada 6 h, doxiciclina 100 mg cada 12 h o eritromicina 500 mg cada 6 h durante 21 días. También es factible dar una dosis única de 1 g de azitromicina. En las mujeres con infección pélvica inflamatoria se recomienda alargar el tratamiento de dos a tres semanas. Si están embarazadas se prefiere usar amoxiciclina 500 mg cada 8 h por 7 a 10 días. Las complicaciones requieren además un




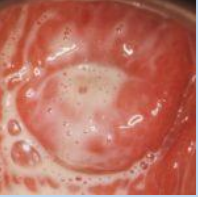
				<p>en que la primera etapa dura más de lo común, coinciden ambas la tercera etapa es la fase más destructiva de la infección, por lo general no llega a presentarse, pues sólo ocurre por falta de tratamiento adecuado en las fases tempranas de la infección.</p>		<p>tratamiento quirúrgico.</p>	
<p>Granuloma inguinal</p>	<p>El granuloma inguinal (GI) o donovanosis es una infección crónica, granulomatosa, que afecta la región anogenital y la ingle, producida por un cocobacilo gramnegativo llamado <i>Calymmatobacterium granulomatis</i>, que por lo general se adquiere vía contacto sexual y se caracteriza por úlceras destructivas y poco dolorosas.</p>	<p>Se presenta con mayor frecuencia en países subtropicales y tropicales como Brasil, India, el sudeste de China, la costa Occidental de África y las Indias Occidentales. Predomina en varones en una proporción de 2.5 a 1.</p>	<p>Tiene un periodo de incubación de 3 a 40 días, e inicia con una pápula firme o nódulo no tan firme que crece con rapidez y forma una úlcera de bordes bien definidos, lisos y elevados, su fondo tiene tejido granulomatoso, eritematoso, que sangra con facilidad. Es una úlcera poco dolorosa y en general no se acompaña de</p>	<p>El diagnóstico de granuloma inguinal se hace con la demostración del <i>C. granulomatis</i> en el interior de las células, llamados también cuerpos de Donovan, histiocitos que miden alrededor de 20 micras y tienen núcleo excéntrico y uno o varios bacilos aglomerados dentro del citoplasma; son visibles tanto en frotis como en</p>	<p>Debido a que el <i>C. granulomatis</i> es un bacilo intracelular, es preciso utilizar un antibiótico soluble en lípidos que tenga grandes concentraciónes en el interior de la célula, como el trimetoprim con sulfametoxazol o la tetraciclina. El trimetoprim con</p>	 	


				adenopatía. En la mujer se presenta sobre todo en labios mayores y menores, así como en el pubis; en el hombre en pene, periné, pubis y región perianal, sobre todo en varones que mantienen relaciones homosexuales	tejidos con tinciones especiales como Giemsa, Wrigth o Warthin Starry.	sulfametoxazol 160/800 se administra cada 12 horas por 15 días y la tetraciclina 500 mg cada 6 h durante 3 semanas. En mujeres embarazadas se utiliza eritromicina 500 mg cada 6 h por 2 semanas.	
chancroide	Chancroide, chancro blando o infección de Ducrey, es una infección genital, poco frecuente en México, causada por el <i>Haemophilus ducreyi</i> , que se caracteriza por úlceras genitales muy dolorosas.	En México se reportaron alrededor de 1 000 casos en el 2003. En la mayoría de los casos se asocia con mala higiene, pobreza y drogadicción. En EUA más de 10 % de los casos están vinculados con coinfección con <i>T. pallidum</i> o VHS.		Después de un periodo de incubación de 24 a 48 h promedio (1 a 12 días), aparecen pápulas únicas o múltiples que evolucionan en horas a pústulas y se ulceran, formando el chancro blando, constituido por úlceras circulares u ovaladas, poco profundas, de bordes irregulares rodeadas de un halo eritematoso, el fondo de la úlcera puede ser sucio o	Es indispensable hacer diagnóstico diferencial con aquellas lesiones que producen úlceras en genitales, como sífilis, LGV, herpes simple y granuloma inguinal. Debe recolectarse secreción del bubón a fin de realizar tinción de Gram y cultivo. En la tinción de Gram se observa el cocobacilo gramnegativo, pleomórfico en conglomerados que semejan un "banco de peces";	se recomienda el uso de ciprofloxacina 500 mg c/12 h VO u ofloxacina 400 mg c/12 h por 3 días, eritromicina 500 mg VO c/6 h por 7 días, azitromicina 1 g VO o ceftriaxona 250 mg IM en dosis única.	

