



**Jhonatan Gamaliel Vazquez Cruz**  
**Diego Caballero Bonifaz**

**Mariana Catalina Saucedo**  
**Domínguez**

**Cuadros comparativos**

**Sexualidad Humana**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**3**

**B**

Comitán de Domínguez Chiapas a 14 de noviembre de 2023.

	DEFINICION	ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS IMPORTANTES	CLASIFICACION	CUADRO CLINICO	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	IMAGEN DE PATOLOGIA
Clamidiiasis vaginal	Es una bacteria que se disemina a través del contacto sexual y que infecta los órganos genitales tanto de varones como de mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menos uso de preservativos.</li> <li>Menos uso de los servicios de salud para tratar las infecciones de trasmisión sexual.</li> <li>Múltiples parejas sexuales.</li> <li>Cambiar de pareja sexual antes de enterarte de que tienes una infección por clamidia.</li> </ul>	5 serotipos diferentes, 8 de los cuales producen infecciones sexuales habituales. Ante la disminución o desaparición de otras formas clínicas.	El periodo de incubación de la infección comprende entre 2 y 10 días. Se observa una vulvovaginitis de intensidad variable con flujo vaginal amarillo verdoso, purulento. es rara la uretrrocervicitis y llega a observarse secreción purulenta del endocérvix y las glándulas de Skene. La afección de las glándulas de Bartholin	<p>Examen microscópico del gonococo (diplococo gramnegativo).</p> <p>Examen bacteriológico con tinción rápida con azul de Löffler (azul de metileno alcalino).</p> <p>Tinción de Gram en donde aparecen diplococos gramnegativos semejantes a granos de café.</p> <p>Cultivo en medio de agar chocolate o de Tallen-Martin. Inmunofluorescencia, que se efectúa sobre un frotis de secreción tomando del paciente PCR</p>	<p>Para las infecciones no complicadas (genitales extragenitales) es el siguiente: cefixima 400 mg VO (dosis única).</p> <p>Ceftriaxona 250 mg IM (dosis única),</p> <p>Ciprofloxacina 500 mg por vía oral (dosis única).</p> <p>Ofloxacina 400 mg VO en dosis única</p>	
Sífilis	Es una infección sistémica, de evolución subaguda o crónica, que cursa con periodos asintomáticos, ocasionada por una espiroqueta, Treponema pallidum	<p>La sífilis es una infección de distribución mundial, al parecer de origen americano.</p> <p>En EUA la sífilis primaria y secundaria tenían una incidencia de 75 por 100 000 habitantes en 1940 y disminuyó de forma notable a 4 por 100 000 en 1950 con el uso de la penicilina.</p> <p>Los factores a los que se ha atribuido el incremento de la sífilis, así como de otras ITS en los últimos años, son el uso de drogas como la cocaína y el crack</p> <p>Múltiples parejas sexuales.</p> <p>En México, según datos de la Secretaría de Salud, la tasa de sífilis ha ido disminuyendo de 240 por 100 000 habitantes en el decenio de 1940-1949 .</p>	<p>Sifilide maculosa :o roséola sífilítica. Es una de las primeras en aparecer, se trata de una erupción macular con lesiones lenticulares rosadas, asintomáticas y de aparición súbita que predominan en tronco, cuello y raíz de miembros, aunque no afecta la cara</p> <p>Sifilide papulosa. Esta variedad por lo general afecta palmas y plantas, en donde son firmes, induradas, de color rojo cobrizo y a menudo están rodeadas de un collar de escama fina (collar de Biette).</p> <p>sifilide papulocostrosa: Es la manifestación más notoria, se ve sobre todo en el sitio de implantación del pelo (corona venérea), piel cabelluda, nariz y región perioral.</p> <p>Sifilide papuloescamosa o psoriasiforme: Las pápulas están cubiertas por escama blanquecina de aspecto psoriasiforme,</p> <p>sifilide papuloerosiva: o condilomas planos. Se observa en sitios húmedos y calientes, como en límites de piel y mucosas de región anogenital y en pliegues.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La infección inicia con la introducción del T. pallidum que se transmite por contacto directo de las mucosas o por la piel si existe solución de continuidad; los síntomas pueden llegar a aparecer 2-3 meses después.</li> <li>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.</li> <li>El chancro cuando erosiona es con una pápula de 2 cm.</li> <li>Úlceras.</li> <li>Fiebre.</li> <li>Falta apetito</li> <li>Úlceras llamadas parches mucosas.