

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
POSTGRADO DE DERMATOLOGÍA Y SIFILOGRAFÍA
HOSPITAL VARGAS DE CARACAS
INSTITUTO DE BIOMEDICINA

**COINFECCIÓN ENTRE VIRUS DE HEPATITIS B Y C CON OTRAS
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: FACTORES DE RIESGO**

TRABAJO LIBRE ORAL DANTE BORELLI

Bravo N*, Rivera Z*, Borges R**, Ferreiro M***.

*Residente del postgrado de Dermatología y Sifilografía.
Instituto de Biomedicina. Hospital Vargas de Caracas.

** Asesor estadístico del postgrado de Dermatología y Sifilografía.
Instituto de Biomedicina. Hospital Vargas de Caracas

*** Adjunto jefe de la consulta de Infecciones de transmisión sexual.
Hospital Universitario de Caracas.

drazulayrivera@gmail.com
Teléfono: (0416) 6145991

Caracas, septiembre 2009.

COINFECCIÓN ENTRE VIRUS DE HEPATITIS B Y C CON OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:FACTORES DE RIESGO
(Coinfection between hepatitis B virus and hepatitis C virus with other sexually transmitted diseases: risk factors)

Bravo N, Rivera Z, Borges R, Ferreiro M.

Cátedra de Dermatología y Sifilografía. Hospital Vargas de Caracas. Universidad Central de Venezuela. Instituto de Biomedicina.
Caracas. Venezuela.

Correo electrónico: drazulayrivera@gmail.com

Teléfono: (0416) 6145991

TRABAJO LIBRE ORAL DANTE BORELLI

Mundialmente 400 millones de personas sufren infección crónica con virus de Hepatitis B (VHB) entre 130 y 170 millones de personas padecen infección crónica con virus de Hepatitis C (VHC), ambas sin tratamiento conducen a cirrosis, cáncer de hígado, insuficiencia hepática y muerte. Por compartir rutas de infección deben dedicarse más recursos a estimar los factores de riesgo a padecer estas entidades asociado a otras enfermedades de transmisión sexual. Objetivo: Determinar la frecuencia de coinfección entre virus de Hepatitis B y virus de Hepatitis C con otras Infecciones de transmisión sexual (ITS) y factores de riesgo asociados, en pacientes de la consulta especializada de ITS, Servicio de Dermatología y Sifilografía, Hospital Universitario de Caracas desde agosto 2004 a agosto 2009. Metodología: Estudio analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles, se analizó por Chi cuadrado y fue considerado significativo $P < 0,05$. En pacientes con marcadores séricos positivos para hepatitis el diagnóstico más frecuente fue la asociación de 2 ó más ITS (38,6%), edad 39,56 años en promedio, diferencia significativa con grupo negativo (28,43 años) rangos etarios inferiores a Cuadras y cols quienes describieron el grupo etario prevalente entre 40-49 años. La sexarquia, número de parejas al año o vida no mostró diferencia entre ambos grupos. El sexo masculino fue el predominante y se determino el tipo de relación heterosexual como la más frecuente del grupo positivo (50,9%), el 51% fue VIH positivo, 22,8% AgHBs(+) 80,7% AntiHBc (+) y 26,3% HCV (+) porcentajes de seropositividad por encima del reporte de Camejo y cols determinados en trabajadoras sexuales de Los Teques-Venezuela. Es difícil encontrar un estudio parecido al presente, sobre todo en América Latina las poblaciones analizadas son usualmente poblaciones de muy alto riesgo, es necesario afianzar la investigación a la población en general que padece y consulta por infecciones de transmisión sexual.

Palabras clave: ITS, Hepatitis, Riesgos.

COINFECTION BETWEEN HEPATITIS B AND C VIRUS AND OTHER SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES: RISK FACTORS

Bravo N, Rivera Z, Borges R, Ferreiro M.

Cátedra de Dermatología y Sifilografía. Hospital Vargas de Caracas. Universidad
Central de Venezuela. Instituto de Biomedicina.
Caracas. Venezuela.

Correo electrónico: noreivybravo@hotmail.com

Teléfono: (0414) 6329054

TRABAJO LIBRE ORAL DANTE BORELLI

Globally 400 million people are chronically infected with hepatitis B virus (HBV) between 130 and 170 million people are chronically infected with hepatitis C virus (HCV), both untreated lead to cirrhosis, liver cancer, liver failure and death . For shared routes of infection should devote more resources to estimate the risk factors associated with these entities suffer other sexually transmitted diseases. Objective: To determine the frequency of co-infection between hepatitis B virus and hepatitis C virus with other sexually transmitted infections (STIs) and associated risk factors in patients of the specialist STIs Department of Dermatology of HUC, from August 2004 to August 2009. Methodology: Analytical, observational, retrospective case control was analyzed by Chi square was considered significant and $P < 0.05$. In patients with positive serum markers for hepatitis, the most frequent diagnosis was the association of 2 or more STIs (38.6%), aged 39.56 years on average, significant difference from negative group (28.43 years) age ranges below Cuadras and colleagues who described the prevalent age group between 40-49 years. The aged of sexual relationship, number of partners per year or life showed no difference between groups. Males were the predominant and determining the heterosexual relationship as the most frequent positive group (50.9%), 51% were HIV positive, 22.8% HBsAg (+) 80.7% anti-HBc (+) and 26.3% for HCV (+) seropositivity rates above Camejo and colleagues report certain sex workers in Los Teques, Venezuela. It is difficult to find a study like this, especially in Latin American populations analyzed are usually very high-risk populations, it is necessary to strengthen research in the general population who suffer and consultation for sexually transmitted infections.

Keywords: STI, Hepatitis, risks.

MARCO TEORICO

Alrededor del mundo 2 mil millones de personas (1 de cada 3) han sido infectadas con virus de Hepatitis B (VHB), 400 millones sufren la infección crónica (1 de cada 12) y aproximadamente 1 millón muere cada año a causa de sus complicaciones. En los Estados Unidos, más de 12 millones de personas han sido infectadas (1 de cada 20).¹⁻² cada año se presentan casi 100,000 nuevos casos y aproximadamente 5,000 estadounidenses mueren a causa de sus complicaciones. En España son entre 300.000 y 400.000 los afectados por VHB y entre 800.000 y un millón por virus de Hepatitis C (VHC). Venezuela es considerado un país de endemicidad intermedia para el VHB. La transmisión horizontal de adulto a adulto es predominante en áreas urbanas en las que la transmisión sexual prevalece en más del 40% de los casos de Hepatitis B aguda, de tal forma que en Venezuela continúa siendo un problema grave de salud pública³

Según el CDC, cerca de una cuarta parte de las personas con infección por VIH en los Estados Unidos también están infectadas con el VHC (CDC, 2002).⁴ La coinfección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), VHB y VHC representa una importante amenaza para la salud pública, en particular en Europa oriental y Asia central, regiones en las que se registran tasas elevadas de transmisión del VIH debido al consumo de drogas intravenosas y niveles altos de Hepatitis C. Teniendo en cuenta la enorme incidencia que, según lo previsto, tendrá en los años venideros la coinfección por VIH , VHB y VHC, deben dedicarse más recursos a evaluar la magnitud de la carga de morbilidad de la hepatitis B y C entre las personas que viven con VIH y que padezcan otras enfermedades de transmisión sexual y a ampliar el acceso a las estrategias y políticas de diagnóstico, prevención y tratamiento para el control de ambos tipos de hepatitis.⁵

