



PASIÓN POR EDUCAR



# MEDICINA HUMANA

**DRA. MARIANA CATALINA SAUCEDO DOMINGUEZ**

**INTEGRANTES DEL EQUIPO:**

- **ALONDRA YULIANA GONZALEZ GORDILLO**
- **MARTIN ROLANDO PEREZ DE LA CRUZ**
- **CITLALI MONSERRATH CAMPOS AGUILAR**

**SEXUALIDAD HUMANA**

**CUADRO COMPARATIVO**

**3° A**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 28 de junio de 2024**

ITS	AG. CAUSAL	Aspecto Epidemiológico	Cuadro Clínico	Dx	Tx
 <p><b>SIFILIS</b></p>	<p>Treponema pallidum</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La sífilis es una infección de distribución mundial</li> <li>• origen americano</li> <li>• En EUA la sífilis primaria y secundaria tenían una incidencia de 75 por 100 000 habitantes</li> <li>• 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, el intercambio de relaciones sexuales por drogas, múltiples compañeros sexuales</li> <li>• 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>El chancro</b> duro o chancro sifilítico, que tiene una duración de tres a seis semanas 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</li> <li>➤ <b>Secundarismo</b> Llegan a afectarse piel, ganglios, anexos cutáneos y mucosas, además de observarse síntomas generales <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sífilis tardía benigna:</b> Durante esta etapa la lesión fundamental es el nódulo que en ocasiones evoluciona a goma, se reblandece y necrosa, dando lugar a extensas áreas de destrucción tisular.</li> <li>• <b>Sífilis prenatal:</b> se adquiere durante la gestación, a partir del cuarto mes, ya que antes el treponema no logra atravesar la placenta; cuando hay infección de ésta lo que se producen son abortos.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>campo oscuro:</b> se utiliza para el diagnóstico en la sífilis temprana</li> <li>• <b>reacciones serológicas no treponémicas:</b> buscan anticuerpos no específicos llamados reaginas, la más utilizada hasta la fecha es el VDRL</li> <li>• <b>Reacciones treponémicas:</b> son más específicas, ya que son sensibles a anticuerpos contra antígenos treponémicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penicilina</li> <li>• Penicilina procaínica 1.2 millones de UI, IM cada 24 h por 20 días,</li> <li>• Doxiciclina 100 mg VO cada 12 h</li> <li>• tetraciclina 500 mg VO cada 6 h durante 30 días.</li> <li>• ceftriaxona,</li> <li>• 250 mg IM por 14 días o azitromicina 500 mg/día.</li> <li>• <b>mujeres embarazadas</b> se utiliza eritromicina 500 mg cada 6 h durante 15 días.</li> </ul>
 <p><b>Herpes simple</b></p>	<p>VHS-1 y VHS-2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EUA, se estima que cada año hay cerca de medio millón de casos nuevos de herpes genital</li> <li>• se encuentran afectadas alrededor de 50 millones de personas entre los 15 y 75 años de edad.</li> <li>• Afecta a todas las razas y a ambos sexos, se presenta a cualquier edad</li> <li>• La edad promedio de inicio de herpes genital es entre 20 y 25 años.</li> <li>• La localización oral es la más común, pero ha ocurrido un incremento en los casos de herpes genital en los últimos años</li> <li>• personas que tienen más de un compañero sexual.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1) Estomatitis: gingivoestomatitis herpética, herpes labial:</b> se presentan como infección visible, con síntomas agudos</li> <li><b>2) Herpes genital:</b> como sensación de ardor o quemadura y prurito leve; después aparecen las vesículas que, por lo general, están agrupadas en racimos</li> <li><b>3) Otros tipos de infección por virus del herpes: El panadizo herpético;</b> hay aumento de volumen del dedo, con eritema y sobre éste múltiples vesículas agrupadas que al romperse dejan úlceras o exulceraciones cubiertas de costras melicéricas, dolor pulsátil, fiebre alta y linfadenopatía regional.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El diagnóstico es básicamente clínico</li> <li>➤ <b>Citodiagnóstico de Tzanck,</b> en el que se realiza una impronta de las lesiones, teñidas con Giemsa.</li> <li>➤ <b>biopsia,</b> por otra parte, se debe obtener de manera ideal a partir de una vesícula intacta.</li> <li>➤ <b>cultivo de tejidos en medio celular</b> es el método más sensible y específico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tratamiento local</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ aciclovir al 5% en crema</li> <li>➤ BENADRYL® (Clorhidrato de difenhidramina Guaifenesina)</li> </ul> </li> <li>• <b>Tratamiento sistémico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 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.</li> </ul> </li> </ul>