</li> <li>en pacientes que practican la penetración anal es común que estén en la región anorrectal y quizá se manifieste como una fisura anal sin induración de la base, acompañada de dolor y sangrado al defecar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visualización del mismo en campo oscuro o por la determinación de anticuerpos en el suero del paciente.</li> <li>Las reacciones serolúéticas, por otra parte, se clasifican en no treponémicas (o reagínicas) y treponémicas. Las no treponémicas buscan anticuerpos no específicos llamados reaginas.</li> <li>Vdrl (venereal disease reserch laboratories) cuantitativo, en la cual se usa un antígeno compuesto por cardiopina, colesterol y lecitina. Esta prueba tiene alta sensibilidad, pero muy poca especificidad, ya que un gran número de infecciones arroja falsos positivos.</li> <li>Ftaabs (fluorescent treponemic antibodies absorbed), en la que los anticuerpos del suero del enfermo se unen a antígenos de treponemas no patógenos, los cuales se visualizan por inmunofluorescencia</li> </ul>	<p>Se usa penicilina procaínica se recomienda usar 1.2 millones de UI, IM cada 24 h por 20 días.</p> <p>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> <p>Si el paciente es alérgico a la penicilina, otras alternativas son doxiciclina 100 mg VO cada 12 h, o tetraciclina 500 mg VO cada 6 h durante 30 días.</p> <p>Otra opción es la ceftriaxona, 250 mg IM por 14 días o azitromicina 500 mg/día.</p> <p>Para las mujeres embarazadas se utiliza eritromicina 500 mg cada 6 h durante 15 días.</p> <p>En personas con VIH el tratamiento recomendado es penicilina benzatínica 2.4 millones de UI, IM, una vez por semana a completar tres semanas</p>	
Linfogranuloma venéreo	El linfogranuloma venéreo (LGV) es una infección sistémica, de transmisión sexual, casada por los serotipos L1, L2 y L3 de la Chlamydia trachomatis	<p>Está presente en todo el mundo, pero prevalece en los trópicos de Asia, África, el Caribe y Golfo de México.</p> <p>La infección esta presente en países tropicales y en los últimos años ha aparecido en Europa. La mayoría de los casos de LGV en Europa se observan en hombres que tiene sexo con hombres (HSH) que no utilizan las medidas de prevención adecuadas.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>El LGV se clasifica en tres etapas.</li> <li>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, En el hombre afecta glande, 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.</li> <li>En la segunda etapa: la fase linfogranulomatosa aparece después de dos a seis semanas de la lesión primaria, aunque en algunos casos en que la primera etapa dura más de lo común, coinciden ambas, se caracteriza por adenitis inguinal, a menudo unilateral. Inicia con síntomas de inflamación local, aumento de volumen, a la exploración se palpa un ganglio duro, un tanto engastado en la piel.</li> <li>Tercera fase: la fase más destructiva de la infección, por lo general</li> <li>No llega a presentarse, pues sólo ocurre por falta de tratamiento adecuado en las fases</li> <li>Tempranas de la infección. Aquí aparece proctitis, estenosis rectal, abscesos perineales, fístulas y edema genital graves, la mayoría de las veces en mujeres, quienes pueden presentar en algunos casos el síndrome genito-anorrecta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Debe comprobarse mediante el examen directo del exudado de las lesiones o del pus extraído por punción del bubón, en los cuales (mediante la tinción de Giemsa).</li> <li>Biopsia aporta pocos datos y la prueba de fijación del complemento tiene una sensibilidad de 70 a 80% cuando hay titulaciones mayores.</li> <li>Método más sensible y específico es la titulación de anticuerpos fluorescentes de las pruebas ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) .</li> <li>Reacción en cadena de la polimerasa para lo cual se requieren células epiteliales infectadas.</li> <li>Para diferenciar de otras patologías, En el granuloma inguinal lo más importante es que las úlceras tienen bordes acordonados irregulares y crecimiento rápido; son dolorosas pero no se acompañan de adenopatía. A la histología se ven los cuerpos de Donovan</li> </ul>	<p>Se recomienda utilizar 500 mg de tetraciclina cada 6 h.</p> <p>Doxiciclina 100 mg cada 12 h o eritromicina 500 mg cada 6 h durante 21 días.</p> <p>También es factible dar una dosis única de 1 g de azitromicina.</p> <p>En las mujeres con infección pélvica inflamatoria se recomienda alargar el tratamiento de dos a tres semanas.</p> <p>Si están embarazadas se prefiere usar amoxiciclina 500 mg cada 8 h por 7 a 10 días.</p>	

