

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEON**

**FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS
CARRERA DE FARMACIA**



Estrategias Terapéuticas en mujeres embarazadas diagnosticadas con infección de transmisión sexual (ITS), atendidas en los centros de salud Perla María Norori (León) y Roberto Cortés (Chinandega) durante el periodo de Noviembre-Diciembre 2007.

Informe Final para optar al título de Lic.: Químico-Farmacéutico

Autores: Bra. Sorayda Alicia Roa Calderón
Bra. Flor de María Rodríguez Sequeira.
Br. Sidney Enrique Somarriba Medina.

Tutor y Asesor: Dr. Byron Josué Muñoz Antón.
Profesor Titular de Farmacología Clínica
Facultad de Medicina
UNAN-LEON

León, Abril 2008

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

AGRADECIMIENTO

A DIOS, por brindarnos la oportunidad de culminar nuestra carrera y poder así realizarnos como profesionales con valores éticos. Por darnos las fuerzas y la confianza que nos impulsa a ser cada día mejores.

A LA VIRGEN MARIA, por ser nuestra mediadora en todo momento que suplicamos su intercepción ante su hijo.

A NUESTRA FAMILIA, por brindarnos su apoyo incondicional, su amor y comprensión a lo largo de toda la carrera.

A NUESTRO TUTOR Dr. BYRON MUÑOZ ANTON, por su disponibilidad, dedicación, conocimiento y consejos proporcionados para la realización de nuestro trabajo monográfico..

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

DEDICATORIA

Con amor y un cariño muy especial dedico esta monografía:

***A DIOS:** el Rey de los cielos y la tierra, que ha iluminado día a día mi camino, que nos da el amor, fe, esperanza, sabiduría, y el conocimiento necesario que nos ayudo a culminar nuestros estudios. A él por ser el padre, el hermano y el amigo incondicional que me da fuerza cuando más la necesito.*

***A LA MEMORIA DE MIS PADRES: FLOR DE MARJA MAIRENA SEQUEIRA Y PEDRO HUMBERTO RODRIGUEZ,** quienes fueron un gran ejemplo de vida, por el amor que me dieron y los buenos valores que me inculcaron. Gracias por que desde el cielo me siguen cuidando y enviándome todo el amor que necesito. **LOS AMO,** siempre estarán en mi corazón.*

A MIS HERMANAS: JUANA MARIA SEQUEIRA Y MARIA EUGENIA MORALES** que desde pequeña me han dado el cariño, la comprensión y el apoyo tanto económico como emocional. Gracias porque sin ustedes simplemente no hubiese sido posible culminar mis estudios, por estar siempre a mi lado aconsejándome y dándome los mejores ejemplos. **LAS QUIERO MUCHO.

A MI HERMANA: ROSA MARIA RODRIGUEZ SEQUEIRA,** que siempre me ha brindado su apoyo incondicional y por estar a mi lado dándome animo en todo el transcurso de mi carrera. **Gracias.

A MIS AMIGOS:** que me dan ánimo y que han estado conmigo en todo el transcurso de este tiempo hasta llegar alcanzar uno de nuestros grandes sueños que es el ser un profesional, por las experiencias y por los momentos de alegrías que hemos compartidos. **GRACIAS.

***A TODA MI FAMILIA:** por ser ellos mi principal motivo de superación.*

GRACIAS.

FLOR DE MARJA RODRIGUEZ SEQUEIRA

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

DEDICATORIA

Hoy después de tantos esfuerzos dedicación y anhelo de superación he logrado alcanzar uno de mis sueños, al fin hoy es una realidad que solo fue latente gracias a:

A DIOS: el ser supremo que a cada instante ilumino el camino que día a día recorrí, brindándome amor sabiduría, esperanza, paciencia y entrega hasta lograr culminar este sueño, gracias por tu amor padre misericordioso.

A MIS PADRES: Sr. PABLO ENRIQUE SOMARRIBA DIAZ Y Sra. LEYLA MEDINA GUTIERREZ, de manera muy especial a mi madre por ser el impulso mas grandes para culminar mis estudios, por su amor, paciencia, comprensión, sacrificios y apoyo incondicional, por quien agradezco a DIOS a diario la fortuna de tenerla. Te quiero mucho MADRE.

A MIS HERMANOS: Leyla Jazmín, Danny Alexander, Paúl, Bryam Josué, de una manera muy especial a mi hermana Leyla Jazmín por brindarme su apoyo económico e incondicional porque sin ella no hubiese sido posible culminar este sueño. Gracias hermanita.

A MI HIJA Y A MI ESPOSA: Porque ellas dos fueron mi gran motivación y sobre todo de gran ayuda para que pudiera terminar mi sueño. Rosy Dayana Somarriba Paniagua y Diana Maria Paniagua centeno, Gracias, las amo.