## Gonorrea vaginal



*Neisseria gonorrhoeae*

- 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
- hasta en 70% de las mujeres y en forma silenciosa en 2% de los hombres
- En general se cree que 2% de las mujeres con actividad sexual alberga *Neisseria*
  - 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.
  - llega a observarse secreción purulenta del endocervix y de las glándulas de Skene.
  - salpingitis y peritonitis pélvica; tales complicaciones se definen en conjunto como "infección pélvica inflamatoria" (EPI)

- 1) Examen microscópico del gonococo (diplococo gramnegativo)
- 2) Examen bacteriológico con tinción rápida con azul de Löffler (azul de metileno alcalino)
- 3) Tinción de Gram
- 4) Cultivo en medio de agar chocolate o de Tallent-Martin
- 5) Inmunofluorescencia
- 6) Detección mediante PCR

- cefixima 400 mg VO (dosis única)
- ceftriaxona 250 mg IM (dosis única)
- ciprofloxacina 500 mg por vía oral (dosis única)
- ofloxacina 400 mg VO en dosis única



*Calymmatobacterium granulomatis*

- 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
- **se cree que existen dos vías de transmisión:** por contacto sexual anorrectal o por contacto con secreciones contaminadas con heces

- Tiene un periodo de incubación de 3 a 40 días
- inicia con una pápula firme o nódulo no tan firme que crece con rapidez
- forma una úlcera de bordes bien definidos, lisos y elevados, su fondo tiene tejido granulomatoso, eritematoso, que sangra con facilidad
- llega a ulcerarse, crecer, hacerse más profunda y diseminarse por autoinoculación

- 1) demostración del *C. granulomatis* en el interior de las células, llamados también cuerpos de Donovan
- 2) Giemsa, Wright o Warthin Starry.
- 3) Estudio histopatológico

- **antibiótico soluble en lípidos:** trimetoprim con sulfametoxazol o la tetraciclina
- trimetoprim con sulfametoxazol 160/800 se administra cada 12 horas por 15 días
- tetraciclina 500 mg cada 6 h durante 3 semanas
- **mujeres embarazadas** se utiliza eritromicina 500 mg cada 6 h por 2 semanas

## Granuloma inguinal



*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
- formas crónicas y destructivas son más frecuentes en las mujeres
- diseminación a través de los tejidos hacia órganos vecinos, en particular el recto, y no sólo por vía linfática
- aquellos que tienen mayor actividad sexual, los adolescentes y adultos jóvenes y personas de nivel socioeconómico bajo

- **La primera etapa ocurre entre 3 y 12 días después:** iniciar como pápula, vesícula herpetiforme o pequeña erosión, hombre afecta glándula, surcos balanoprepuciales, escroto y uretra; y en la la cara interna de los labios, la pared posterior de la vagina y el cuello del útero
- **segunda etapa:** 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
- **tercera etapa:** 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-anorectal.

- 1) exudado de las lesiones o del pus extraído por punción del bubón, en los cuales (mediante la tensión de Giemsa)
- 2) biopsia aporta pocos datos y la prueba de fijación
- 3) ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay)
- 4) reacción en cadena de la polimerasa (PCR, del inglés polymerase chain reaction)
- 5) cultivo de la *Chlamydia* en células de mamíferos
- 6) **Diagnóstico diferencial:** examen de campo oscuro y el VDRL son negativos.

- **Infección no complicada:** 500 mg de tetraciclina cada 6 h
- **doxiciclina 100 mg cada 12 h**
- **eritromicina 500 mg cada 6 h durante 21 días**
- **factible dar una dosis única de 1 g de azitromicina**
- **embarazadas se prefiere usar amoxicilina 500 mg cada 8 h por 7 a 10 días.**
- **Complicada:** procedimiento quirúrgico