				tener abundante tejido de granulación que sangra con facilidad. De manera característica las lesiones son muy dolorosas.			
citomegalovirus	El CMV pertenece a la familia de los <i>Herpesviridae</i> , por lo que comparte, con el resto de los virus herpes, el ser una infección de por vida con periodos de latencia. A menudo es asintomático en pacientes inmunocompetentes; ese factor y su propiedad de latencia, así como el periodo tan largo en el que se excreta en los fluidos corporales, le dan un alto grado de transmisibilidad.	El CMV tiene distribución mundial, en México hay una seroprevalencia mayor a 90%. Se ha encontrado la asociación con virus del papiloma humano, en especial VPH-16, como oncogenes en el carcinoma cervicouterino. Al parecer, las recurrencias del CMV 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.		la infección por CMV 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.	La mayor de las veces la infección por CMV no se diagnostica, ya que cuando son sintomáticas tienden a confundirse con cuadros febriles banales. Es factible detectar la infección mediante serología, también se pueden realizar cultivos de tejido afectado	Valanciclovir VO 900 mg c/12 h por 21 días 900 mg c/24 h IV 5 mg/kg/12 h por 14 o más días 5 a 10 mg/kg/24 h por 14 o más días VO 5 mg/kg/12 h por 14 o más días 1 g c/8 h Ganciclovir Dispositivo de Cada 6 meses, 220 días liberación intraocular puede ser acompañado (vitraser) o no de 1 g VO c/8 h Inyección 200 a 400 µg 2 a 3 veces/semana 200 a 400 µg intraocular por 2 a 3 semanas una vez/semana Foscarnet IV, catéter central 90 mg/kg/12 h 90 mg/kg/24 h por 14 días o más	


						Inyección intravítrea 2 400 µg 2 veces/sem 2 400 µg una vez/semana	
Gonorrea vaginal	<p>La gonorrea o blenorragia es una ITS sexual muy conocida en la historia de la humanidad y aún vigente. 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.</p>	<p>En general se cree que 2% de las mujeres con actividad sexual alberga <i>Neisseria gonorrhoeae</i>; sin embargo, es difícil obtener datos precisos, porque esta infección llega a presentarse en forma asintomática hasta en 70% de las mujeres y en forma silenciosa en 2% de los hombres.⁷ Estos datos implican un grave problema epidemiológico y justifican los esfuerzos para identificar y tratar a los individuos afectados con el fin de limitar la propagación de la infección.</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.</p>	<p>El adecuado diagnóstico debe seguir los pasos listados a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Examen microscópico del gonococo (diplococo gramnegativo), el cual se basa en el examen directo de la secreción cervicovaginal. 2) Examen bacteriológico con tinción rápida con azul de Löffler (azul de metileno alcalino). 3) Tinción de Gram en donde aparecen diplococos gramnegativos semejantes a granos de café, algunas veces intraleucocitarios, en otros casos adheridos a la superficie celular. 4) Cultivo en medio de agar chocolate o de Tallen-Martin. 5) Inmunofluorescencia, que se 	<p>El tratamiento que se recomienda en la actualidad para las infecciones no complicadas (genitales o extragenitales) es el siguiente:</p> <p>cefixima 400 mg VO (dosis única), o bien, ceftriaxona 250 mg IM (dosis única), o bien, ciprofloxacina 500 mg por vía oral (dosis única), o bien, ofloxacina 400 mg VO en dosis única.</p>	 <p>Gonorrea</p>


