



**Fernando Ailton Maldonado Hernández**

**Dra. Gabriela Roxana Aguilar Hernández**

**Cuadro Comparativo**

**Fisiopatología III**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**4° "C"**

Comitán de Domínguez Chiapas a 24 de junio de 2024

Definición y Etiología	Cuadro Clínico	Diagnostico	Tratamiento
<p><b>Herpes simple.</b> 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 <u>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</u></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>
<p><b>Sífilis.</b> Infección de transmisión sexual provocada por la bacteria <u>Treponema Pallidum</u> y puede ser adquirida por contacto sexual o de manera congénita. Su lesión primaria es el chancro sifilítico el cual es indoloro</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Sifilide maculosa o roséola sifilítica</li> <li>2) Sifilide papulosa</li> <li>3) Sifilide papulocastrosa</li> <li>4) Sifilide papuloescamosa o psoriasiforme</li> <li>Sifilide papuloerosiva o condilomas planos</li> </ul>	<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>
<p><b>Linfogranuloma venéreo (LGV).</b> ITS causada por los serotipos s L1, L2 y L3 de la <u>Chlamydia trachomatis</u>, se caracteriza por la formación de granulomas y microabsceso estrellados y predomina en el hombre</p>	<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</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>

	<p>posterior de la vagina y el cuello del útero.</p> <p><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 eritematoviolácea, bubón en forma de reloj de arena “signo del surco” (característico)</p> <p><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</p>		
<p><b>Granuloma inguinal (GI) o Donovanosis.</b> Infección crónica, granulomatosa, que afecta la región anogenital y la ingle, producida por <u>Calymmatobacterium granulomatis</u>, se caracteriza por úlceras destructivas y poco dolorosas.</p>	<p>Pápula firme/ nódulo que lleva a úlceras bordes definidos, lisis y elevados, fondo granulomatoso, eritematoso, con sangrado.</p> <p>Afecta labios Mayor/menor, pubis en mujeres pene. periné, R. perianal es hombres</p>	<p>Frotis como en tejidos con tinciones especiales como Giemsa, Wrigth o Warthin Starry para la demostración de cuerpos de Donovan</p>	<p>Trimetroprim 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</p>

<p>El contagio puede ocurrir por transmisión sexual o por contacto con secreciones contaminadas con heces.</p>			<p>o norfloxacina, los cuales se continúan al menos hasta que las lesiones hayan cicatriza</p>																												
<p><b>Chancroide blando o infección de Ducrey.</b> Infección genital, poco frecuente en México, causada por el <u>Haemophilus ducreyi</u>, que se caracteriza por úlceras genitales muy dolorosas.</p>	<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>	<p>Punción de bubón para realizar tinción de Gram y cultivo</p>	<p>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</p>																												
<p><b>Citomegalovirus (CMV).</b> Infección de por vida con periodos de latencia provocada por un virus que pertenece a la familia de los <u>Herpesviridae</u>, 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</p>	<p>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</p> <p>Se puede ver afectado el Sistema digestivo, la retina, pulmones y el SNC</p>	<p>Serología Cultivos de tejido afectado</p> <p>Debe sospecharse CMV en úlceras crónicas de pacientes con VIH, sobre todo cuando el conteo de CD-4 es menor a 100 células/<math>\mu</math>L</p>	<p><b>Antirretrovirales</b></p> <table border="1" data-bbox="1423 883 2049 1243"> <thead> <tr> <th>Nombre genérico</th> <th>Vía de administración</th> <th>Inducción</th> <th>Mantenimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">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>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>VO</td> <td>5 mg/kg/12 h por 14 o más días</td> <td>1 g c/8 h</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">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>Inyección intraocular</td> <td>200 a 400 <math>\mu</math>g 2 a 3 veces/semana por 2 a 3 semanas</td> <td>200 a 400 <math>\mu</math>g una vez/semana</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">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>Inyección intravítrea</td> <td>2 400 <math>\mu</math>g 2 veces/sem</td> <td>2 400 <math>\mu</math>g 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 $\mu$ g 2 a 3 veces/semana por 2 a 3 semanas	200 a 400 $\mu$ g 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 $\mu$ g 2 veces/sem	2 400 $\mu$ g 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 $\mu$ g 2 a 3 veces/semana por 2 a 3 semanas	200 a 400 $\mu$ g 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 $\mu$ g 2 veces/sem	2 400 $\mu$ g una vez/semana																												
<p><b>Gonorrea vaginal o Blenorragia.</b></p>	<p>Entre 2 y 10 días</p>	<p>PCR</p>	<p><b>Infección no complicada:</b></p>																												

