



**Fernando Ailton Maldonado  
Hernández**

**Luis Alberto Ballinas Ruiz**

**Dra. Mariana Catalina Saucedo  
Domínguez**

**Cuadro Comparativo**

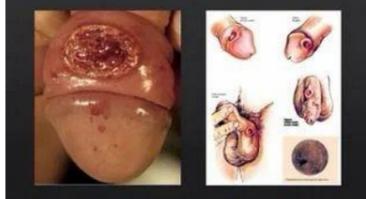
**PASIÓN POR EDUCAR**

**Sexualidad Humana**

**3º "C"**

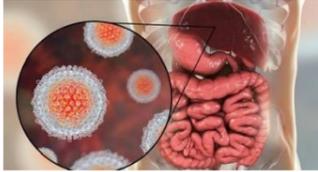
Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de noviembre de 2023

Nombre de la enfermedad	Definición	Aspectos epidemiológicos	Clasificación (en caso de tener)	Cuadro Clínico	Diagnostico	Tratamiento
<b>Herpes simple</b> 	<p>El virus del herpes simple es una enfermedad frecuente que puede llegar a presentar vesículas o úlceras dolorosas, se propaga principalmente por contacto piel con piel y su agente causal es el virus del herpes simple tipo 1. El virus del herpes simple tipo 2 es aquel que se contagia de manera sexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambos sexos</li> <li>• Cualquier edad</li> <li>• VHS1 &gt; En rostro</li> <li>• VHS2 &gt; Genitales</li> </ul>	<p>VHS-1: Enzima de la cintura VHS-2: Por debajo de la cintura 1) Estomatitis: gingivoestomatitis herpética, herpes labial. 2) Genital: vulvovaginitis y balanitis herpética. 3) Otros: proctitis herpética y herpes perianal, panadizo herpético, queratoconjuntivitis, herpes diseminado y eccema herpético.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección visible</li> <li>• Úlceras superficiales</li> <li>• Presente en labio, encías</li> <li>• Ardor o quemadura</li> <li>• Prurito leve</li> <li>• Vesículas</li> <li>• Fondo blanco o grisáceo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínico</li> <li>• Citodiagnóstico de Tzanck</li> <li>• Biopsia</li> </ul>	<p>Aciclovir de 200 mg en 5 dosis por un periodo de 5 días / vo</p>
<b>Sífilis</b> 	<p>Infección de transmisión sexual provocada por la bacteria Treponema Pallidum y puede ser adquirida por contacto sexual o de manera congénita. Su lesión primaria es el chancro sífilítico el cual es indoloro</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribución mundial</li> <li>• Uso de drogas</li> <li>• Poligamia</li> <li>• Trabajo sexual</li> <li>• Vida sexual activa</li> <li>• Edad (15-25 años)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sífilide maculosa o roséola sífilítica</li> <li>2) Sífilide papulosa</li> <li>3) Sífilide papulocastroa</li> <li>4) Sífilide papuloescamosa o psoriasiforme</li> <li>5) Sífilide papuloerosiva o condilomas planos</li> </ol>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• VDRL</li> </ul>	<p>Penicilina G-Benzatínica 2.4 millones IM 1 vez a la semana durante 3 semanas Doxicilina 100 mg c/12 h durante 14 días</p>
<b>Linfogranuloma venéreo (LGV)</b> 	<p>ITS causada por los serotipos s L1, L2 y L3 de la Chlamydia trachomatis, se caracteriza por la formación de granulomas y microabsceso estrellados y predomina en el hombre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribución mundial</li> <li>• Aquellos que tienen mayor actividad sexual</li> <li>• Adolescentes y adultos jóvenes</li> <li>• Personas de nivel socioeconómico o bajo.</li> </ul>		<p><b>Primera etapa</b> (entre 3 y 12 días). Lesión primaria que puede ser: o pápula, vesícula herpetiforme o pequeña erosión. 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. <b>Segunda etapa</b> (2 a 6 semanas después de la lesión primaria). adenitis inguinal, inflamación local, aumento de volumen, ganglio duro indoloro, piel rojiza y edematosa que al llegar a ganglios se vuelve</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exudado de las lesiones o punción de bubón</li> <li>• ELISA</li> <li>• PCR</li> </ul>	<p><b>Infección no complicada:</b> 500 mg de tetraciclina c/6 h, doxiciclina 100 mg c/12 h o eritromicina 500 mg c/6 h durante 21 días O hasta 1 g de azitromicina. <b>Mujeres con infección pélvica inflamatoria:</b> Se recomienda alargar el tratamiento de dos a tres semanas. <b>Embarazadas:</b> Amoxiciclina 500 mg c 8 h por 7 a 10 días.</p>