<p><b>Granuloma inguinal</b></p>	<p>Granuloma inguinal (GI) o donovanosis es una infección crónica, granulomatosa, que afecta la región anogenital y la ingle, producida por un cocobacilo gramnegativo llamado Calymmatobacterium granulomatis, que por lo general se adquiere vía contacto sexual y se caracteriza por úlceras destructivas y poco dolorosas</p>	<p>Es una infección de distribución mundial, que tiene mayor incidencia en climas cálidos, predomina en puertos de Europa, América Latina, Asia y África. En México alrededor de 1 000 casos en el 2003. En la mayoría de los casos se asocia con mala higiene, pobreza y drogadicción.</p> <p>En EUA más de 10 % de los casos están vinculados con coinfección con T. Pallidum o VHS. El chancroide, como otras ITS ulcerativas, es un cofactor en la transmisión del VIH. Mayor incidencia entre 25-30años</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>Forma una úlcera de bordes bien definidos, lisos y elevados, su fondo tiene tejido granulomatoso, eritematoso, que sangra con facilidad.</li> <li>Es una úlcera poco dolorosa y en general no se acompaña de adenopatía.</li> <li>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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El diagnóstico de granuloma inguinal se hace con la demostración del C. Granulomatis en el interior de las células, llamados también cuerpos de Donovan, histiocitos que miden alrededor de 20 micras.</li> <li>Tinciones especiales como Giemsa, Wrigth o Warthin Starry.</li> </ul>	<p>El trimetoprim con sulfametoxazol 160/800 se administra cada 12 horas por 15 día .</p> <p>La tetraciclina 500 mg cada 6 h durante 3 semanas.</p> <p>En mujeres embarazadas se utiliza eritromicina 500 mg cada 6 h por 2 semanas.</p> <p>Para aquellos pacientes poco apegados al tratamiento o con baja respuesta a los antibióticos convencionales se recomienda el uso de 1 g semanal de azitromicina, 1 g de ceftriaxona diario o norfloxacin,</p>	
<p><b>Chancroide</b></p>	<p>Es una infección genital, poco frecuente en México, causada por el Haemophilus ducreyi, que se caracteriza por úlceras genitales muy dolorosas</p>	<p>Es una infección de distribución mundial, que tiene mayor incidencia en climas cálidos, predomina en puertos de Europa, América Latina, Asia y África. En México hay alrededor de 1000 casos. Su mayor incidencia ocurre entre los 25 y 30 años de edad</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>En el hombre es evidente en el frenillo, prepucio, surco balanoprepucial y glande; cuando se afecta el prepucio es común que se encuentre edema importante del mismo.</li> <li>Llega a presentarse en la mujer, afecta labios, vestíbulo, clítoris, pared vaginal y, por extensión, introito, cérvix y región perianal.</li> <li>La piel se pone roja y delgada, por lo que con frecuencia forma fístulas, este proceso puede extenderse por autoinoculación, pero como es una infección local, no se acompaña de manifestaciones sistémicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Debe recolectarse secreción del bubón a fin de realizar tinción de Gram y cultivo.</li> <li>En la tinción de Gram se observa el cocobacilo gramnegativo, pleomórfico en conglomerados que semejan un “banco de peces.</li> <li>El cultivo requiere de medios especiales que tengan factor X y se inocula en agar chocolate solo o con vancomicina para evitar formas contaminantes.</li> <li>Bioquímicas catalasa negativa y oxidasa positiva</li> </ul>	<p>Se recomienda el uso de ciprofloxacina 500 mg c/12 h VO u ofloxacina 400 mg c/12 h por 3 días.</p> <p>Eritromicina 500 mg VO c/6 h por 7 días.</p> <p>Azitromicina 1 g VO o ceftriaxona 250 mg IM en dosis única</p>	