En 1998, la Conferencia sobre la Eliminación y Erradicación Mundial de Enfermedades como Estrategias de Salud Pública, patrocinada por la OMS (Atlanta, Georgia 1998) llegó a la conclusión de que la hepatitis B era una de las principales enfermedades seleccionadas para su eliminación o erradicación. Recientemente, la Región de Europa ha desarrollado protocolos clínicos para el tratamiento de la coinfección del VIH con el VHB, la coinfección del VIH con el VHC y la prevención de la infección con los virus de la hepatitis B y C en personas infectadas con el VIH. Los virus de la hepatitis B y C son los principales causantes de enfermedad grave y defunción relacionadas con la hepatitis viral. Se estima que el 57% de los casos de cirrosis hepática y el 78% de los casos de cáncer primitivo de hígado se originan a raíz de infecciones con el virus de la hepatitis B o C⁶

Hepatitis B

La Hepatitis B es producida por el virus de la hepatitis B (VHB), virus hepatotrófico perteneciente a la familia *hepadnaviridae*. Este virus contiene una doble cadena incompleta de ADN. Desde el punto de vista inmunológico le presenta al hospedero 4 proteínas: la envoltura viral o antígeno de superficie (AgsHB), el antígeno del core (AgcHB), el antígeno eHB (AgeHB) y la proteína X. En hepatitis B aguda los marcadores que indican el diagnóstico son el AgsHB y el anticuerpo clase IgM específico para el core del virus, es decir el anticuerpo IgM anticore. El AgeHB, un péptido del gen core que puede ser exportado del hepatocito, implica replicación viral activa la cual disminuye con la inducción del anticuerpo eHB (antieHB). El concepto de portador crónico del VHB se basa en la presencia de AgsHB detectable en suero por 6 meses o más. La investigación de la actividad replicativa del VHB está representada inicialmente por la determinación del AgeHB y del anticuerpo anti-eHB, considerándose al paciente AgeHB + como portador replicativo.

El portador del VHB replicativo o activo es aquel que presenta AgsHB+ / AgeHB+ / ADN-VHB+, valores elevados de aminotransferasas y actividad inflamatoria variable en la biopsia hepática la cual también puede identificar la presencia o no de fibrosis. anti-eHB + / ADN-VHB El VHB induce hepatitis fulminante, hepatitis aguda y hepatitis crónica., y es productor de cáncer hepatocelular. Cuando el VHB se transmite de madre infectada al recién nacido la posibilidad que el niño se transforme en portador del VHB puede llegar hasta un 90%. En los adultos, del 6 al 10% de los casos de hepatitis B aguda puede progresar a hepatitis crónica. El VHB en los portadores crónicos es capaz de inducir desarrollo de cirrosis y de cáncer primario de hígado. En Venezuela, del 25 al 30% de los portadores crónicos del VHB se encuentra en estado activo de la infección requiriendo abordaje terapéutico. ³

Hepatitis C

La hepatitis C es una de las enfermedades virales más frecuentes e importantes a nivel mundial. Entre 130 y 170 millones de personas padecen de infección crónica con el virus de la hepatitis C.⁷ En los Estados Unidos, los datos combinados de 1999 a 2002, de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición estimó la prevalencia de la infección crónica por el VHC en 1,3%. Un estudio del 2006 en Australia, estima que 197.300 personas fueron crónicamente infectadas en ese país, que corresponde a una tasa de prevalencia de aproximadamente un 0,9%. La Organización Mundial de la Salud estima que el 2-3% de la población mundial (aproximadamente 123-170 millones de personas) está infectado con HCV y en América se estima una tasa de 1,7%¹⁴; Los países de mayor endemicidad se encuentran en África, América Latina, y Asia central y sudoriental. En estas regiones, las tasas de prevalencia del VHC pueden ser de 5% a 10% ⁸

Su agente etiológico es un flavivirus, el virus de la hepatitis C (VHC), el cual se transmite fundamentalmente por exposición parenteral a productos sanguíneos contaminados. ⁷ El HCV es un hepatovirus de la familia de los flavivirus, su genoma es de una sola cadena de RNA simple y positiva de 9600 nucleótidos, la

cual contiene un marco simple de lectura abierta. Las proteínas estructurales incluyen las proteínas de la cápside, las cuales forman la cápside viral y dos glicoproteínas de superficie ⁹⁻¹⁰.

Generalmente se acepta que el HCV se replica haciendo una cadena de cRNA conocida como negativa o cadena de replicación. Aunque el hígado es el principal sitio de la replicación viral, se ha creado un cuerpo de evidencias de que existe la propagación del virus en lugares extrahígado, incluyendo en las células del sistema linfático y nervioso central. En lo concerniente a la infección de las células linfoides, las cadenas del HCV positivas y negativas fueron detectadas en las células mononucleares y en la médula ósea de pacientes infectados de manera crónica ¹¹., como con otros miembros de la familia Flaviviridae, el HCV se replica por reconversión enzimática convirtiendo su genoma de cadena positiva de RNA en una de RNA replicativo intermediario o cadena menor (RI RNA) y entonces se copia la cadena menor de RNA para producir nuevas progenies de cadena plus de RNA. Los genomas nacientes del HCV son empacados en los viriones que son liberados desde las células infectadas por mecanismos desconocidos ¹².

El principal problema con esta patología reside en que una gran cantidad de los infectados (>85%) desarrolla una infección crónica, la que con frecuencia a largo plazo genera patologías hepáticas como cirrosis y carcinoma hepatocelular, que pueden hacer necesario un trasplante de hígado, esa es la razón por la que últimamente esta infección ha llamado la atención de las autoridades de salud y epidemiólogos, los cuales se han trazado como meta encontrar cuanto antes a los pacientes infectados (la mayoría asintomáticos) y ofrecerles tratamiento antiviral, para evitar así una crisis futura por la imposibilidad de abastecer la gran cantidad de trasplantes de hígado que serán necesarios si no se frena la diseminación del virus en los próximos años.⁷

Aunque el 15 o 20% de los individuos infectados con el HCV muestran el virus en la fase aguda, más del 85% desarrollan viremia persistente. Aproximadamente el 60% estos infectados manifiestan la hepatitis crónica, y en este grupo, la tasa de progresión de la enfermedad es generalmente lenta y variable. Aproximadamente el 20% de los pacientes con hepatitis C crónica, desarrollan cirrosis dentro de los 20 años de infección, y aquellos con cirrosis tienen el riesgo de una descompensación y de desarrollar un carcinoma hepatocelular ¹²⁻¹³.