<p>ITS causada por la <u>Neisseria gonorrhoeae</u>, 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>	<p>Afección de las glándulas de Bartholin en ocasiones es el primer signo de la infección y presenta tumefacción dolorosa Salpingitis y peritonitis pélvica (EPI)</p> <p>Vulvovaginitis de intensidad variable con flujo vaginal amarillo verdoso, purulento</p>		<p>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> Infección seria de transmisión sexual ocasionada por la bacteria <u>Chlamydia trachomatis</u>. 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>	<p>Asintomático en mujeres en un 70%</p> <p>Cervicitis discreta que lleva a un cuadro de EPI lo que puede generar esterilidad</p> <p>El epitelio glandular aparece hipertrofiado, con grandes papilas congestionadas, hemorrágicas y recubiertas por moco adherente en el 50% de los casos</p> <p>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> La tricomoniasis vaginal es causada por <u>Trichomona vaginalis</u>, un protozooario flagelado anaerobio productor de una inflamación purulenta sui generis, de presentación frecuente en la patología del tracto genital inferior.</p>	<p>De forma habitual aparece una inflamación vaginal acompañada por una secreción líquida y espumosa, con frecuencia fétida.</p> <p>La secreción generada por el proceso infeccioso suele ser abundante, de color amarillo</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.</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>

	<p>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).</p> <p>La infección interesa al epitelio pavimentoso. 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>-) 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><b>Vaginosis bacteriana.</b> 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,</p>	<p>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</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</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>lo que la distingue de las vaginitis.</p> <p>Los gérmenes implicados con más frecuencia en las vaginosis son: <u>Gardnerella vaginalis</u>, <u>peptoestreptococos</u>, <u>bacte-roides</u>, <u>Eubacterium</u>, <u>Mycoplasma hominis</u>, <u>Ureaplasma urealyticum</u> y <u>Mobiluncus</u>.</p>	<p>un aspecto normal y no existe un cuadro patognomónico.</p> <p>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 corioamnioititis.</p>	<p>muestra. La añadidura de hidróxido de potasio (KOH) a las secreciones vaginales (sniff-test) despide un olor fétido.</p>	
<p><b>Micosis vulvovaginales.</b></p> <p>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.</p> <p>La difusión de la <u>Candida</u> 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>	<p>Se suele tratar de una vulvovaginitis de aparición brusca, asociada con flujo vaginal blanco, espeso y consistencia "cremosa" acompañado de prurito vulvar.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>El diagnóstico adecuado debe cumplir los siguientes pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Examen microscópico.</li> <li>2) La prueba de Papanicolaou.</li> <li>3) Con la coloración de Gram se evidencian hifas y esporas grampositivas.</li> <li>4) El examen de cultivo representa el método diagnóstico más sensible y seguro en medio Sabouraud o en medio de Nickerson.</li> </ol>	<p>-) Butoconazol, crema al 2%, 5 g por vía intravaginal durante 3 días.</p> <p>-) Clotrimazol:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crema al 1%, 5 g por vía intravaginal durante 7 a 14 días.</li> <li>2. Comprimidos de aplicación intravaginal, 100 mg durante 7 días.</li> </ol> <p>-) Miconazol:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crema al 2%, 5 g por vía intravaginal durante 7 días.</li> <li>2. Óvulos vaginales, 200 mg durante 3 días.</li> </ol> <p>-) Nistatina, tabletas vaginales, 100 000 unidades durante 14 días.</p> <p>-) Ticonazol, crema al 6.5%, 5 g, por vía intravaginal en dosis única.</p> <p>-) Terconazol:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crema al 0.4%, 5 g por vía intravaginal durante 7 días.</li> <li>2. Óvulos vaginales, 80 mg durante 3 días.</li> </ol> <p>-) Fluconazol, cápsulas de 150 mg en dosis única, cada semana, por 4 semanas.</p>

	<p>frecuencia el orificio vulvar y vaginal se encuentran recubiertos por pseudomembranas blancuzcas adheridas a la mucosa.</p> <p>El cérvix esta enrojecido y presenta vascularidad aumentada y con la Seudomembrana.</p>		
<p><b>La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).</b> 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>	<p>La salpingitis aguda es el único cuadro que posee una sintomatología clara.</p> <p>Se trata casi siempre de una mujer joven que consulta por un dolor de localización habitual en hipogastrio y fosas ilíacas.</p> <p>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</p> <p>Anticuerpo antiVHC.</p> <p>-) 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>
<b>Candilomas acuminados</b>	<b>Candilomas acuminados</b>	<b>Candilomas acuminados</b>	En la actualidad no hay disponible algún tratamiento específico que permita la erradicación