				eritematoviolácea, bubón en forma de reloj de arena "signo del surco" (característico) <b>Tercera etapa</b> (fase destructiva, por falta de tratamiento) Proctitis, estenosis rectal, abscesos perineales, fístulas y edema genital graves. En mujeres, síndrome genito-anorrectal																																	
<b>Granuloma inguinal (GI) o Donovanosis</b> 	a infección crónica, granulomatosa, que afecta la región anogenital y la ingle, producida por Calymmatobacterium granulomatis, se caracteriza por úlceras destructivas y poco dolorosas. El contagio puede ocurrir por transmisión sexual o por contacto con secreciones contaminadas con heces.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Más frecuente en países tropicales y subtropicales</li> <li>Predomina en varones</li> </ul>		Pápula firme/ nódulo que lleva a úlceras bordes definidos, lisis y elevados, fondo granulomatoso, eritematoso, con sangrado Afecta labios Mayor/menor, pubis en mujeres pene. periné, R. perianal es hombres	Frotis como en tejidos con tinciones especiales como Giemsa, Wrigth o Warthin Starry para la demostración de cuerpos de Donovan	Trimetoprim con sulfametoxazol 160/800 se administra c/12 horas por 15 días Tetraciclina 500 mg c/6 h durante 3 semanas. En mujeres embarazadas se utiliza eritromicina 500 mg c/6 h por 2 semanas. 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 norfloxacina, los cuales se continúan al menos hasta que las lesiones hayan cicatriza																															
<b>Chancroide, Chancro blando o infección de Ducrey</b> 	Infección genital, poco frecuente en México, causada por el Haemophilus ducreyi, que se caracteriza por úlceras genitales muy dolorosas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distribucion mundial con mayor incidencia en climas cálidos</li> <li>Mala higiene</li> <li>Pobreza</li> <li>Drogadicción</li> <li>Casi exclusiva de los hombres entre 25 y 30 años</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-12 días aparecen Papulas que se convierten en Pustulas "Ulceración" el cual se llama Chancro blando. Dolor.</li> <li>Adenopatía inguinal.</li> <li>Fimosis y Estenosis.</li> <li>Formación de un absceso fluctuante o bubón, el cual aparece 7 a 10 días después del chancro.</li> </ul>	Punción de bubón para realizar tinción de Gram y cultivo	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																																
<b>Citomegalovirus (CMV)</b> 	Infección de por vida con periodos de latencia provocada por un virus que pertenece a la familia de los Herpesviridae, se transmite de persona a persona por contacto cercano, transfusión sanguínea, trasplante de órganos o por vía sexual y rara vez se diagnostica por la clínica. Es de interés en inmunocomprometidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distribución mundial y muy poco frecuente en México.</li> <li>Asociado con VPH-16.</li> <li>Edad de la primera relación sexual, el total de años de vida sexual activa y el tiempo de relaciones sexuales antes</li> </ul>	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 Se puede ver afectado el Sistema digestivo, la retina, pulmones y el SNC Descartar CMV si hay presencia de ulcera genital o rectal	Serología Cultivos de tejido afectado	<b>Antirretrovirales</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre genérico</th> <th>Vía de administración</th> <th>Inducción</th> <th>Mantenimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valanciclovir</td> <td>VO</td> <td>900 mg c/12 h por 21 días</td> <td>900 mg c/24 h</td> </tr> <tr> <td></td> <td>IV</td> <td>5 mg/kg/12 h por 14 o más días</td> <td>5 a 10 mg/kg/24 h por 14 o más días</td> </tr> <tr> <td></td> <td>VO</td> <td>5 mg/kg/12 h por 14 o más días</td> <td>1 g c/8 h</td> </tr> <tr> <td>Ganciclovir</td> <td>Dispositivo de liberación intraocular (vitraser)</td> <td>Cada 6 meses, puede ser acompañado o no de 1 g VO c/8 h</td> <td>220 días</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inyección intraocular</td> <td>200 a 400 µg 2 a 3 veces/semana por 2 a 3 semanas</td> <td>200 a 400 µg una vez/semana</td> </tr> <tr> <td>Foscarnet</td> <td>IV, catéter central</td> <td>90 mg/kg/12 h por 14 días o más</td> <td>90 mg/kg/24 h</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inyección intravítrea</td> <td>2 400 µg 2 veces/sem</td> <td>2 400 µg una vez/semana</td> </tr> </tbody> </table>	Nombre genérico	Vía de administración	Inducción	Mantenimiento	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 liberación intraocular (vitraser)	Cada 6 meses, puede ser acompañado o no de 1 g VO c/8 h	220 días		Inyección intraocular	200 a 400 µg 2 a 3 veces/semana por 2 a 3 semanas	200 a 400 µg una vez/semana	Foscarnet	IV, catéter central	90 mg/kg/12 h por 14 días o más	90 mg/kg/24 h		Inyección intravítrea	2 400 µg 2 veces/sem	2 400 µg una vez/semana
Nombre genérico	Vía de administración	Inducción	Mantenimiento																																		
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 liberación intraocular (vitraser)	Cada 6 meses, puede ser acompañado o no de 1 g VO c/8 h	220 días																																		
	Inyección intraocular	200 a 400 µg 2 a 3 veces/semana por 2 a 3 semanas	200 a 400 µg una vez/semana																																		
Foscarnet	IV, catéter central	90 mg/kg/12 h por 14 días o más	90 mg/kg/24 h																																		
	Inyección intravítrea	2 400 µg 2 veces/sem	2 400 µg una vez/semana																																		