## Linfogranuloma venéreo

ITS	AG. CAUSAL	Aspecto Epidemiológico	Cuadro Clínico	Dx	Tx
 <p><b>CLAMIDIASIS VAGINAL</b></p>	<p><b>Chamydra trachomatis.</b></p>	<p>Sólo en los últimos años, al disponer de medios diagnósticos oportunos, ha sido evidente cómo la infección por Chlamydia, después de haberse manifestado como patología de la córnea y la conjuntiva hasta los primeros años del siglo XX en Europa y todavía hoy en los países del tercer mundo (tracoma), se extendió hacia su manifestación a nivel genital, sobre todo en años recientes.</p>	<p>está el desarrollo de cervicitis discreta. En la mujer, la infección por Chlamydia a menudo es asintomática (70% de los casos). La localización primaria se encuentra a nivel del epitelio cilíndrico endocervical. El epitelio glandular aparece hipertrofiado, con grandes papilas congestionadas, hemorrágicas y recubiertas por moco adherente. Sin embargo, esto sólo sucede en algunas ocasiones, se ha reportado un epitelio normal en 50% de los pacientes y de ectopia sólo en 7.5% de los casos positivos para Chlamydia.</p> <p>Por otra parte, sólo 10% de los pacientes manifiestan cervicitis y vulvovaginitis subaguda con flujo vaginal blanco amarillento, prurito, ardor y en ocasiones dispareunia. A partir de una cervicitis, la Chlamydia logra alcanzar al endometrio; en consecuencia, se producirá una anexitis, es decir, un cuadro de EPI que pudiera llegar a generar esterilidad. Por fortuna sólo 25% de los casos de infección cervical conduce a anexitis.</p>	<p>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 endocérvix y en la pareja (hombre) de uretra pero no con orina. Un resultado negativo no descarta la infección. 2) Las técnicas directas de 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.</p>	<p>Las opciones para el médico son las siguientes: 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>
<p><b>TRICOMONIASIS.</b></p> 	<p><b>Trichoma vaginalis</b></p>	<p>u 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. Se cree que estos protozoarios podrían competir con los lactobacilos por la utilización del glucógeno, con lo que obstaculizaría n la síntesis del ácido láctico y contribuirían a aumentar el pH.</p>	<p>Aparece inflamación vaginal acompañada por una secreción líquida y espumosa, con frecuencia fétida, de color amarillo verdoso y acompañada de eritema con intenso prurito, ardor y dispareunia, el PH suele ser superior de 5.5. 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 mucosa indemne pero hiperémica o sobre una mucosa diseminada de puntos rojos</p>	<p>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 de tinciones: MayGrunwaldGiemsa, 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.</p>	<p>El tratamiento de la vaginitis por Trichomona se puede resumir como sigue: 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. Debe de tratarse de manera simultanea a la pareja sexual.</p>



## VAGINOSIS BACTERIANA.

### Gordnerella vaginalis.

Un total de 6322 mujeres contestaron la encuesta epidemiológica y proporcionaron muestras vaginales. La prevalencia de VB fue de 23,7% (IC95%: 22,6-24,7) y se asoció con tener un mayor número de parejas sexuales en los últimos 12 meses

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 asintomáticos; sin embargo, se ha podido aislar Gardnerella vaginalis en infecciones urinarias en hombres y también en casos de corioamnioitis

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 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. 4) La adición de hidróxido de potasio (KOH) a las secreciones vaginales (sniff test) despiden un olor fétido.

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 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 acostarse durante tres días



## EPI.

Se estima que de 10 a 20% de las mujeres con gonococia desarrollan en un momento dado una salpingitis, casi siempre durante la primera parte del ciclo menstrual.

En 30% de los casos, es unilateral y quizá se acompañe de dispareunia. En ocasiones resulta engañoso, pseudoapendicular si se localiza en la fosa ilíaca derecha, o pseudovesicular debido a una perihepatitis asociada (síndrome de FitzHugh-Curtis). Los signos de irritación peritoneal a menudo son discretos y se limitan a algunas náuseas. 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

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. También es factible determinar otros marcadores bioquímicos de inflamación, como la proteína C reactiva. Análisis bacteriológicos. El diagnóstico bacteriológico de la salpingitis por Chlamydia puede realizarse ya sea de forma directa mediante técnicas de detección del germen o de forma indirecta por detección y titulación de los anticuerpos anti-Chlamydia por inmunofluorescencia o por inmunoenzimología. Suele ser normal en la fase inicial aguda. En la fase supurativa avanzada puede mostrar una colección en anexos (absceso tubo ovárico).