Las trabajadoras sexuales son la principal fuente de transmisión de la hepatitis B y están expuestas a un alto riesgo de contraer infecciones por vía sexual, incluida la hepatitis C ¹⁵ Si no son tratadas, la hepatitis B y la hepatitis C pueden conducir a cirrosis, cáncer de hígado y, en última instancia, la insuficiencia hepática y la muerte.¹⁶

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son enfermedades producidas por microorganismos transmisibles solo por el contacto directo, cuyo único reservorio es el tracto genital humano sus agentes infecciosos no sobreviven fuera del cuerpo humano y su transmisión solo ocurre durante las relaciones sexuales, embarazo o nacimiento.¹⁷:Esto tiene importantes implicaciones pues afecta a todos los grupos

poblacionales y pueden ser causadas por bacterias, virus hongos o parásitos. Estas infecciones se transmiten por una compleja interrelación entre la infectividad intrínseca del patógeno y la duración de la infecciosidad en el huésped humano y persisten en las poblaciones humanas en grupos reservorio caracterizados por altas tasas de recambio de parejas sexuales. El comportamiento de estas enfermedades a lo largo de la historia ha sido reflejo de los cambios sociales políticos económicos culturales y morales de las poblaciones por lo que deben ser estudiadas siempre tomando en consideración estos parámetros.¹⁸

El término “enfermedad de transmisión sexual” es poco específico para cualquier enfermedad, pero denota a los más de 25 organismos infecciosos que son transmitidos a través de la actividad sexual y a las docenas de síndromes que estos provocan. Las ITS, son casi siempre transmitidas de persona a persona a través de las relaciones sexuales. Estas infecciones son transmitidas de manera más eficiente a través de relaciones anales o vaginales y generalmente de manera menos eficiente por relaciones orales., además, las mujeres embarazadas y que padecen alguna ITS, pueden transmitir la infección al infante en el útero, durante el nacimiento o a través de la leche materna¹¹

Las enfermedades de transmisión sexual son un problema de salud pública en el mundo y especialmente en los países en vías de desarrollo, debido a la infertilidad, discapacidad a corto plazo y las consecuencias médicas y psicológicas para miles de hombres, mujeres y niños. Las consecuencias de las ITS son dramáticas si se tiene en cuenta su contribución potencial a la transmisión del VIH. La OMS considera cuatro elementos cruciales en la vigilancia de las ITS: notificación de casos, medición de la prevalencia y monitoreo, evaluación de la etiología de los síndromes de las ITS y monitoreo de la resistencia a los antimicrobianos¹⁹

Se estima que la frecuencia de las infecciones de transmisión sexual en la población general oscila entre 0,1 y 0,5%. Para la población considerada como de alto riesgo (sexo servidoras), se calcula una frecuencia de entre 10 y 20%. A finales del 2002, la ONUSIDA reportó que alrededor de 50 millones de casos nuevos de enfermedades de transmisión sexual ocurren anualmente²⁰.

Dentro de los grupos más importantes considerados en las ITS se incluyen organismos como protozoarios, levaduras, bacterias y virus, como el virus del SIDA y los virus de la hepatitis B (HBV) y C (HCV).

Debido a que comparten rutas de infección, muchos pacientes infectados con VIH están coinfectados con HBV o con hepatitis C. La coinfección con estos virus, especialmente con el HCV es un fuerte marcador predictivo para el éxito del tratamiento antirretroviral. Aún más, la coinfección con HBV y HCV puede influenciar el tiempo y la elección del tratamiento antirretroviral. En estudios de pronóstico de HIV es entonces importante incluir el estado de HBV y HCV, ambos para predecir pronóstico en subgrupos de pacientes²¹

Los investigadores han detectado la presencia de ácido nucleico del HCV en semen, sangre menstrual y otros fluidos corporales. Una de las piezas que apoya indirectamente la transmisión sexual viene de estudios de contactos familiares con individuos infectados con el HCV. En la aplastante mayoría de tales estudios, solamente patrones sexuales de individuos infectados parecen tener un substancial incremento en el riesgo para la infección, y en algunos de los estudios,

este riesgo se incrementa con la extensión en los tiempos de exposición. De manera inversa, se ha notado que el factor de riesgo más común para la infección que se puede producir en ambos patrones sexuales (homosexual y heterosexual), no fue excluido en la mayoría de estos estudios., evidencias posteriores para la transmisión sexual provienen de la secuenciación genética y de los genotipos de las cepas de los patrones sexuales ¹¹ En la mayoría de los países en desarrollo no se efectúa un seguimiento de los niveles de cobertura vacunal, estos datos demuestran que la hepatitis es una grave enfermedad y por lo tanto es necesario hacer un mayor esfuerzo para prevenir, diagnosticar y sobre todo tratar a las personas que viven con virus de hepatitis B o C pues aunque la incidencia es considerablemente mayor a la del VIH o cualquier tipo de cáncer, el nivel de concientización es inexplicablemente muy bajo. Las investigaciones epidemiológicas realizadas sobre este tema hasta el momento en Venezuela, así como en muchos países de América Latina, son relativamente escasas y además no se ha escrutado la totalidad de los grupos de personas con riesgo de la infección En nuestro país no existen datos sobre frecuencia de coinfección entre VIH, VHB, VHC y su asociación a otras infecciones de transmisión sexual en la población general.; en este sentido, es lógico que los estudios de epidemiología y despistaje de estas entidades cobren cada vez mayor relevancia, de allí el interés en realizar el presente trabajo.

OBJETIVO

Determinar la frecuencia de coinfección entre virus de Hepatitis B y virus de Hepatitis C y otras enfermedades de transmisión sexual y los factores de riesgo asociados en pacientes con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) de la consulta especializada de ITS del servicio de Dermatología y Sifilografía del Hospital Universitario de Caracas, durante el año 2004 – 2009.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Establecer la frecuencia de pacientes con marcadores séricos positivos de infección por virus de hepatitis B, anticore (Anti-HBc) y antígeno de superficie (AgHBs)
- 2) Conocer la frecuencia de pacientes con marcador sérico positivo de infección por virus de hepatitis C (Anti-HCV).
- 3) Distribuir los casos positivos según año de consulta
- 4) Distribuir los positivos y negativos para hepatitis según tipo de ITS.
- 5) Conocer la distribución etárea de positivos y negativos con ITS.
- 6) Establecer y comparar la sexarquia en positivos y negativos con ITS.
- 7) Distribuir los positivos y negativos según tipo de relación sexual.
- 8) Conocer el número de parejas totales en positivos y negativos con ITS.
- 9) Establecer el número de parejas totales en positivos y negativos con ITS

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Estudio:

Para el desarrollo de esta investigación se realizó un estudio epidemiológico de tipo analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles mediante revisión de historias.

Los casos son pacientes con diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) con marcadores séricos positivos para infección por virus de Hepatitis B (Anti-Hbc y HBsAg) o virus de Hepatitis C (Anti-HC). y los controles pacientes con diagnóstico de Infecciones de transmisión sexual con marcadores séricos negativos para infección por virus de hepatitis B y virus de Hepatitis C.