		del primer embarazo				
<p><b>Gonorrea vaginal o Blenorragia</b></p> 	<p>ITS causada por la Neisseria gonorrhoeae, se contagia por contacto sexual o de manera congénita al momento del parto a vulvovaginitis que se observa en las niñas producida por contacto con ropa de cama contaminada por individuos infectados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede presentarse de forma asintomática hasta en 70% de las mujeres y en forma silenciosa en 2% de los hombres</li> <li>• Infección no confiere inmunidad</li> <li>• Mas común entre los 18 y 25 años de edad</li> </ul>		<p>Entre 2 y 10 días Afección de las glándulas de Bartholin en ocasiones es el primer signo de la infección y presenta tumefacción dolorosa Salpingitis y peritonitis pélvica (EPI) vulvovaginitis de intensidad variable con flujo vaginal amarillo verdoso, purulento</p>	<p>PCR</p>	<p><b>Infección no complicada:</b> Cefixima 400 mg VO (dosis única), o Ceftriaxona 250 mg IM (dosis única), o Ciprofloxacina 500 mg por vía oral (dosis única), o bien, ofloxacina 400 mg VO en dosis única.</p> <p>El tratamiento debe aplicarse también a los compañeros sexuales</p>
<p><b>Clamidiiasis vaginal</b></p> 	<p>infección seria de transmisión sexual ocasionada por la bacteria Chlamydia trachomatis. La transmisión puede ser por contacto sexual o de manera congénita durante el parto. 8 de los 15 serotipos que existen producen las infecciones sexuales habituales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mas común en mujeres adolescentes</li> <li>• Formas asintomáticas hasta un 80%</li> <li>• Factores de riesgo pueden ser: consumo de tabaco, antecedentes de infecciones por Chlamydia, pareja sexual reciente y la ectopia cervical</li> </ul>		<p>Asintomático en mujeres en un 70% Cervicitis discreta que lleva a un cuadro de EPI lo que puede generar esterilidad El epitelio glandular aparece hipertrofiado, con grandes papilas congestionadas, hemorrágicas y recubiertas por moco adherente en el 50% de los casos Lesión primaria se encuentra a nivel del epitelio cilíndrico endocervical</p>	<p>PCR LCR TMA</p>	<p>Azitrocina 1 g por vía oral (dosis única); doxiciclina 100 mg VO dos veces al día durante 7 días, u, 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>
<p><b>Tricomoniasis vaginal</b></p> 	<p>La tricomoniasis vaginal es causada por Trichomona vaginalis, un protozoo anaerobio productor de una inflamación purulenta sui generis, de presentación frecuente en la patología del tracto genital inferior.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Múltiples parejas sexuales</li> <li>• Piscinas y agua no clorada</li> </ul>		<p>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, ardor y dispareunia. La exploración vaginal o la introducción del espejo vaginal llegan a ocasionar dolor. El pH suele ser superior a 5.5 (5.5 a 6.5 en promedio). La infección interesa al epitelio pavimentoso pero no así al glandular. 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, yodo-negativas, cada una de las cuales resulta de la confluencia de varios puntos rojos y sobresalen de la</p>	<p>-) 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, donde se pueden observar formaciones ovoides en forma de pera, flageladas; permiten observar también el asostilo y el "ojo".</p>	<p>1) Metronidazol 250 mg VO 3 veces al día por 7 días. 2) Metronidazol 500 mg VO dos veces al día por 5 días. 3) Metronidazol 1 g VO en dos dosis por 2 días. 4) metronidazol 2 g VO en dosis única.</p>