En el régimen A se administra: 1) ofloxacina 400 mg VO, dos veces al día durante 14 días, o 2) levofloxacina 500 mg VO una vez al día durante 14 días, con opción de metronidazol 500 mg VO cada 12 h durante 14 días. 40 El régimen B incluye: 1) cefoxitina 2 g IM, más probenecid 1 g VO de manera concurrente, o 2) ceftriaxona 250 mg IM (o cefalosporina equivalente), más doxiciclina 100 mg VO dos veces al día durante 14 días. Si se trata de una paciente hospitalizada también hay dos opciones de tratamiento: en el régimen A se administra; 1) cefoxitina 2 g IV cada seis horas o 2) cefotetan 2 g IV cada 12 h, más doxiciclina 100 mg vía endovenosa u oral cada 12 horas.



## **CANDIDISIS VAGINAL..**

### **CANDIDA ALBICANS.**

**Infeccion por chamydia,depues de establecer manifestaciones como patológicos de la cornea y la conjuntiva has los primeros años.**

El cultivo se realiza en células de McCoy o hepa 229 tratadas, es la única técnica que detecta los órganos.

- **flujo o secreción vaginal sin olor desagradable. •**
- **Observación de levaduras o pseudohifas en el examen en fresco del exudado vaginal (40- 60% de sensibilidad) •**
- **U observación de levaduras o pseudohifas en el frotis de exudado vaginal teñido con tinción de Gram (65% de sensibilidad)**

El tratamientos en la administración de Doxiclina de 100mg vo dos veces al dia durante 7 días y Azirocina 1g por via oral se administra durante siete días una vez cada dia.

ITS	AG. CAUSAL	Aspecto Epidemiológico	Cuadro Clínico	Dx	Tx
 <p><b>Condilomas acuminados</b></p>	<p><b>virus del papiloma humano (VPH)</b></p>	<p>Los condilomas anogenitales están entre las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes y afectan hasta el 1,7 % de la población general y hasta el 25 % de los pacientes VIH positivos. Su control es decisivo para mejorar la salud reproductiva de toda la población y representa uno de los grandes desafíos de la salud contemporánea</p>	<p>La manifestación clínica más común es el condiloma o verruga, el cual comienza por una elevación de pequeño tamaño, de color carne, crece con rapidez y da lugar a vegetaciones en forma de “cresta de gallo” o grandes masas en forma de “coliflor”. 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>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 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>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>medicamento tópico más efectivo es el ácido salicílico, con una tasa de curación del 75%, en preparaciones de hasta el 70%. Además puede usarse en combinación con el ácido láctico, este tratamiento es de aplicación diaria. podofilotoxina al 5% en crema, aplicada dos veces al día por tres días, seguidos de cuatro días de descanso y repetición del ciclo por cuatro ocasiones, o 2) imiquimod al 5% en crema, aplicado tres veces a la semana por 16 semanas. Procedimiento por el médico (con experiencia en este manejo): 1) crioterapia con nitrógeno líquido aplicar cada una o dos semanas; 2) podofilina al 10-25% aplicado una vez a la semana y recomendar lavado de la zona de dos a cuatro horas después de la aplicación; 3) ácido tricloroacético al 80-90% aplicado una vez a la semana; 4) remoción quirúrgica: electrocirugía o extirpación</p>
 <p><b>Infecciones por VIH</b></p>	<p><b>virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)</b></p>	<p>Su transmisión persiste en todos los países, y en algunos de ellos las nuevas infecciones están aumentando, cuando antes estaban en descenso.</p>	<p>Varias de las infecciones ya descritas llegan a presentar un comportamiento asintomático; sin embargo, esta sección sólo aborda infecciones aún no consideradas. En ellas, a pesar de que por lo general tienen un curso asintomático, los microorganismos que las producen son transmitidos con gran facilidad por vía sexual</p>	<p>El diagnóstico de VIH se realiza mediante un análisis de sangre que identifica alguno de los componentes del virus (principalmente su RNA) o los anticuerpos formados frente a alguno de esos componentes.</p>	<p>Varias de las La infección por el VIH no tiene cura, pero el TAR detiene la multiplicación del virus.</p> <p>Los TAR actuales no curan la infección, pero impiden que el sistema inmunitario se debilite progresivamente y le permiten seguir luchando contra otras infecciones.</p>



**Infección por el virus de hepatitis A**

**Hepatovirus de la familia Picornaviridae**

Se estima que cada año ocurren 1.4 millones de casos de infección por el virus de la hepatitis A (VHA) en todo el mundo y México es considerado como una zona endémica moderada de esta infección.