<p><b>Citomegalovirus</b></p>	<p>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 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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>El riesgo de infección por CMV, al igual que el VHS, es inversamente proporcional a la cuenta de CD4, por reactivación del virus en personas con depresión del sistema inmunológico</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>En la mayoría de los casos, 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.</li> <li>Produce fiebre y ataque al estado general. Cuando el estado inmunológico del paciente está muy deteriorado, hay impacto Síndromes clínicos relacionados con las infecciones de transmisión sexual en el sistema digestivo, la retina (con ceguera), pulmones y SNC</li> </ul>	<p>Se utiliza la serología, también se pueden realizar cultivos de tejido afectado y, aunque son muy específicos, se realizan pocas veces debido a la dificultad que implica. Debe sospecharse CMV en úlceras crónicas de pacientes con VIH, sobre todo cuando el conteo de CD-4 es menor a 100 células/μL.</p>	<p>En pacientes con inmunidad normal, prácticamente no produce sintomatología, por lo que es innecesario dar tratamiento.</p> <p>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.</p> <p>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,.</p> <p>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.</p>	
<p><b>Gonorrea vaginal</b></p>	<p>Es una infección de transmisión sexual, que también se conoce como una enfermedad de transmisión sexual. Afecta a hombres y mujeres a través de una bacteria que se presenta con mayor frecuencia en la uretra, el recto o la garganta. En las mujeres, la gonorrea también puede infectar el cuello de la matriz. Y el agente es Neisseria gonorrhoeae</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.</p> <p>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 Neisseria gonorrhoeae; sin embargo, es difícil obtener datos precisos, porque esta infección llega a presentarse en forma asintomática.</p> <p>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</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Es rara la uretricitis y llega a observarse secreción purulenta del endocervix y de las glándulas de Skene.</li> <li>La afección de las glándulas de Bartholin en ocasiones es el primer signo de la infección, la cual se manifiesta por tumefacción dolorosa.</li> <li>Puede provocar EPI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen microscópico del gonococo (diplococo gramnegativo)</li> <li>Examen bacteriológico con tinción rápida con azul de Löffler (azul de metileno alcalino).</li> <li>Tinción de Gram en donde aparecen diplococos gramnegativos semejantes a granos de café.</li> <li>Cultivo en medio de agar chocolate o de Tallen-Martin. Inmunofluorescencia, que se efectúa sobre un frotis de secreción tomando del paciente (método rápido) o sobre un extendido de material cultivado</li> <li>(método retardado).</li> <li>Detección mediante PCR</li> </ul>	<p>El tratamiento que se recomienda en la actualidad para las infecciones no complicadas (genitales o extragenitales) es el siguiente: cefixima 400 mg VO (dosis única).</p> <p>Ceftriaxona 250 mg IM (dosis única).</p> <p>Ciprofloxacina 500 mg por vía oral (dosis única).</p> <p>Ofloxacina 400 mg VO en dosis única.</p>	
<p><b>Herpes simple</b></p>	<p>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</p>	<p>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.</p> <p>Sin embargo, en países desarrollados como EUA, se estima que cada año hay cerca de medio millón de casos nuevos</p>	<p>La infección por virus del herpes simple se clasifica en:  Estomatitis: gingivostomatitis herpética, herpes labial.  Genital: vulvovaginitis y balanitis herpética.  Otros: proctitis herpética y herpes perianal, panadizo herpético, queratoconjuntivitis,</p>	<p>El VHS-1 por lo general afecta el rostro, mientras que el VHS-2 lo hace con los genitales, aunque ambos se pueden encontrar en cualquier parte del cuerpo. Sin embargo, se ha presentado un incremento de herpes genital producido por VHS-1.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En la estomatitis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Citodiagnóstico de Tzanck, en el que se realiza una impronta de</li> </ul>	<p>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.</p> <p>Tratamiento local. Existen múltiples estudios que comparan la efectividad y tolerancia de</p>	