					efectúa sobre un frotis de secreción tomado del paciente (método rápido) o sobre un extendido de material cultivado (método retardado). 6) Detección mediante PCR		
Clamidiasis vaginal	En el contexto de las ITS, esta infección constituye un serio problema, el cual todavía está fuera del conocimiento de muchos pacientes y de algunos médicos	<p>1) La incidencia de las infecciones genitales por <i>Chlamydia</i> en las adolescentes es a todas luces superior a la de las mujeres adultas (9 a 25% frente a 4 a 12%).</p> <p>2) La frecuencia de las formas asintomáticas puede alcanzar 80%.</p> <p>3) Los factores de riesgo que se asocian con la infección por <i>Chlamydia</i> son el consumo de tabaco, los antecedentes de infecciones por <i>Chlamydia</i> (recidivas o recontaminaciones), pareja sexual reciente (más que</p>		En la mujer, la infección por <i>Chlamydia</i> a menudo es asintomática (70% de los casos). La localización primaria se encuentra a nivel del epitelio cilíndrico endocervical. sólo 10% de los pacientes manifiestan cervicitis y vulvovaginitis subaguda con flujo vaginal blanco amarillento, prurito, ardor y en ocasiones dispareunia.	A fin de establecer un diagnóstico certero, es preciso cumplir con los pasos siguientes: 1) El cultivo se realiza en células de McCoy o HeLa 229 tratadas. Es la única técnica que detecta organismos vivos pero su realización es delicada; se realiza con muestras de endocérnix y en la pareja (hombre) de uretra pero no con orina. Un resultado negativo no descarta la infección. 2) Las técnicas directas de	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>Foto 2. Lesiones verrucosas superficiales de mucosa genital</p>



		el número de parejas) y la ectopia cervical			inmunoenzimología utilizan uno o varios anticuerpos monoclonales. Su sensibilidad y especificidad son inferiores a las del cultivo y variables, según la técnica empleada. 3) La amplificación génica permite el diagnóstico de la infección con un material de muestra mínimo; dichas pruebas se basan en una reacción enzimática		
Tricomoniasis vaginal	La tricomoniasis vaginal es causada por <i>Trichomona vaginalis</i> , un protozoo flagelado anaerobio productor de una inflamación purulenta sui generis, de presentación frecuente en la patología del tracto genital inferior. Su periodo de			De forma habitual aparece una inflamación vaginal acompañada por una secreción líquida y espumosa, con frecuencia fétida. La secreción generada por el proceso infeccioso suele ser abundante, de color amarillo verdoso y está acompañada de eritema con intenso prurito,	Hay tres factores a considerar para realizar un diagnóstico apropiado: 1) Examen en fresco, con observación microscópica de la secreción genital diluida en una gota de suero fisiológico, lo cual permite identificar los parásitos móviles. 2) Preparados	1) 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.	

	incubación es de tres a 28 días.			ardor y dispareunia. La exploración vaginal o la introducción del espejo vaginal llegan a ocasionar dolor. El pH suele ser superior a 5.5	de tinciones: May-Grunwald-Giemsa, acridina naranja o Papanicolaou, donde se pueden observar formaciones ovoides en forma de pera, flageladas; permiten observar también el asostilo y el "ojo". 3) El cultivo no es necesario ya que la sensibilidad y la especificidad de los exámenes directos son suficientes.		
Vaginosis bacteriana	En la actualidad, la vaginosis bacteriana se define como un síndrome clínico relacionado con la sustitución de la flora lactobacilar normal de la vagina por una flora anaerobia. El término "vaginosis" indica que no existe una reacción inflamatoria en este síndrome (ausencia			Las pacientes con vaginosis bacteriana a menudo presentan la queja de secreciones vaginales demasiado abundantes, fétidas y nauseabundas (olor "a pescado"). El ardor o el prurito aparecen con frecuencia variable. El cérvix, lo mismo que la vagina y	Los criterios diagnósticos de la vaginosis bacteriana son los siguientes: 1) olor vaginal "a pescado" de la secreción vaginal, en especial después del coito. 2) secreciones vaginales de color grisáceo y que cubren con una capa muy delgada las paredes vaginales. 3) Microscopia de las secreciones	Metronidazol, antibiótico con actividad excelente contra los microorganismos anaerobios pero deficiente contra los lactobacilos, es el fármaco de elección para vaginosis bacteriana. Dosis: 1) 500 mg VO dos veces al día durante 7	