Población

La población del estudio la constituyen todos los pacientes que presentaron alguna infección de transmisión sexual con marcador sérico positivo para infección por virus de hepatitis B o virus de hepatitis C, y pacientes con algún tipo de ITS con marcadores séricos negativos para hepatitis B o C, que acudieron a la consulta de ITS del servicio de dermatología del Hospital Universitario de Caracas, en el período comprendido entre agosto 2004 a agosto 2009.

Muestra

Constituida por el total de (57) pacientes que presentaron alguna infección de transmisión sexual y marcadores séricos positivos para infección por virus de Hepatitis B (Anti-Hbc y HBsAg) ó virus de Hepatitis C (Anti-HC) en el período de tiempo a estudiar y por cada caso se tomaron dos controles para un total de 114 pacientes controles.

Recolección de la información

Se utilizó un instrumento de registro elaborado por los autores que recogió de las historias clínicas de los pacientes casos y pacientes controles los datos para el estudio de las variables planteadas. El instrumento de recolección está constituido por 11 variables las cuales se desglosan en varios ítems para obtener los datos necesarios de nuestra investigación (ver apéndice).

Variables en estudio:

1. Edad
2. Sexo
3. Sexarquía
4. Tipo de relación sexual
5. Total parejas en vida
6. Parejas año

7. Diagnostico Clínico.
8. .Antígeno de superficieVHB
9. Anti-core VHB
10. Anti-VHC
11. VDRL

Para el pesquisaje de sífilis se utilizó la prueba de microfloculación en lámina VDRL. Las muestras reactivas para VDRL fueron confirmadas por FTA-ABS (Fluorescent treponemal antibody absorption test). Se determinó la presencia de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (Anti-HCV) y la presencia de dos marcadores séricos de hepatitis B, anti-core (anti-HBc) y antígeno de superficie de hepatitis B (AgHBs), todas por la técnica de ELISA (Enzyme-linked immunoassay). La presencia de anticuerpos contra el VIH fue determinada utilizando una prueba inmunocromatográfica HIV 1 y 2.

Análisis estadístico

Los resultados se organizaron en tablas de frecuencias y las variables cualitativas se expresaron en números y porcentajes y su diferencia se calculó utilizando Chi cuadrado o test de Fisher. Para las variables cuantitativas se determinaron la media aritmética y la desviación estándar. Para comparar los promedios se utilizó la prueba T de Student para medias de muestras independientes. Fue considerado como significativo todo valor de probabilidad menor de 0,05.

RESULTADOS

TABLA N°1

Distribución de casos y controles según diagnóstico de ITS
Hospital Universitario de Caracas-Consulta de ITS.2004-2009.

Diagnostico	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
SARS	3	5,2	5	4,3
SARL	3	5,2	16	14
SANYC	2	3,5	0	0
SATL	2	3,5	2	1,7
SAL	5	8,8	6	5
IG	1	1,8	7	6
ING	1	1,8	1	0,8
Condiloma Acumina.	15	26,3	56	49
Candidiasis Genital	1	1,8	0	0
Molusco contagioso	2	3,5	1	0,8
2 Diagnósticos	17	29,8	18	15,7
3 Diagnósticos	4	7	2	2,6
4 Diagnósticos	1	1,8	0	0
Total	57	100	114	100

Fuente: Ficha de recolección

Descripción: En pacientes caso los diagnósticos más frecuentes fueron la asociación de 2 ó más diagnósticos en 38,6% seguido de condiloma acuminado 26,3% y alguna de las presentaciones de sífilis con 26,2%. Para los pacientes controles fue el condiloma acuminado en 49% seguido de sífilis en 25%.y luego 2 ó más diagnósticos asociados en 18,3%.

TABLA N°2

Distribución de pacientes casos según año de consulta
Hospital Universitario de Caracas-Consulta de ITS. 2004-2009.

Años	N°	%
2004	4	7
2005	1	2
2006	4	7
2007	8	14
2008	20	35
2009	20	35
Total	57	100

Fuente: Ficha de recolección

Descripción: Se evidencia un notable incremento en el número de pacientes positivos detectados durante los años 2008 (35%) y 2009 (35%).

TABLA N°3

Distribución de casos y controles según grupo etario
Hospital Universitario de Caracas-Consulta de ITS. 2004-2009.

Grupo Etario	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
10-19 años	1	1,7	23	20,1
20-29 años	15	26,3	48	42,1
30-39 años	15	26,3	26	22,8
40-49 años	14	24,5	10	8,7
50-59 años	6	10,5	4	3,5
60-69 años	3	5,2	3	2,6
70-79 años	1	1,7	0	0
80-89 años	2	3,5	0	0
TOTAL	57	100	114	100

Fuente: Ficha de recolección

Descripción: Para los pacientes positivos el mayor porcentaje de individuos se encontraba en edades comprendidas entre los 20 y los 49 años (77,1%) con un promedio de 39,56 años. Para los pacientes negativos el mayor porcentaje de individuos se encontraba en edades comprendidas entre los 20 y los 39 años (64,9%) con un promedio de 28,43 años. Diferencia significativa $p < 0,000001$.

TABLA N°4

Distribución de casos y controles según Sexarquia
Hospital Universitario de Caracas-Consulta de ITS. 2004-2009.

SEXARQUIA	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
9-13	7	12,3	18	15,8
14-18	45	78,9	82	72
19-23	3	5,3	11	9,6
24-28	2	3,5	3	2,6
TOTAL	57	100	114	100

Fuente: Ficha de recolección

Descripción: El inicio de relaciones sexuales para los pacientes positivos ocurrió con mayor frecuencia entre los 14 y 18 años (78,9%) semejantes resultados para los negativos con inicio de relaciones sexuales entre los 14 y 18 años en 72 %. Diferencia no significativa $p= 0,58$

TABLA N°5

Distribución de casos y controles según tipo de relación sexual
Hospital Universitario de Caracas-Consulta de ITS.2004-2009.

RELACIÓN	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
Hombre-Hombre	19	33,3	62	54,4
Hombre-Mujer	29	50,9	49	43
Hombre-Mujer- Hombre	9	15,8	3	2,6
Total	57	100	114	100

Fuente: Ficha de recolección

Descripción: El 50,9% de los pacientes positivos mantenía una relación heterosexual mientras que el 54,4% de los pacientes negativos refirió una relación tipo hombre-hombre. Diferencia significativa $p < 0,001$.

TABLA N°6

Distribución de casos y controles según número de parejas sexuales al año.
Hospital Universitario de Caracas-Consulta de ITS.2004-2009.

PAREJAS AÑO	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
0	8	14	0	0
1	22	38,6	55	48,2
2	11	19,3	26	22,8
3	9	15,8	16	14
4 y +	7	12,3	17	15
Total	57	100	114	100

Fuente: Ficha de recolección

Descripción: El grupo de pacientes negativos el 51,8% refirió 2 o más parejas sexuales al año (promedio 2,63) comparado con solo el 47,4% de los pacientes positivos (mediana de 2,28) probabilidad no significativa p:0,47.