		de herpes genital, y se encuentran afectadas alrededor de 50 millones de personas entre los 15 y 75 años de edad. En México se desconoce la cifra exacta pero se piensa que pudiera ser mayor, dada la falta de educación sexual en la población sexualmente activa. 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. Afecta principalmente entre los 20-25 años	herpes diseminado y ecema herpético	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los casos leves se manifiestan con múltiples úlceras superficiales, pequeñas y puntiformes que afectan las superficies de las mucosas orales queratinizantes y no queratinizantes, quizá aparezcan sólo en encías o afecten varios sitios, como piel peribucal y labios.</li> <li>En el herpes genital 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 transformarse en pústulas, las cuales se rompen con facilidad dejando úlceras.</li> </ul>	<p>las lesiones, teñidas con Giemsa. Este estudio muestra células gigantes multinucleadas, con cuerpos de inclusión intranucleares.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La biopsia, por otra parte, se debe obtener de manera ideal a partir de una vesícula intacta.</li> </ul>	diversos antivirales tópicos, con resultados variables entre sí, pero el que en general resulta mejor es el aciclovir al 5% en crema, el cual es útil sólo si se aplica desde la fase prodrómica cada dos horas, con pocos beneficios clínicos, por lo que no se recomienda su uso.	
Tricomoniiasis vaginal	Es 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. Se reproducen de manera longitudinal y se alimentan del exudado y de las células del epitelio, al cual se adhieren con facilidad	<p>Múltiples parejas sexuales</p> <p>Antecedentes de infecciones de transmisión sexual</p> <p>Haber tenido tricomoniasis anteriormente</p> <p>Relaciones sexuales sin preservativo</p> <p>No hay suficientes registros en México</p> <p>Se ha encontrado en 2% de hombres portadores de uretritis no gonocócica</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Aparece una inflamación vaginal acompañada por una secreción líquida y espumosa, con frecuencia fétida.</li> <li>La secreción generada por el proceso infeccioso suele ser abundante, de color amarillo verdoso y está acompañada de eritema con intenso prurito, ardor y dispareunia.</li> <li>Ph 5.5 a 6.5.</li> <li>Si la inflamación es intensa, sobre el cérvix se observa un aspecto llamado colpitis macular o cervicitis “en fresa”, en el que hay manchas múltiples redondeadas, rojas, irregulares,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen en fresco, con observación microscópica de la secreción genital.</li> <li>Preparados de tinciones: May-Grunwald-Giemsa, acridina naranja o Papanicolaou, donde se pueden observar formaciones ovoides en forma de pera, flageladas.</li> <li>El cultivo no es necesario ya que la sensibilidad y la especificidad de los exámenes directos son suficientes.</li> </ul>	<p>Metronidazol 250 mg VO 3 veces al día por 7 días, o Metronidazol 500 mg VO dos veces al día por 5 días,</p> <p>Metronidazol 1 g VO en dos dosis por 2 días, y por último 4) metronidazol 2 g VO en dosis única.</p> <p>Debe tratarse de manera simultánea a la pareja sexual</p>	
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 de polimorfonucleares), lo que la distingue de las vaginitis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tener diferentes parejas sexuales es un factor epidemiológico.</li> <li>Lavados vaginales.</li> <li>Ausencia natural de lactobacilos.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Secreciones vaginales abundantes, fétidas y nauseabundas (olor “a pescado”).</li> <li>El ardor o el prurito aparecen con frecuencia variable.</li> <li>El cérvix, lo mismo que la vagina y la vulva, muestran a menudo un aspecto normal y no existe un cuadro patognomónico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Olor vaginal “a pescado” de la secreción vaginal, en especial después del coito.</li> <li>Secreciones vaginales de color grisáceo y que cubren con una capa muy delgada las paredes vaginales.</li> <li>Microscopia de las secreciones vaginales que revela aumento del número de células índice (clue cells) y ausencia notable de leucocitos.</li> <li>La adición de hidróxido de potasio (koh)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Metronidazol, antibiótico con actividad excelente contra los microorganismos anaerobios pero deficiente contra los lactobacilos, es. Dosis: 1) 500 mg VO dos veces al día durante 7 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.</li> <li>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 acostarse durante tres días.</li> </ul>	