<p>Dicha infección, también conocida como verrugas anogenitales, "crestas", papilomas venéreos o verrugas venéreas, es causada por el <u>virus del papiloma humano (VPH)</u>, 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>  Los condilomas planos, como ya se mencionó en las causas de los principales síndromes de ITS, pueden ser originados por dos microorganismos específicos: <u>Treponema pallidum</u> 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 <u>Treponema pallidum</u> propicia la aparición de este tipo de condilomas dentro de las manifestaciones del secundarismo sífilítico.</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".</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.</p> <p>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,</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. 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>  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</p>	<p>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>pubis, márgenes del ano e incluso en el canal anal y recto.</p> <p><b>Candilomas planos</b> 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.</p> <p>Son lesiones que tienen una superficie lisa, una base ancha y, en ocasiones, son exudativas.</p> <p>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>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>Hepatitis C.</b></p> <p>Es una infección vírica que causa inflamación del hígado, lo que a veces conduce a un daño hepático grave. <u>El virus de la hepatitis C (VHC)</u> se propaga a través de la sangre contaminada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La clínica de VHC genera:</li> <li>• Aparición de hemorragias de facilidad con</li> <li>• Propensión a hematomas</li> <li>• Fatiga</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>

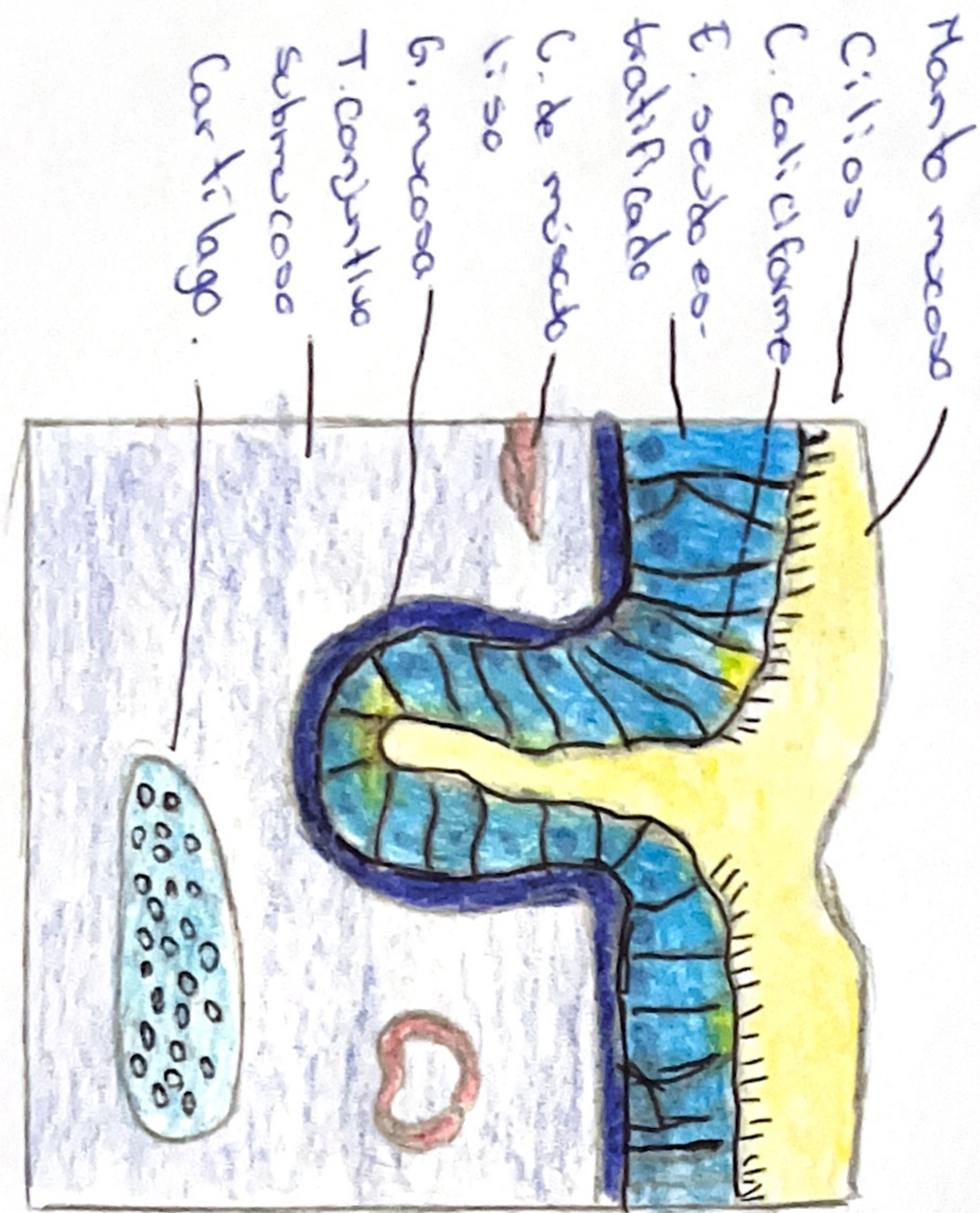
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de apetito</li> <li>• Coloración amarillenta de la piel y los ojos (ictericia)</li> <li>• Orina de color oscuro</li> <li>• Picazón en la piel</li> <li>• Ascitis</li> <li>• Hinchazón en las piernas</li> <li>• Pérdida de peso</li> <li>• Confusión, somnolencia 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> Es un virus RNA que pertenece a la familia de los retrovirus y a la subfamilia de los lentivirus.</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> </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.</p> <p>Uso de antirretrovirales</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganglios linfáticos inflamados</li> <li>• Diarrea</li> </ul>		
<p><b>Sida.</b> 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.</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> <li>• Diarrea.</li> <li>• Pérdida de peso.</li> <li>• Candidosis vaginal oral (candidiasis)</li> <li>• Herpes (herpes zóster)</li> <li>• Neumonía.</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. Uso de antirretrovirales.</p>