TABLA N°7

Distribución de casos y controles según número de parejas sexuales de vida.
Hospital Universitario de Caracas-Consulta de ITS.2004-2009.

PAREJAS VIDA	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
1	2	3,5	7	6,1
2	4	7	17	15
3	7	12,3	20	17,6
4	2	3,5	7	6,1
5	5	8,8	8	7
6 y+	37	57	55	48,2
TOTAL	57	100	114	100

Fuente: Ficha de recolección

Descripción: El 57% de los pacientes positivos refirió 6 ó más (promedio 15,6) parejas acumuladas en tiempo de vida sexual activa contra solo el 48,2% de los individuos negativos (mediana 14,13) p: 0,77 no significativa.

TABLA N°8

Distribución de casos y controles según género.
Hospital Universitario de Caracas-Consulta de ITS. 2004-2009.

Género	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
Femenino	7	12,3	30	26,3
Masculino	50	87,7	84	73,7
Total	57	100	114	100

Fuente: Ficha de recolección

Descripción: El género predominante para ambos grupos, positivos y negativos fue el masculino con 87,7% y 73,7 % de sus muestras respectivamente. Diferencia significativa $p=0.036$.

TABLA N°9

Distribución de casos y controles según reporte de VDRL y VIH
Hospital Universitario de Caracas-Consulta de ITS. 2004-2009.

PRUEBA	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
VDRL (R)	26	45,6	36	31,6
VDRL (NR)	31	54,4	78	68,4
VIH (+)	29	51	11	9,6
VIH (-)	28	49	103	90,4

Fuente: Ficha de recolección

Descripción: De los individuos positivos el 45,6% presentó VDRL reactivo y 51% VIH positivo, comparado con los individuos negativos quienes presentaron VDRL reactivo solo 31,6% y VIH positivo solo 9,6%. Diferencia 0,07 no significativa para VDRL y para VIH es significativa $p < 0,0000001$.

TABLA N°10

Frecuencia de positividad a marcadores séricos para hepatitis B ó hepatitis C.
Hospital Universitario de Caracas-Consulta de ITS. 2004-2009.

PRUEBA	Ag SUPERFICIE B		ANTICORE B		VHC	
	N	%	N	%	N	%
POSITIVO (+)	13	22,8	46	80,7	15	26,3
NEGATIVO (-)	44	77,2	11	19,3	42	73,7
Total	57	100	57	100	57	100

Fuente: Ficha de recolección

Descripción: De los 57 pacientes positivos el 22,8% reportó positividad al Antígeno de superficie para el virus de la hepatitis B, el 80,7% positividad al anticore del virus de la hepatitis B y 26,3% al antígeno del virus de hepatitis C.

TABLA N°11

Asociación entre serologías para VDRL ,virus de Hepatitis B y Hepatitis C
Hospital Universitario de Caracas-Consulta de ITS. 2004-2009.

VDRL	Ag Superficie B				Anticore B				VHC			
	Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
POSITIVO (+)	6	19,4	25	80,6	25	80,6	6	19,4	9	29	22	71
NEGATIVO (-)	7	26,9	19	73,1	21	80,8	5	19,2	6	23,1	20	76,9
Total	57/100%				57/100%				57/100%			

Fuente: Ficha de recolección

Descripción: Los pacientes con VDRL reactivo presentaron positividad contra Antígeno de superficie para el virus de hepatitis B 19,4 % (p:0,50), para anticore del virus de hepatitis B 80,6%(p:0,99) y para antígeno del virus de hepatitis C 29% (p:0,61 no significativa).

TABLA N°12

Frecuencia de coinfección entre VIH y virus de Hepatitis B y virus de Hepatitis C
Hospital Universitario de Caracas-Consulta de ITS.2004-2009.

HIV	Ag SUPERFICIE B				ANTICORE B				VHC			
	+		-		+		-		+		-	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
POSITIVO (+)	11	84,6	18	40,9	24	52,1	5	45,5	6	40	23	54,8
NEGATIVO (-)	2	15,4	26	59	22	47,9	6	54,5	9	60	19	45,2
TOTAL	57/100%				57/100%				57/100%			

Fuente: Ficha de recolección

Descripción: De 13 pacientes con antígeno de superficie positivo para virus de hepatitis B el 84,6% es VIH positivo (p:0,0056 significativa), de 46 pacientes con anticore positivo el 52,1% es VIH positivo (p:0,69 no significativa) y de 15 con VHC positivo 40% es VIH positivo (p:0,33 no significativa).

TABLA N°13

Coinfección entre virus de Hepatitis B y virus de Hepatitis C
Hospital Universitario de Caracas-Consulta de ITS. 2004-2009.

VHC	Ag SUPERFICIE B		Ag SUPERFICIE B		ANTICORE B		ANTICORE B	
	Positivo (+)		Negativo (-)		Positivo (+)		Negativo (-)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
POSITIVO (+)	1	7,7	14	31,8	6	13	9	81,8
NEGATIVO (-)	12	92,3	30	68,2	40	87	2	18,2
TOTAL	57/100%				57/100%			

Fuente: Ficha de recolección

Descripción: Se evidencio positividad para AgHBs y VHC en 7,7 % (p:0,15 no significativa) y entre antiHBc y VHC en 13% (p: 0,000024 significativa) en la muestra respectivamente.

TABLA N°14

Asociación entre diagnóstico e infección por virus de Hepatitis B y Hepatitis C
Hospital Universitario de Caracas-Consulta de ITS. 2004-2009.

DIAGNOSTICO	Ag SUPERFICIE B		ANTICORE B		VHC		Ag SUPERFICIE B		ANTICORE B		VHC	
	Positivo (+)		Positivo (+)		Positivo (+)		Negativo (-)		Negativo (-)		Negativo (-)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SARS	0	0	2	66,7	1	33,3	3	100	1	33,3	2	66,7
SARL	1	33,3	2	66,7	1	33,3	2	66,7	1	33,3	2	66,7
SANYC	1	50	2	100	0	0	1	50	0	0	2	100
SATL	0	0	2	100	0	0	2	100	0	0	2	100
SAL	0	0	6	100	2	33,3	6	100	0	0	4	66,7
IG	0	0	0	0	1	100	1	100	1	100	0	0
ING	1	50	0	0	1	50	1	50	2	100	1	50
CA	2	12,5	14	87,5	2	12,5	14	87,5	2	12,5	14	87,5
Candidiasis	0	0	1	100	0	0	1	100	0	0	1	100
Molusco	1	50	1	50	1	50	1	50	1	50	1	50
2 Dx	5	35,7	11	78,6	5	35,7	9	64,3	3	21,4	9	64,3
3 Dx	2	50	4	100	1	25	2	50	0	0	3	75
4 Dx	0	0	1	100	0	0	1	100	0	0	1	100

Fuente: Ficha de recolección

Descripción: El 50% de los pacientes caso diagnosticados con Sífilis adquirida cardiovascular o SNC, infección no gonocócica, molusco contagioso y con 3 diagnósticos asociados reportaron AgHBs positivo. El 100 % de los pacientes casos con Sífilis adquirida latente, sífilis adquirida tardía latente, Sífilis adquirida cardiovascular o SNC, candidiasis y aquellos con más de 3 ó 4 diagnósticos asociados presentaron antiHBc positivo. El 100% de los pacientes con infección gonococcica, reporto VHC positivo.