				mucosa indemne pero hiperémica o sobre una mucosa diseminada de puntos rojos.		
<p><b>Vaginosis bacteriana</b></p> 	<p>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, lo que la distingue de las vaginitis. Los gérmenes implicados con más frecuencia en las vaginosis son: Gardnerella vaginalis, peptoestreptococos, bacte-roides, Eubacterium, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum y Mobiluncus.</p>	<p>Múltiples parejas sexuales</p>		<p>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 la vulva, muestran a menudo un aspecto normal y no existe un cuadro patognomónico. En cambio, los compañeros sexuales de las mujeres con vaginosis bacteriana suelen ser asintomático; sin embargo, se ha podido aislar Gardnerella vaginalis en infecciones urinarias en hombres y también en casos de corioamniotitis.</p>	<p>Microscopia de las secreciones vaginales que revela aumento del número de células índice (clue cells) y ausencia notable de leucocitos. En los casos graves se observan las células índice hasta en 20% de la muestra. La añadidura de hidróxido de potasio (KOH) a las secreciones vaginales (sniff-test) despierta un olor fétido.</p>	<p>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.</p>
<p><b>Micosis vaginal</b></p> 	<p>Las micosis vulvovaginales son una de las causas más frecuentes de consulta ginecológica ya que alrededor de 75% de las mujeres presentan durante su vida sexual al menos una micosis vaginal. 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 fomites. Cuando la micosis se presenta como un episodio aislado, no plantea problema alguno de diagnóstico o de tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacto sexual</li> <li>• Fomites</li> </ul>		<p>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. En ocasiones se observa disuria por contacto de la orina con el epitelio vulvar y vestibular inflamado. A la exploración física de la vulva y de la vagina se encuentran lesiones eritematosas, secas y maculares, a menudo con lesiones por rascado. Con frecuencia el orificio vulvar y vaginal se encuentran recubiertos por pseudomembranas blancuzcas adheridas a la mucosa. El cérvix está enrojecido y presenta vascularidad aumentada y con la Seudomembrana.</p>	<p>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) La prueba de Papanicolaou, que tiene una precisión diagnóstica moderada. 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.</p>	<p>-) Butoconazol, crema al 2%, 5 g por vía intravaginal durante 3 días. -) Clotrimazol: 1. Crema al 1%, 5 g por vía intravaginal durante 7 a 14 días. 2. Comprimidos de aplicación intravaginal, 100 mg durante 7 días. -) Miconazol: 1. Crema al 2%, 5 g por vía intravaginal durante 7 días. 2. Óvulos vaginales, 200 mg durante 3 días. -) Nistatina, tabletas vaginales, 100 000 unidades durante 14 días. -) Ticonazol, crema al 6.5%, 5 g, por vía intravaginal en dosis única. -) Terconazol: 1. Crema al 0.4%, 5 g por vía intravaginal durante 7 días. 2. Óvulos vaginales, 80 mg durante 3 días. -) Fluconazol, cápsulas de 150 mg en dosis única, cada semana, por 4 semanas.</p>
<p><b>EPI</b></p> 	<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 endometritis y después de una salpingitis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parejas sexuales múltiples</li> <li>• Menores de 25 años</li> <li>• Uso de anticonceptivos</li> <li>• Embarazos</li> </ul>		<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. Los otros signos que pueden asociarse son inconstantes: 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.</p>	<p>-) Análisis de laboratorio de rutina. VDRL AgHB Anticuerpo antiVHC. -) Análisis bacteriológicos. PCR ELISA</p>	<p>1) ofloxacina 400 mg VO, dos veces al día durante 14 días. 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>
<p><b>Condilomas acuminados y planos</b></p>	<p><b>Candilomas acuminados</b> Dicha infección, también conocida como verrugas anogenitales, "crestas", papilomas venéreos o verrugas venéreas, es causada</p>	<p>Mundial</p>		<p><b>Candilomas acuminados</b> 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</p>	<p><b>Candilomas acuminados</b> El diagnóstico de la infección por VPH por lo general es clínico, a través de la inspección de las</p>	<p>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>