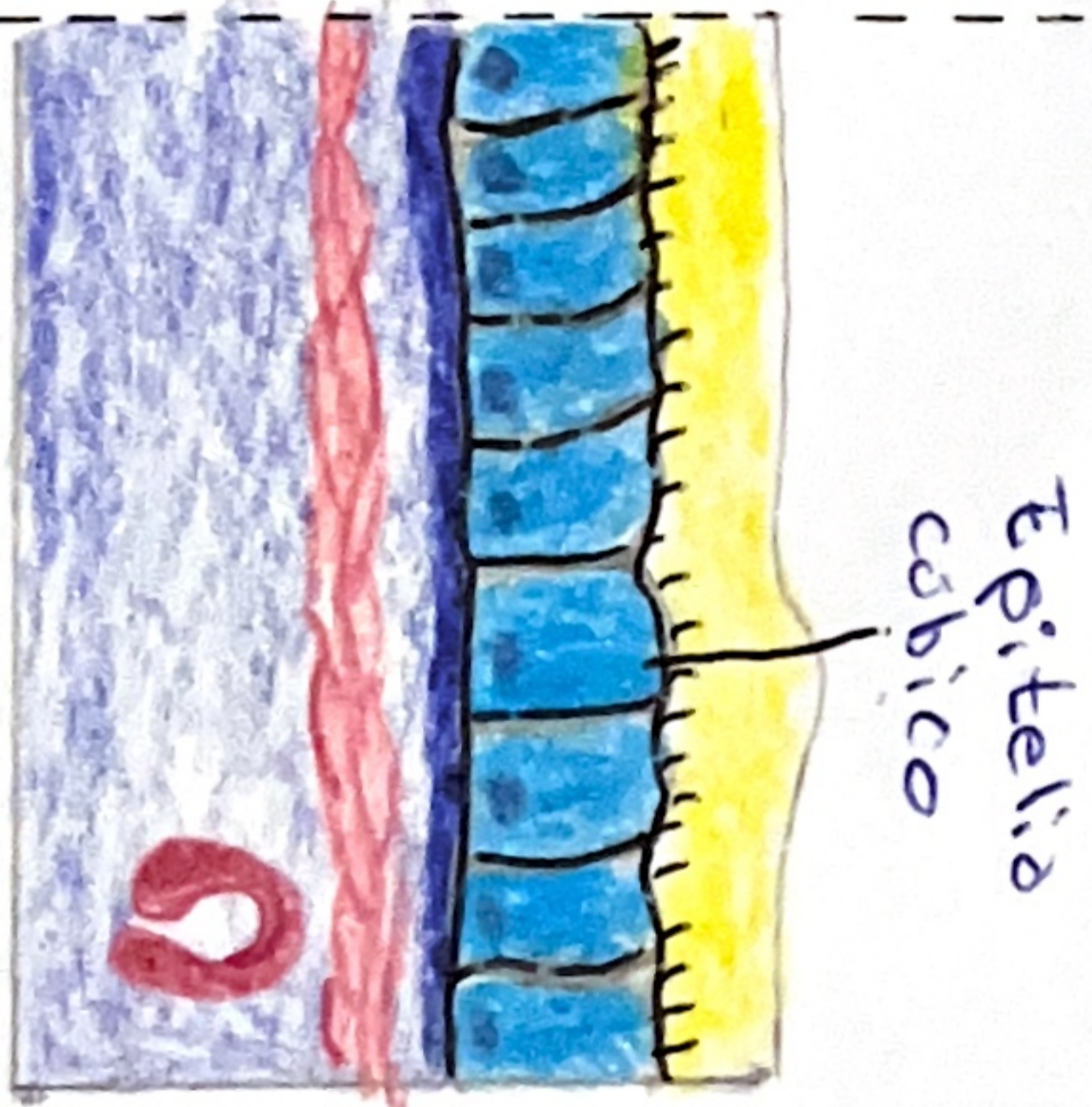


# ESTRUCTURA DE LA PARED DE UNAS RESPIRATORIAS.

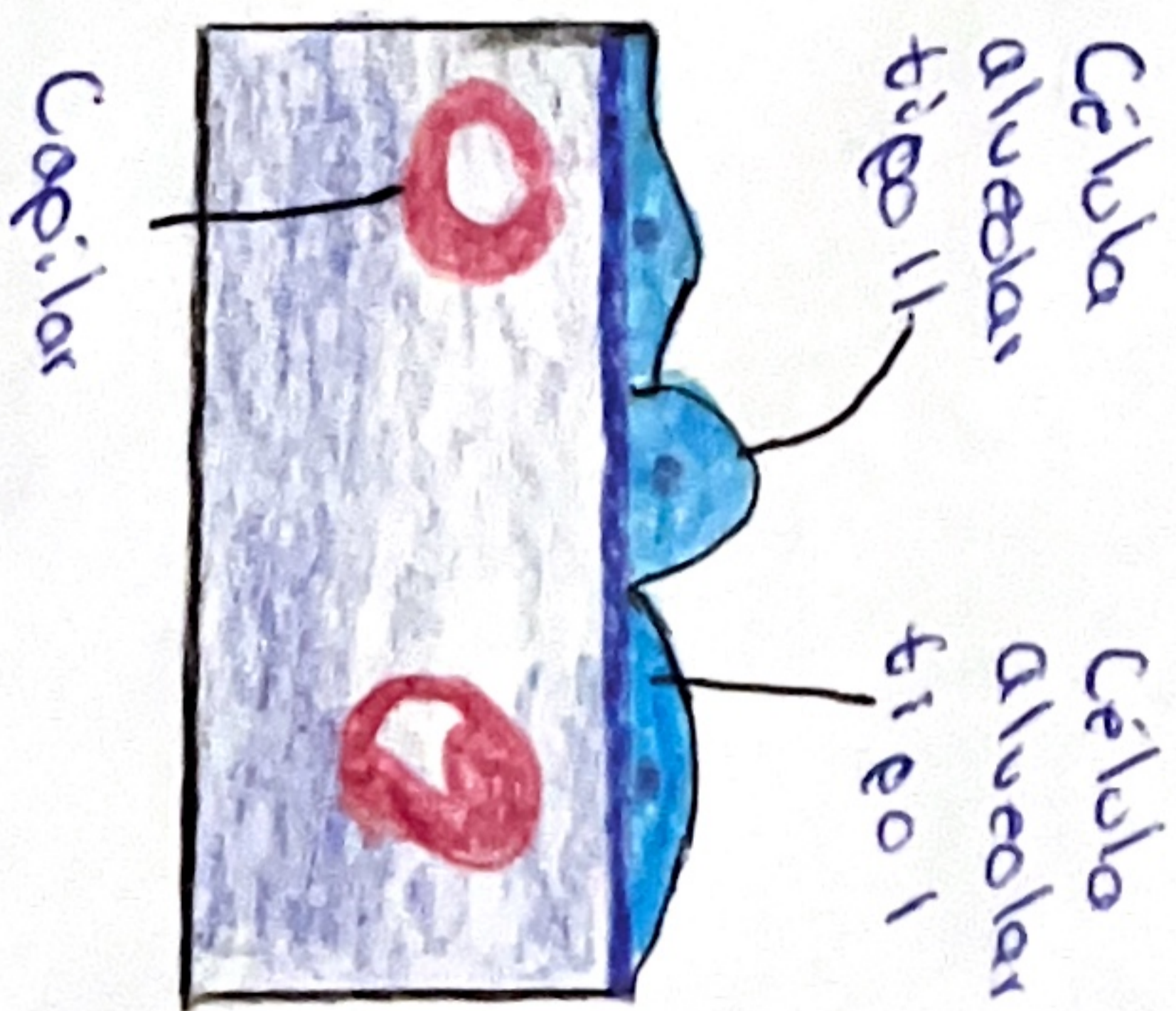
Bronquio



Bronquolo



Alveolo



*[Handwritten signature]*



# EXAMEN GENERAL DE ORINA.

*Cynthia*

La orina es una:  
Bioesía líquida obtenida de forma indolora.  
Herramienta de Dx no invasiva.

**EGO** Examen de rutina, rápido y de bajo costo.

Apoya al Dx y seguimiento de Infecciones del tracto urinario, Enfermedades renales, Diabetes, Enfermedades hepáticas, Enfermedades autoinmunes.

El examen comprende 3 fases.

1. Examen Físico
2. Examen Químico
3. Análisis Microscópico del sedimento urinario.

1. Color, olor y turbidez
2. pH, densidad, nitritos, urobilinógeno, hemoglobina, eritrocitos, proteínas, glucosa, cetonas, bilirrubina, gravedad específica, leucocitos, creatinina, albumina.
3. Evalúa la presencia o ausencia de células: (glóbulos rojos, glóbulos blancos, células epiteliales), bacterias, cilindros y cristales. Algunos otros hallazgos en el examen son: moco, hongos, parásitos.



## EXAMEN MICROSCÓPICO.

**Eritrocitos:** Normal (1-3 hematies por campo) Microhematuria.

3-100 hematies por campo → Macrohematuria.