El VHA es un virus RNA, perteneciente al género hepatovirus de la familia picornavirus, tiene una distribución lineal y está constituido por 7.5 Kilobases (Kb). El VHA se reproduce en el hígado y llega a estar presente, además de en el hígado, en bilis, sangre y heces fecales de una persona infectada, por lo que el contacto sexual oral-anal (“analingus”) transmite con facilidad el VHA. La infección por VHA se considera en general una infección benigna y la mayoría de quienes se infectan alcanzan una recuperación absoluta o presentan formas asintomáticas de la infección.

El diagnóstico se hace con un examen de sangre para detectar anticuerpos contra hepatitis A, llamados inmonoglobulinas (Igm )

La mejora del saneamiento y la higiene de los alimentos y la vacunación son las medidas más eficaces para combatir la hepatitis A

**No hay evidencia de tratamiento antiviral disponible para el tratamiento de la hepatitis Federal viral A.**

**Tanto la inmunoglobulina G como la vacuna contra VHA han demostrado eficacia para la NIC prevención post-exposición de infección por Sag**

**VHA siempre y cuando se apliquen dentro de of h las dos primeras semanas posteriores al inicio hep de los síntomas o del contacto con el caso índice..**



**Infección por el virus de hepatitis B**

**familia de los hepadnavirus virus de la hepatitis B**

Se calcula que cerca de 350 millones de personas están infectadas por el virus de hepatitis B (VHB) en todo el mundo. La mayoría de ellas viven en Asia. También se estima que cada año mueren entre 250 000 y 270 000 individuos por complicaciones de esta infección, cuyas principales consecuencias son el desarrollo de cirrosis y de carcinoma hepatocelular.

Sin embargo, varios expertos opinan que estos datos están sesgados, pues por desgracia, en México como en muchos países del mundo no existen programas de detección temprana y voluntaria de esta infección

Los síntomas de la hepatitis B son fatiga, inapetencia, dolor de estómago, fiebre, náuseas, vómitos y, ocasionalmente, dolor en las articulaciones, urticaria o erupción. La orina se vuelve más oscura y puede aparecer ictericia (color amarillento de la piel y en el blanco del ojo)

La serie de pruebas de sangre de la hepatitis B requiere solo una muestra de sangre, pero incluye tres pruebas necesarias para obtener un diagnóstico final: HBsAg (antígeno de superficie del virus de la hepatitis B) HBsAb o anti-HBs (anticuerpo de superficie del virus de la hepatitis B)

Varios medicamentos antivirales, como el entecavir (Baraclude), el tenofovir (Viread), la lamivudina (Epivir), el adefovir (Hepsera) o la telbivudina



## virus de la hepatitis C (VHC)

### **Infeccion por el virus del hepatitis c**

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.

Antes de 1992 la principal causa de transmisión de la infección por VHC eran las transfusiones de sangre, pero a partir de entonces existen programas de detección de este virus en donadores. Sin embargo, en la actualidad, las principales causas son compartir agujas o jeringas no esterilizadas, sobre todo en usuarios de drogas inyectables, la exposición ocupacional y en los últimos años ha aumentado de manera considerable la transmisión materno-fetal y sexual

Entre los síntomas se pueden incluir fiebre, cansancio, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, dolor abdominal, orina oscura y coloración amarillenta de la piel o los ojos (ictericia)

- Se puede diagnosticar la infección por VHA mediante la presencia de anticuerpos: antiVHA IgM y anti-VHA IgG; donde los anticuerpos de tipo IgM implican infección reciente o fase aguda de la infección, mientras que los del tipo IgG son detectados de forma indefinida, una vez superada la fase aguda de la infección.

Todo paciente con infección crónica por VHC que no reciba tratamiento antiviral, requiere supervisión clínica y con estudios bioquímicos, al menos una vez al año. Los pacientes con cirrosis requieren una vigilancia cada seis meses

En el caso de genotipo 1 y 4, la administración de interferón pegilado más ribavirina deberá planearse a 48 semanas. La dosis de interferón pegilado alfa 2a, será de 180 µg semanal, vía subcutánea en combinación con ribavirina, vía oral, frecuencia diaria. La dosis de ribavirina será de 1,000 mg para aquellos con peso ≤ 75 kilogramos y de 1,200 mg en aquellos con peso > 75 kilogramos.

## Referencias

(Montis, 2008)