TABLA N°15

Asociación entre sexo e infección por virus de Hepatitis B y Hepatitis C
Hospital Universitario de Caracas-Consulta de ITS. 2004-2009.

	Ag SUPERFICIE B		ANTICORE B		VHC		Ag SUPERFICIE B		ANTICORE B		VHC	
	Positivo (+)		Positivo (+)		Positivo (+)		Negativo (-)		Negativo (-)		Negativo (-)	
SEXO	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
FEMENINO	1	14,3	5	71,4	3	42,8	6	85,7	2	28,6	4	57,2
MASCULINO	12	24	41	82	12	24	38	76	9	18	38	76

Fuente: Ficha de recolección

Descripción: Los pacientes de sexo masculino presentaron 24% AgHBs positivo, 82% antiHBc positivo y 24% VHC positivo. En las pacientes la proporción fue 14,3% AgHBs positivo, 71,4% antiHBc positivo y 42,8% VHC positivo. Diferencia no significativa.

TABLA N°16

Asociación entre tipo de relación sexual e infección por virus de Hepatitis B y Hepatitis C Hospital Universitario de Caracas-Consulta de ITS. 2004-2009.

	AgHBs		ANTICORE B		VHC		Ag SUPERFICIE B		ANTICORE B		VHC	
	Positivo (+)		Positivo (+)		Positivo (+)		Negativo (-)		Negativo (-)		Negativo (-)	
Relación	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
H.H	4	21	16	84,2	6	31,6	15	79	3	15,8	13	68,4
H-M	9	31	25	86,2	5	17,2	20	69	4	13,8	24	82,8
H-M-H	0	0	5	55,6	4	44,4	9	100	4	44,4	5	55,6

Fuente: Ficha de recolección

Descripción: De los pacientes con relación Hombre-Hombre 84,2% presentó antiHBc positivo, 31,6% VHC positivo y 21% AgHBs positivo; Los pacientes con relaciones heterosexuales (Hombre-Mujer) reportaron 86.2% antiHBc positivo, 31% AgHBs positivo; y 17,2% VHC positivo y la población con relaciones bisexuales (Hombre-Mujer-Hombre) fueron 55,6% antiHBc positivo y 44,4% VHC positivo. Diferencia no significativa.

TABLA N°17

Asociación entre número de parejas al año e infección por virus de Hepatitis B y Hepatitis C Hospital Universitario de Caracas-Consulta de ITS. 2004-2009.

PAREJAS AÑO	Ag SUPERFICIE B				ANTICORE B				VHC			
	Positivo (+)		Negativo (-)		Positivo (+)		Negativo (-)		Positivo (+)		Negativo (-)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	2	25	6	75	7	87,5	1	12,5	1	12,5	7	87,5
1	6	28,5	15	71,5	20	95,2	1	4,8	3	14,3	18	85,7
2	1	8,3	11	91,7	7	58,3	5	41,7	7	58,3	5	41,7
3	2	22,2	7	77,8	7	77,8	2	22,2	6	66,7	3	33,3
4 y +	2	28,6	5	71,4	5	71,4	2	28,6	2	28,6	5	71,4

Fuente: Ficha de recolección

Descripción: De los pacientes que refirieron no tener pareja desde hace un año 75 % reportó AgHBs negativo, 87,5% antiHBc positivo y 87,5% VHC negativo; con una pareja al año 71,5 % reportó AgHBs negativo, 95,2% antiHBc positivo y 85,7% VHC negativo; con dos parejas al año 91,7 % reportó AgHBs negativo, 58,3% antiHBc positivo y 58,3% VHC positivo; con tres parejas al año 77,8 % reportó AgHBs negativo, 77,8% antiHBc positivo y 66,7% VHC positivo y con cuatro ó más parejas al año 71,4% reportó AgHBs negativo, 71,4% antiHBc positivo y 71,4% VHC negativo. Diferencia no significativa.

TABLA N°18

Asociación entre número de parejas vida e infección por virus de Hepatitis B y Hepatitis C. Hospital Universitario de Caracas-Consulta de ITS. 2004-2009.

Parejas vida	Ag SUPERFICIE B		ANTICORE B		VHC		Ag SUPERFICIE B		ANTICORE B		VHC	
	Positivo (+)		Positivo (+)		Positivo (+)		Negativo (-)		Negativo (-)		Negativo (-)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	1	50	2	100	0	0	1	50	0	0	2	100
2	1	25	3	75	2	50	3	75	1	25	2	50
3	0	0	4	57,1	4	57,1	7	100	3	42,9	3	42,9
4	0	0	2	100	0	0	2	100	0	0	2	100
5	0	0	5	100	0	0	5	100	0	0	5	100
6 y +	11	29,7	30	81	9	24,3	26	70,3	7	19	28	75,7

Fuente: Ficha de recolección

Descripción: De los pacientes que refirieron una pareja en toda la vida sexual activa 50% reportó AgHBs positivo, 100% antiHBc positivo y 100% VHC negativo; con dos parejas/vida 75 % reporto AgHBs negativo, 75% antiHBc positivo y 50% VHC positivo; con tres parejas/vida 100 % reporto AgHBs negativo, 57,1% antiHBc positivo y 57,1% VHC positivo; con cuatro parejas/vida 100 % reporto AgHBs negativo, 100% antiHBc positivo y 100% VHC negativo, con cinco parejas/vida 100 % reporto AgHBs negativo, 100% antiHBc positivo y 100% VHC negativo y con seis ó más parejas al año 70,3% reporto AgHBs negativo, 81% antiHBc positivo y 75,7% VHC negativo. Diferencia no significativa.