**Leucocitos:** Normal se considera de 2 a 5 leucocitos por campo en orina.

**Anuria** < 100 ml de orina en 24 hrs.

**Oliguria** < 400 ml de orina en 24 hrs

**Poliuria** > 3L de orina en 24 hrs.



	Definición	Signos y síntomas	Diagnostico	Clasificación
Síndrome nefrítico	Enfermedad renal que se define por hematuria, proteinuria, GFR reducido e hipertensión. También conocido como glomerulonefritis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hematuria</li> <li>• Proteinuria</li> <li>• GFR disminuido</li> <li>• Edema e hipertensión</li> <li>• Disminución del complement o sérico</li> </ul> <p><i>Edema periférico</i></p> <p><i>• Oliguria</i></p> <p>En la GN aguda postestreptocócica es un retraso entre los signos clínicos de infección y la aparición de signos clínicos de nefritis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biopsia</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. GN aguda <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 GN rápidamente progresiva</li> </ol> </li> <li>2. GN crónica</li> <li>3. Anormalidades urinarias asintomáticas</li> </ol>
Síndrome nefrótico	Enfermedad renal que se define por proteinuria, edema, hiperlipidemia, hipoalbuminemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipoalbuminemia</li> <li>• Presiones oncóticas disminuidas</li> <li>• Edema o anasarca</li> <li>• Proteinuria</li> <li>• Hiperlipidemia</li> <li>• Hipercoagulabilidad</li> </ul> <p><i>Anasarca</i></p> <p>Se puede presentar síncope, choque, lesión renal aguda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EGO</li> <li>• Bh</li> <li>• Química sanguínea</li> <li>• Biopsia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislado o parte de un Síndrome glomerular</li> <li>• Primario (idiopático) o secundario a una causa específica</li> </ul>

↳ Colesterol > 300 mg/dl

Fernando Ailton Maldonado Hernández.



## Bibliografía

Gar D. Hammer, S. J. (2015). *Fisiopatología de la enfermedad. Séptima edición*. México: McGrawHillEducation.

Guía de practica clinica: Enfermedades de Transmision Sexual en el Adolescente y el adulto, que producen ulceras genitales: Herpes, Sifilis, Chancroide, Linfogranuloma venereo y granuloma inguinal. (209). 53.

Norris, T. L. (2019). *Fisiopatología 10a edición*. Barcelona: Wolters Kluwer .

Spencer A. Rathus, J. S.-R. (2005). *Sexualidad Humana 6ta edición*. Madrid: Pearson.