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.	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.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Vulvovaginitis de aparición brusca, asociada con flujo vaginal blanco, espeso y consistencia “cremosa” acompañado de prurito vulvar.</li> <li>Quizá haya dolor vaginal, dispareunia, eritema con ardor e irritación vulvar que a veces se extiende hasta el ano. En ocasiones se observa disuria por contacto de la orina con el epitelio vulvar y vestibular inflamado.</li> <li>A la exploración física de la vulva y de la vagina se encuentran lesiones eritematosas, secas y maculares, a menudo con lesiones por rascado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El examen microscópico de la secreción diluida en solución fisiológica que revela presencia de blastosporas y micelios con pseudohifas.</li> <li>La prueba de papanicolaou, que tiene una precisión diagnóstica moderada (alrededor de 25%).</li> <li>Con la coloración de gram se evidencian hifas y esporas grampositivas.</li> <li>El examen de cultivo representa el método diagnóstico más sensible y seguro en medio sabouraud o en medio de nickerson.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Butoconazol, crema al 2%, 5 g por vía intravaginal durante 3 días.</li> <li>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.</li> <li>Miconazol: a. Crema al 2%, 5 g por vía intravaginal durante 7 días. B. Óvulos vaginales, 200 mg durante 3 días.</li> <li>Nistatina, tabletas vaginales, 100 000 unidades durante 14 días.</li> <li>Ticonazol, crema al 6.5%, 5 g, por vía intravaginal en dosis única.</li> <li>Terconazol: a. Crema al 0.4%, 5 g por vía intravaginal durante 7 días. B. Óvulos vaginales, 80 mg durante 3 días.</li> <li>Fluconazol, cápsulas de 150 mg en dosis única, cada semana, por 4 semanas</li> </ul>	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haber tenido una EIP (1 en 4 mujeres vuelve a tener un segundo episodio de EIP).</li> <li>Edad entre 15 y 25 años.</li> <li>Vida sexual activa.</li> <li>Múltiples compañeros.</li> <li>Hábito de tener relaciones sexuales sin condón.</li> <li>Tener una pareja infiel.</li> <li>Tener una ETS.</li> <li>Hábito de realizar ducha vaginal (la ducha empuja las bacterias hacia al interior de la vagina).</li> <li>Haber colocado un <b>DIU</b> recientemente (el riesgo sólo es mayor en las primeras 3 semanas después de la inserción del dispositivo).</li> <li>30% de los casos, es unilateral y quizá se acompañe de dispareunia.</li> <li>Los otros signos que pueden asociarse son inconstantes:</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>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 iliacas.</li> <li>La anamnesis debe buscar los factores de riesgo típicos de las ITS: antecedente de ITS o de salpingitis, uretritis en la pareja sexual, multiplicidad de compañeros sexuales, edad inferior a 25 años, factores que puedan modificar la conducta sexual (etilismo, toxicomanías</li> </ul>	<p>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. También es factible determinar 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.</p> <p>El diagnóstico bacteriológico de las salpingitis por chlamydia puede realizarse ya sea de forma directa mediante técnicas de detección del germen (la pcr tiende a sustituir el cultivo celular por su elevada sensibilidad y su rapidez). Ecografía suele ser normal en la fase inicial aguda. En la fase supurativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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</li> </ul>	