	<p>de polimorfonucleares), lo que la distingue de las vaginitis</p>			<p>la vulva, muestran a menudo un aspecto normal y no existe un cuadro patognomónico.</p>	<p>vaginales que revela aumento del número de células índice (<i>clue cells</i>) y ausencia notable de leucocitos. En los casos graves se observan las células índice hasta en 20% de la muestra. 14 4) La añadidura de hidróxido de potasio (KOH) a las secreciones vaginales (<i>sniff-test</i>) despide un olor fétido.</p>	<p>días, o bien, 2) administración intravaginal en gel al 0.75%, un aplicador por 7 días, o bien, 3) dosis única de 2 g por vía oral. La tasa global de curación va de 75 a 84% con los esquemas anteriores. Clindamicina, es otra opción, misma que resulta eficaz en los siguientes esquemas: 1) un aplicador (5 g) intravaginal de crema al 2% a la hora de acostarse durante 7 días, o bien, 2) cápsulas de 300 mg VO dos veces al día por 7 días, o bien, 3) un óvulo de 100 mg por vía vaginal al</p>	
--	---	--	--	---	--	---	--


						acostarse durante tres días.	
Micosis vaginal	Se trata de un hongo presente de forma habitual en la flora intestinal y vaginal de la mujer que produce infección cuando se reproduce de forma acelerada.	Las micosis vulvovaginales son una de las causas más frecuentes de consulta ginecológica: alrededor de 75% de las mujeres presentan durante su vida sexual al menos una micosis vaginal.		Los síntomas clínicos de la micosis vaginal son bien conocidos: 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. El cérvix esta enrojecido y presenta vascularidad aumentada y con la seudomembrana	1) el examen microscópico de la secreción diluida en solución fisiológica que revela presencia de blastosporas y micelios con seudohifas. 2) La prueba de Papanicolaou, que tiene una precisión diagnóstica moderada (alrededor de 25%). 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. El cultivo puede identificar el tipo de levadura en 24 a 48 h	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: 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.	

						<p>5) Ticonazol, crema al 6.5%, 5 g, por vía intravaginal en dosis única.</p> <p>6) Terconazol: a. Crema al 0.4%, 5 g por vía intravaginal durante 7 días. b. Óvulos vaginales, 80 mg durante 3 días.</p> <p>7) Fluconazol, cápsulas de 150 mg en dosis única, cada semana, por 4 semanas.</p>	
EPI	<p>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</p>			<p>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. En 30% de los casos, es</p>	<p>Análisis de laboratorio de rutina. Sólo en 45% de los casos, la biometría hemática muestra una hiperleucocitosis con polinucleosis y en 75% de los casos una velocidad de sedimentación globular superior a 15 mm en la primera hora.</p>	<p>1) ofloxacina 400 mg VO, dos veces al día durante 14 días, o</p> <p>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</p>	

	endometritis y después de una salpingitis.			unilateral y quizá se acompañe de dispareunia	También es factible determinar otros marcadores bioquímicos de inflamación, como la proteína c reactiva. Dentro de los estudios de ITS deben solicitarse otras serologías: <i>Treponema pallidum</i> <i>Haemagglutination assay</i> (TPHA), VDRL, serología para VIH-1 y 2, AgHB y anticuerpo antiVHC.		
Condilomas acuminados y planos	ACUMINADOS: Dicha infección, también 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	Los expertos lo consideran como la ITS más frecuente y ocupa el segundo lugar en importancia tras el VIH/SIDA; veinte millones de personas son portadores del mismo, su incidencia es del 80% en la población sexualmente activa; Candiloma plano: Los VPH responsables del 95% de los condi-		La infección por VPH tiene una gran variedad de manifestaciones clínicas, subclínicas y latentes. 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	El diagnóstico de la infección por VPH por lo general es clínico, a través de la inspección de las lesiones; sin embargo, debido a que existen también manifestaciones subclínicas y latentes, es importante que el proveedor de servicios de salud sepa que en la actualidad están disponibles una serie de técnicas	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.	 