DISCUSIÓN

Una sinergia epidemiológica entre el VIH / SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ITS) ha sido observado y estudiado durante dos décadas. Los investigadores han demostrado que las personas con enfermedades de transmisión sexual son más propensos a infectarse con el VIH / SIDA. Además, las personas con VIH / SIDA pueden ser más propensos a infectarse con otras ITS. Varios estudios han explorado los posibles mecanismos biológicos por los que otras Enfermedades de transmisión sexual pueden facilitar la transmisión sexual de la infección del VIH mediante el aumento de infecciosidad o susceptibilidad. El VIH se detecta de forma rutinaria en los exudados de las úlceras genitales de hombres infectados con VIH y las mujeres. Úlceras que sangran con facilidad y pueden entrar en contacto con la vagina, la mucosa cervical, uretral y rectal por vía oral durante la sexo. En los hombres y las mujeres, las ITS inflamatorias (infecciones por gonococos y clamidias) parecen aumentar tanto la prevalencia del VIH y el derramamiento de Carga del ARN viral del VIH en las secreciones genitales. Así, los indicadores, estos son como fuentes de enfermedades de transmisión sexual En nuestro trabajo determinamos que en los pacientes caso los diagnósticos más frecuentes eran la asociación de dos o más diagnósticos en el 38,6% comparado con los controles donde se observo solo en 18,3%. Asimismo apreciamos un incremento progresivo anual en el número de pacientes diagnosticados donde 70% correspondían a los años 2008 y 2009 posiblemente asociado a un mayor control y solicitud de marcadores séricos(Tabla 2) datos que contradicen los expuesto por Cuadra y cols⁷ quienes examinaron 722 pacientes¹⁹ resultaron positivos para VHC con una prevalencia de 2,63%, aunque para su grupo de estudio el número de pacientes fue disminuyendo y el ultimo año de estudio solo representó el 10,5% de la muestra La edad promedio para los pacientes casos fue de 39,56 años y para los controles 28,43 años con una diferencia significativa estadísticamente y el inicio de relaciones sexuales para ambos grupos fue entre los 14 y 18 años, rangos etarios levemente por debajo de lo reportado por Cuadras y cols. quienes describieron el grupo etario con mayor prevalencia entre los 40-49 años, seguido por el grupo inmediato superior (50-59 años). La literatura refiere que el VHC a nivel mundial infecta principalmente a personas sobre los 30 años., sin embargo, se pueden observar algunas variaciones al respecto según la zona geográfica. En USA, por ejemplo, el grupo etario con mayor prevalencia es el de 30-39 años de edad; en Bélgica, es el de 50-57 años y en Australia es el de 20-29 años⁷

El género predominante para ambos grupos fue el masculino El 50,9% de los pacientes caso mantenía una relación heterosexual mientras que el 54,4% de los pacientes controles refirió una relación tipo hombre-hombre ($p < 0,001$). Cuando se determino la diferencia entre el número de parejas al año y al número de parejas en total de vida de casos y controles no se reporto diferencia estadísticamente significativa, resultados similares se obtuvieron al determinar reactividad al VDRL entre ambos grupos; al asociar seropositividad al VIH con grupo caso determinamos que el 51% de los pacientes con marcadores séricos para hepatitis eran HIV positivo en comparación con solo el 9,6% de los controles con una

diferencia estadísticamente positiva. De los 57 pacientes del grupo de casos 80,7% presentó AntiHBc positivo, 26,3% VHC positivo y 22,8% AgHBs positivo, valores estos muy por encima de los encontrados por Camejo y cols en un estudio realizado a trabajadoras sexuales de Los Teques-Edo. Miranda.

Al asociar VDRL reactivo con alguno de los marcadores séricos para hepatitis no se encontró diferencia estadísticamente significativa, en cambio cuando la variable era Seropositividad al VIH se demostró asociación estadísticamente significativa con AgHBs. Al relacionar diagnósticos con marcadores séricos determinamos que de nuestra muestra de casos el 50% de los pacientes diagnosticados con SACYN, ING, Molusco contagioso o con 3 ó más diagnósticos asociados presentaron AgHBs positivo. El 100% de los diagnosticados con SAL, SATL, SACYN, Candidiasis o con 3 ó más diagnósticos asociados presentaron AntiHBc positivo y 100% de los pacientes con infección gonococcica presentaron Anti HCV positivos No existe diferencia significativa entre el tipo de relación homosexual y el heterosexual y determinación de marcadores serológicos para el diagnostico de hepatitis. El número de parejas al año y el número de parejas vida no son un indicador de riesgo. La seroprevalencia de la infección por el VHC en Sudamérica es baja (<1.9%).^{22,23} Sin embargo, los valores de prevalencia obtenidos por Cuadra y cols 2,63%, son semejantes a nuestros resultados y mayores que los señalados en Venezuela para la población general, (0,9%)²², y otros grupos de individuos como: Prostitutas (0,5%). También este valor de prevalencia es superior al reportado para la población general y donantes de sangre en varios países de Latinoamérica como Colombia (0,97%), Brasil (0,9%), México(1,47%), Cuba (0,9%) y Perú (0,60%).⁷ En nuestro trabajo determinamos que el 26,3% de la muestra presentaba anticuerpos contra el virus de la hepatitis C positivo, lo que puede explicarse por el hecho de que ha nuestra consulta acuden gran número de pacientes con alto recambio de parejas y conductas sexuales de riesgo. La transmisión por vía sexual del VHC ha sido señalada poco eficiente; estudios realizados en trabajadoras sexuales señalan una prevalencia entre el 0 y 1%, sin embargo, otros estudios indican que se sitúa entre un 1,4 a 29,7%²⁴ En nuestro trabajo la seropositividad asociada entre AgHBs y VHC fue del 7,7% mucho más alta que la reportada por Barros y col en 2.7%²⁶ La seroprevalencia para VHC en la misma población en Taiwán fue del 8 %²⁷ En contraste es España se han detectado anticuerpos contra VHC en 16% de los sujetos infectados con VHB²⁸.

Es difícil encontrar un estudio parecido al presente, sobre todo en América Latina las poblaciones analizadas son usualmente poblaciones de muy alto riesgo, tales como drogadictos, prostitutas, receptores de transfusiones; es necesario afianzar la investigación a la población en general que padece y consulta por infecciones de transmisión sexual.

CONCLUSIONES

A diferencia de los datos de la población general que son usados como medida de aproximación de comportamientos de riesgo, cuando se estudia la asociación de VIH / ITS / Hepatitis los datos de morbilidad son medidas directas de riesgo pues los principales modos de transmisión de estas enfermedades notificables se corresponden estrechamente entre sí, determinando que las historias de co-morbilidad pueden orientar sobre mejoras en la prevención y estrategias específicas de tratamiento.

El sexo masculino, la coinfección de 2 ó más ITS, la edad entre 39 ± 10 años, el tipo de relación heterosexual y la infección por VIH se muestran como predictivos para seropositividad para virus de hepatitis B ó C.

Se espera que el estudio de las características epidemiológicas de los pacientes coinfectados por VHB-VHC y otras ITS constituya una valiosa contribución al entendimiento de la diseminación de estas entidades y contribuya a la actualización de la información disponible hasta el momento acerca del tema.

El sector salud puede y debe desempeñar un papel más destacado en la ampliación y el mantenimiento de intervenciones de prevención de demostrada eficacia como el uso de preservativo a fin de evitar nuevas infecciones e incremento de estas co- morbilidades,

El Dermatólogo-Sifilógrafo debe promover la inmunización contra la hepatitis B, ser parte fundamental en el asesoramiento y fomentar la practica de pruebas de detección a fin de ampliar los esfuerzos para el tratamiento, atención y apoyo precoz de estas entidades.