		leucorrea en 50% de los casos, fiebre superior o igual a 38° C en 48% de las pacientes, metrorragias en 40% (que traducen la existencia de una endometritis) y, por último, signos urinarios en 20% de las enfermas.			avanzada puede mostrar una colección en anexos (absceso tubo ovárico). Laparoscopia. Ningún signo es del todo específico de las infecciones uteroanexiales agudas; se admite que la certeza clínica no sobrepasa el 65% de los casos. La laparoscopia está indicada en casos de duda diagnóstica o de fracaso de una antibioticoterapia de prueba al cabo de 48 horas		
Condilomas 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 Papillomavirus de la familia Papovaviridae.	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Además, en los últimos años se ha notado, en varones, un incremento en la aparición de cáncer de pene, y también esos VPH están asociados hasta en un 70% con el cáncer anal en varones homosexuales, de modo que se ha considerado que es un posible agente causal a los tipos 16 y 18 de estos virus.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>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".</li> <li>Tales condilomas pueden ser filiformes, aislados o agrupados en grandes masas con apariencia vegetantes, variables en tamaño que llegan a crecer hasta alcanzar el tamaño de un huevo de gallina e incluso más grandes.</li> <li>En la mujer tales condilomas quizá aparezcan alrededor del clítoris, labios mayores y menores, para luego extenderse al periné y los márgenes del ano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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,</li> <li>Dentro de las 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.</li> </ul>	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	
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: Treponema pallidum y VPH	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se da en personas con mas de una pareja sexual.</li> <li>Puede derivarse de diversas agentes.</li> <li>No se tiene una estadística de esta sintomatología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comienza como una pequeña pápula que crece extendiéndose hacia los lados y alcanza un tamaño muy variable, desde unos pocos milímetros hasta algunos centímetros.</li> <li>Son lesiones que tienen una superficie lisa, una base ancha y, en ocasiones, son exudativas.</li> <li>Suelen aparecer en la cavidad oral, genitales, ano y piel cercana a estas zonas.</li> </ul>	(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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>		
Infección por virus de hepatitis c	Son virus hepatotropos, esto es, tienen como órgano blanco al hígado. Cualquiera de estos tres virus llega a ser transmitido a través de las relaciones sexuales desprotegidas (aunque existen otras vías de contagio para estos virus, que dan fuera del espectro	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>El VHC es un virus RNA de cadena sencilla, similar a los flavivirus y está constituido por 9.4 Kb y tiene una distribución lineal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La cirrosis y el carcinoma hepatocelular son las complicaciones más significativas de esta infección. Es por ello que la prevención y la atención de las personas con esta infección en el estadio asintomático revisten una gran importancia para prevenir o disminuir la morbilidad asociada con el VHC.</li> <li>Ictericia (decoloración amarilla de la piel y los ojos)</li> <li>Moraciones y sangrado fáciles</li> <li>Orina de color oscuro, heces de color claro</li> <li>Fatiga</li> <li>Dolor abdominal</li> <li>Pérdida de apetito</li> <li>Náuseas</li> <li>Diarrea- Fiebre</li> <li>Ascitis (acumulación de líquido e hinchazón de la cavidad abdominal)</li> <li>Patrón de vena en forma de estrella que se desarrolla en el vientre hinchado</li> <li>Picazón</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza a través de la detección serológica de anticuerpos a esta infección (anti-VHC).</li> <li>En la actualidad ya se dispone de una prueba 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.</li> <li>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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se han utilizado interferones estándares como monoterapia, sin embargo, en la actualidad la estrategia más recomendada es la biterapia mediante interferón <math>\alpha</math> pegilado en combinación con ribavirina.</li> <li>Existen en el mercado dos tipos de interferones alfa pegilados: el peginterferón <math>\alpha</math>-2b, cuya dosis es 0.5 o 1 <math>\mu</math>g/kg de peso corporal, y el peginterferón <math>\alpha</math>-2a, cuya dosis es de 180 <math>\mu</math>g; ambos se aplican de manera subcutánea una vez por semana.</li> <li>En cuanto a la ribavirina, se utiliza de acuerdo con el peso de la persona una dosis de 1 000 a 1 200 mg al día, vo, dividida en dos dosis (cada 12 h), pero en pacientes con genotipo diferente al 1 se sugiere utilizar una dosis de 400 mg cada 12 h, vo (es decir, 800 mg/día)</li> </ul>		
VIH	El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una afección crónica que pone en riesgo la vida provocada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Al dañar tu sistema inmunitario, el VIH interfiere con la capacidad de tu cuerpo para luchar contra infecciones y enfermedades. El VIH es una infección de transmisión sexual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Cada día ocurren 11 000 nuevos casos de infección por VIH en el mundo.</li> <li>Alrededor de la mitad de las personas que se infectan a diario están ubicadas entre los 15 y 24 años de edad.</li> <li>Se calcula que para el 2020 habrán fallecido por VIH Aunque es cierto que esta infección afecta de manera principal a varones homosexuales, han ocurrido grandes e importantes cambios en cuanto al comportamiento de la pandemia del VIH, a saber 68 millones de personas.</li> </ul>	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, en cambio el VIH-2 es más frecuente en el Continente Africano, aunque se han reportado algunos casos de infección por este último en Europa y América. Ambos virus generan la misma sintomatología y se detectan por las mismas pruebas diagnósticas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fiebre</li> <li>Dolor de cabeza</li> <li>Dolores musculares y articulares.</li> <li>Erupción</li> <li>Dolor de garganta</li> <li>Ganglios linfáticos inflamados, principalmente en el cuello.</li> <li>Sudores nocturnos empapados</li> <li>Fiebre recurrente</li> <li>Diarrea crónica</li> <li>Manchas blancas o lesiones inusuales en la lengua o en la boca.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Se suele emplear la prueba llamada Western blot.</li> <li>Existen además otras pruebas que permiten realizar el diagnóstico de esta infección, como la detección del antígeno P24, RNA de VIH por PCR cualitativa, cultivo de virus, entre otras.</li> </ul>	No hay cura	

## SIDA

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 tardan en aparecer desde unos meses hasta más de 10 años después de la infección inicial y quizá sean ligeras, moderadas o graves, lo que depende sobre todo de las características del virus infectante y de algunos factores relacionados con el huésped

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

Son varias las pruebas que se recomiendan realizar en una persona con infección por el VIH, siendo 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

- 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
- Grupo TARA



## Bibliografía

montis, I. A. (2008). *Sexualidad Humana* (12 ed.). Ciudad de Mexico: Manual de Moderno. Recuperado el 17 de Noviembre de 2023