	<p>Papillomavirus de la familia Papovaviridae</p> <p>CANDILOMAS PLANOS: Los condilomas planos, como ya se mencionó en las causas de los principales síndromes de ITS, pueden ser originados por dos microorganismos específicos: <i>Treponema pallidum</i> y VPH</p>	<p>lomas son los VPH tipo 6 y 11. La forma de presentación de los condilomas es muy variable.</p>		<p>vegetaciones en forma de “cresta de gallo” o grandes masas en forma de “coliflor”.</p> <p>Candiloma plano: La característica principal de este tipo de condiloma, como su nombre lo indica, es que tiene un aspecto plano, es decir, comienza como una pequeña pápula que crece extendiéndose hacia los lados y alcanza un tamaño muy variable, desde unos pocos milímetros hasta algunos centímetros</p>	<p>diagnósticas que permiten realizar un diagnóstico oportuno y eficaz de esta infección, para de esta manera prevenir el cáncer genital o anal asociado con el VPH.</p> <p>Candiloma plano: Al igual que en los condilomas acuminados, el diagnóstico se establece por la 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.</p>	<p>Candiloma plano: Si se constata la presencia de <i>Treponema pallidum</i> 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.</p>	
--	--	---	--	--	---	---	--

<p>Infección por virus de hepatitis C</p>	<p>La hepatitis C es una infección viral que causa inflamación y daño al hígado. La inflamación es una hinchazón que ocurre cuando los tejidos del cuerpo se lesionan o infectan.</p>	<p>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.</p>		<p>La cirrosis y el carcinoma hepatocelular son las complicaciones más significativas de esta infección.</p>	<p>Se puede diagnosticar la infección por VHA mediante la presencia de anticuerpos: anti-VHA 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.</p>	<p>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).</p>	
<p>VIH</p>	<p>El VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) es un virus que ataca el sistema inmunitario del cuerpo.</p>	<p>Existen 39.5 millones de personas viviendo con la infección por VIH en todo el mundo, de los cuales 2.3 millones son personas menores de 15 años.</p>	<p>VIH-1 y VIH-2.</p>	<p>La infección inicial, que puede cursar en muchos casos sin producir síntomas, puede también provocar en muchos otros un cuadro clínico parecido al de la mononucleosis</p>	<p>Las pruebas más utilizadas para establecer el diagnóstico de VIH en una persona asintomática se basan en la detección de los anticuerpos al</p>	<p>El tratamiento para el VIH (terapia antirretroviral, TARV o ART) implica tomar medicamento s según las indicaciones de un</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> • Cada día ocurren 11 000 nuevos casos de infección por VIH en el mundo. • Alrededor de la mitad de las personas que se infectan a diario están ubicadas entre los 15 y 24 años de edad. • Se calcula que para el 2020 habrán fallecido por VIH 68 millones de personas. 		<p>infecciosa, consistente en fiebre, inflamación de los ganglios del cuello, malestar y erupción cutánea.</p>	<p>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 <i>Western blot</i>. Deben aplicarse unos tres meses después del momento en que ocurrió el riesgo de infección, para dejar pasar el llamado "periodo de ventana"</p>	<p>proveedor de atención médica.</p>	
SIDA	<p>El sida es la enfermedad ocasionada por el VIH. Cuando la infección por VIH progresa a tal grado que provoca un deterioro significativo del sistema inmunológico, aparecen las enfermedades oportunistas, las cuales quizá tarden en aparecer desde unos meses hasta</p>	<p>39 millones [33,1 millones-45,7 millones] de personas en todo el mundo vivían con el VIH en 2022. 1,3 millones [1 millón-1,7 millones] de personas se infectaron por el VIH en 2022. 630 000 [480 000-880 000] personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida en 2022</p>		<p>En la actualidad se reconoce que el curso de la infección por VIH está caracterizado por episodios de enfermedad que quizá estén seguidos por una recuperación y periodos asintomáticos</p>	<p>las más importantes la carga viral de VIH y el conteo linfocitario que incluya 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</p>	<p>Aún no existe una cura para la infección por VIH. Sin embargo, cada vez hay disponibles nuevos medicamentos antirretrovirales que prometen una mayor y mejor calidad de vida para las personas afectadas.</p>	

	más de 10 años después de la infección inicial							
--	--	--	--	--	--	--	--	--