FICHA DE RECOLECCIÓN

Edad:		Dx clínico:	
Sexo		Año consulta	
# parejas/vida		# parejas/años	
Tipo relación sexual:		Sexarquia:	

Tipo de Infección

- 1 SARS
 - 2 SARL
 - 3 SANYC
 - 4 SATL
 - 5 SAL
 - 6 SCRS
 - 7 SCRL
 - 8 SCTS
 - 9 SCTL
 - 10 IG
 - 11 ING
 - 12 Chancro Blando
 - 13 LV
 - 14 GV
 - 15 VHS
 - 16 CA
 - 17 Tricomoniasis
 - 18 Candidiasis genital
 - 19 Molusco contagioso
 - 20 Pediculosis pubis
 - 21 Escabiosis genital
 - 22 Tinea cruris
 - 23 VIH (+)
 - 24 AgHBs (+) //AntiHBc(+)
 - 25 VHC (+)
-

REFERENCIAS

- 1) Kao J, Chen P, Lai M, Chen D. Occult hepatitis B virus infection and clinical outcomes of patients with chronic hepatitis C. *J Clin Microbiol* 2002;40:4068-71
- 2) Zaki H, Darmstadt G, Baten A, Ahsan C, Saha S. Seroepidemiology of hepatitis B and delta virus infection in Bangladesh. *J Trop Pediatr* 2003;49: 371-4.
- 3) Machado IV. Inmunopatología e Inmunomodulación de la Hepatitis Viral Crónica B y C. En: *Temas de Gastroenterología, Volumen III*. Eds. Salomón R, Salomón MC. UCV y CDCH, Caracas, 2000. pp: 111-133.
- 4) Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR* 2002;51:1-7.
- 5) Organización Mundial de la Salud Departamento de VIH/SIDA . on web site. www.hiv-aids@who.int /<http://www.who.int/hiv>
- 6) Organización Mundial de la Salud. 62ª Asamblea Mundial de la Salud. Informe de la secretaría. Hepatitis Viral. A 62/22.
- 7) Cuadra C y cols. Seroprevalencia del virus de hepatitis c (VHC) en pacientes del laboratorio regional de referencia virológica. *Rev. Gastroenterol. Perú* 2005; 25: 248-253
- 8) Epidemiology of Acute Hepatitis C Infection in Canada Results from the Enhanced Hepatitis Strain Surveillance System (EHSSS) on web site <http://www.phac-aspc.gc.ca/stiits-surv-epi/index-eng.php>.
- 9) Cannon N y cols. Hepatitis C virus diversity and evolution in the full open-reading frame during antiviral therapy. *PLoS ONE* 2008; 3:e2123.
- 10) Pham T, MacParland S, Mulrooney P. Hepatitis C virus persistence after spontaneous or treatment-induced resolution of hepatitis C. *J Virol* 2004;78:5867-74.
- 11) García-Luján C y cols. Enfermedades de transmisión sexual: estado actual en el caso del virus de la hepatitis b y c. *Revista Química Viva* 2008;3.
- 12) Pal S y cols. Intrahepatic hepatitis C virus replication correlates with chronic hepatitis C disease severity in vivo. *J Virol* 2006;80: 2280-90.
- 13) Pham T, Michalak T. Occult persistence and lymphotropism of hepatitis C virus infection. *World J Gastroenterol* 2008;14:2789-2793.
- 14) Zou S, Tepper M, Giulivi A. Current status of hepatitis C in Canada. *Can J Public Health* 2000;91:S10-6.

- 15) Camejo M y cols. Prevalencia de hepatitis B, hepatitis C y sífilis en trabajadoras sexuales de Venezuela Rev Saúde Pública 2003;37(3):339-44
- 16) Mohamed S, al Karawi M, Mesa G. Dual infection with hepatitis C and B viruses: Clinical and histological study in Saudi patients. Hepatogastroenterology 1997;44:1404-6
- 17) Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases. MMWR on web site www.cdc.org
- 18) Ferreiro M y col. Análisis del comportamiento de las I:T:S en Venezuela durante los últimos 10 años. Dermatol Venez 2004; 42 (3):38-42.
- 19) Alvis N., Mattar S, Garcia J, Conde E, Diaz A. Sexually-transmitted infection in a high-risk group from Monteria, Colombia. Rev Salud Publica 2007;9:86-96.
- 20) Baltazar Reyes M y cols. Prevalence of sexually transmitted infections and associated risk factors among female commercial sex workers in Cuautla, Morelos. Ginecol Obstet Mex 2005;73:36-47.
- 21) Obel N., Reinholdt H, Omland L, Engsig F, Sorensen H, Hansen A. Retriability in The Danish National Hospital Registry of HIV and hepatitis B and C coinfection diagnoses of patients managed in HIV centers 1995-2004. BMC Med Res Methodol 2008; 8:25.
- 22) Aguilar M, Cosson C, Loureiro C y col. Prevalence of infection with hepatitis C virus in Venezuela, as assessed with an immuno-assay based on synthetic peptides. Ann Trop Med Parasitol. 2001;95(2):187-95.
- 23) World Health Organization. Global distribution of hepatitis A, B and C 2001. Weekly Epidemiological Record. 2002;77(6):45-47.
- 24) Monsalve-Castillo F y col. Virus de hepatitis C en poblaciones de riesgo a adquirir la infección. Venezuela Rev. esp. enferm. Dig 2007;99 (6).
- 25) Gholamreza R, Shahryar S, Abbasali K, Hamidreza J, Abdolvahab M, Khodaberdi K, Danyal R, Nafiseh A. Seroprevalence of hepatitis B virus and its co-infection with hepatitis D virus and hepatitis C virus in Iranian adult population. Indian J Med Sci 2007;61:263-8
- 26). Barros H, Miranda H, Silvestre F. Hepatitis C virus antibodies in asymptomatic chronic carriers of hepatitis B surface antigen. Acta Med Port 1994;7:S30-4

- 27). Chu CM, Yeh CT, Liaw YF. Low-level viremia and intracellular expression of hepatitis B surface antigen (HBsAg) in HBsAg carriers with concurrent hepatitis C virus infection. *J Clin Microbiol* 1998;36:2084-6. [+](#)
- 28) Alavian SM, Assari SH, Manzoori-Joybari H. Frequency and risk factors of hepatitis D virus in hepatitis B patients. *Govaresh* 2005;10:21-6
- 29) Müller G; Zabaleta M, Caldera L; Bianco N; Machado I. Hepatitis C en Venezuela: comunicación preliminar. *Gen* 1990;44 (4):336-342.
- 30) Vetencourt R, Vetencourt M..
Epidemiología de las hepatitis virales en Venezuela. *GEN* 1997;51(2):135-40. 1997.
- 31) Terrés-Speziale A. Hepatitis C. Historia natural y estado actual de su manejo. *Rev Mex Patol Clin.* 2003;50(4):179-189.
- 32) Lauer G, Walker B. Hepatitis C virus infection. *N Engl J Med.* 2001;345(1):41-52.
- 33) Bonkovsky H, Mehta S. Hepatitis C: a review and update. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44(2):159-82.
- 34) Perumalswami P, Bini E. Epidemiology, natural history and treatment of hepatitis B virus and hepatitis C virus coinfection. *Gastroenterol Dieto* 2006;52:145-55.
- 35) Machado IV. Respuesta Inmune Celular en el Portador Crónico del Virus de Hepatitis B. Trabajo de Ascenso, Instituto de Inmunología, Facultad de Medicina, UCV, 2003, pp: 1-23.