 	<p>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.</p> <p><b>Candilomas planos</b></p> <p>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. 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 sifilitico.</p>			<p>a vegetaciones en forma de "cresta de gallo" o grandes masas en forma de "coliflor".</p> <p>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.</p> <p>En la mujer tales condilomas quizá aparezcan alrededor del clítoris, labios mayores y menores, para luego extenderse al periné y los márgenes del ano. En cambio, en el hombre suelen aparecer en el pene a nivel del frenillo, surco balanoprepucial, mucosa del glande, prepucio y uretra; aunque también pueden aparecer en escroto, perineo, pubis, márgenes del ano e incluso en el canal anal y recto.</p> <p><b>Candilomas planos</b></p> <p>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. Son lesiones que tienen una superficie lisa, una base ancha y, en ocasiones, son exudativas. Todas estas características lo diferencian del condiloma acuminado. Los condilomas planos, al margen del sexo de los pacientes, suelen aparecer en la cavidad oral, genitales, ano y piel cercana a estas zonas.</p>	<p>lesiones; sin embargo, debido a que existen también manifestaciones subclínicas y latentes.</p> <p>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.</p> <p><b>Candilomas planos</b></p> <p>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 a fin de descartar o establecer la presencia de esta entidad, si el análisis es negativo se confirma la existencia de VPH.</p> <p>VDRL</p>	
<p><b>Infección por virus de hepatitis C</b></p> 	<p>La hepatitis C es una infección vírica que causa inflamación del hígado, lo que a veces conduce a un daño hepático grave. El virus de la hepatitis C (VHC) se propaga a través de la sangre contaminada.</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.<sup>51</sup> 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.</p>		<p>La clínica de VHC genera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparición de hemorragias con facilidad</li> <li>• Propensión a hematomas</li> <li>• Fatiga</li> <li>• Falta de apetito</li> <li>• Coloración amarillenta de la piel y los ojos (ictericia)</li> <li>• Orina de color oscuro</li> </ul>	<p>Se realiza a través de la detección serológica de anticuerpos a esta infección (anti-VHC). Esto al solicitar una prueba de RNA de VHC por PCR.</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 y 1 mg cada 24 horas VO.</p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Picazón en la piel</li> <li>• Acumulación de líquido en el abdomen (ascitis)</li> <li>• Hinchazón en las piernas</li> <li>• Pérdida de peso</li> <li>• Confusión, somnolencia y dificultad en el habla (encefalopatía hepática)</li> <li>• Vasos sanguíneos en forma de araña en la piel (araña vascular)</li> </ul>		
<p><b>VIH</b></p> 	<p>El VIH es un virus RNA que pertenece a la familia de los retrovirus y a la subfamilia de los lentivirus.</p> <p>El VIH sólo sobrevive en los fluidos corporales dentro de un ser humano vivo. Una vez que la sangre y otros fluidos corporales están fuera del cuerpo, el VIH subsiste sólo unos pocos segundos.</p>	<p>Desde el decenio de los 1980-1989, los investigadores reconocieron que un número considerable de personas presentaban enfermedades e infecciones raras, con el común denominador de presentar un sistema inmunológico dañado. En 1983, fue aislado un nuevo agente: el virus de inmunodeficiencia humana, VIH.</p> <p>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.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre y dolor muscular</li> <li>• Dolor de cabeza</li> <li>• Dolor de garganta</li> <li>• Sudoración nocturna</li> <li>• Úlceras bucales, incluso infección por hongos (candidiasis)</li> <li>• Ganglios linfáticos inflamados</li> <li>• Diarrea</li> </ul>	<p>Prueba de ELISA para la detección de anticuerpos al VIH.</p> <p>Detección del antígeno P24.</p> <p>RNA de VIH por PCR.</p> <p>Cultivo del virus.</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>
<p><b>SIDA</b></p>	<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 más de 10 años después de la infección inicial y quizá sean ligeras,</p>	<p>Mundial Sexualmente activo Jóvenes Adultos Contacto sexual, vía hemática, transmisión vertical</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre.</li> <li>• Fatiga.</li> <li>• Ganglios linfáticos inflamados: a menudo, uno de los <b>primeros</b> signos de la infección por el <b>VIH</b>.</li> </ul>	<p>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.</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>



moderadas o graves, lo que depende sobre todo de las características del virus infectante y de algunos factores relacionados con el huésped.

- Diarrea.
- Pérdida de peso.
- Candidosis vaginal oral (candidiasis)
- Herpes (herpes zóster)
- Neumonía.

## Bibliografía

Montis, I. A. (2008). *Sexualidad Humana*. México: El Manual Moderno.