A MIS AMIGOS: Por darme ánimos y estar a mi lado en las buenas y en las malas y en los momentos mas difíciles, además compartir el esfuerzo a lo largo de toda la carrera y en la realización de este trabajo.

A TODAS LAS PERSONAS que contribuyeron a la realización de nuestra monografía.

GRACIAS.

SIDNEY ENRIQUE SOMARRIBA MEDINA

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-LEON.

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

DEDICATORIA

A DIOS: por darme el regalo la vida, por permitirme realizar mis estudios brindándome sabiduría, entendimiento y toda la fortaleza necesaria para culminar mi carrera. Por el gran amor que me brinda, por escuchar siempre mis oraciones y de esta manera ayudándome a vencer todos los obstáculos que se presentan en la vida.

A MI MADRE: FRANCIS DEL ROSARIO CALDERON MARTINEZ, por darme amor, cariño, y comprensión. Por sacrificarse tanto trabajando para darnos todo lo que necesite económicamente durante toda la carrera y así poder culminarla.

A LA MEMORIA DE MI PADRE RIGOBERTO ROA OJEDA, por ser una persona muy especial para mí y ser una de mis principales fuentes de inspiración para culminar mis estudios.

A MIS ABUELOS: Sra. SORAYDA MARTINEZ GARCIA Y Sr. RODOLFO CALDERON ULLOA, ya que me han brindado todo su amor y apoyo incondicional durante todo el transcurso de mis estudios y de mi vida. Por ser ustedes mi principal motivo y fuente de superación.

A LA MEMORIA DE MI TIO FRANCISCO CALDERON MARTINEZ, por darme cariño comprensión y ayuda económica siempre que lo necesite. Por ser una persona a la que quise mucho y la llevo presente en mis recuerdos. Por ser una de mis principales fuente de inspiración para seguir con mis estudios a través de los consejos que el siempre me brindaba con mucho cariño para que culminara mis estudios y ser una profesional.

A MI TIA CONYS CALDERON MARTINEZ, por estar siempre al pendiente de mis estudios y brindarme su apoyo económico siempre que lo necesite.

A MI HERMANO RIGOBERTO FRANCISCO ROA CALDERON, por brindarme su comprensión y darme animo durante el transcurso de mis estudios.

A MIS AMIGOS, a los que tanto quiero por brindarme su amistad y apoyo en todo momento.

A TODA MI FAMILIA, por ser ellos mi principal motivo de superación.

GRACIAS

SORAYDA ALICIA ROA CALDERON

RESUMEN

Estrategias Terapéuticas en mujeres embarazadas diagnosticadas con infección de transmisión sexual (ITS), atendidas en los centros de salud Perla Maria Norori (León) y Roberto Cortés (Chinandega) durante el periodo de Nov-Dic 2007.

Rodríguez Sequeira F. Roa Calderón S. Somarriba Medina S. Muñoz Antón B.

Palabras claves: Embarazo, ITS, tratamiento, antibióticos.

El presente estudio se caracterizo por ser de tipo descriptivo y de corte transversal, y esta clasificada según los EUM como un estudio sobre hábitos de prescripción medica, indicación-prescripción, el cual valoró la relación entre un grupo de enfermedades infecciosas (ITS) y la prescripción de antibióticos en mujeres embarazadas con dichas infecciones. Obteniéndose la información de los expedientes clínicos de las pacientes asistentes al CPN, de las cuales 20 paciente cumplieron los criterios de inclusión; Además tiene como objetivo principal evaluar las estrategias terapéuticas empleadas en mujeres embarazadas con infección de transmisión sexual, así como también la eficacia y seguridad de uso del tratamiento utilizado en la población en estudio.

El grupo de pacientes entre las edades de 18 a 25 años resultaron ser el grupo de mayor frecuencia con diagnostico de ITS, los expedientes clínicos demostraron que la patología de mayor prevalencia fue ITS sindromico (siete casos), igual número de casos para *Vaginitis bacteriana* y *Vaginosis con VDRL (+)* (seis casos) y por ultimo *Candidiasis Vaginal* por enfermedades de transmisión sexual (un caso).

El fármaco mas utilizado para la mayoría de los casos fue el antimicótico representativo de la familia de los azoles; Clotrimazol, de uso vaginal. Dentro de los antibióticos empleados se logro observar el uso inapropiado de uno de ellos debido a su ineficacia para tratar estas patologías (Amoxicilina). Respecto a las estrategias terapéutica no farmacológicas utilizadas en estas pacientes se logro determinar que a la mayoría se le brindo información higiénico sanitaria sobre la patología que presentaban y además en algunos casos se le prescribió tratamiento a la pareja que es lo más indicado.

Resulta importante la correcta elección del tratamiento para las mujeres con este tipo de patología, ya que se tiene que vigilar por la salud de la madre y el feto al mismo tiempo y además la erradicación de la infección que puede afectar a ambos. Las recomendaciones de este estudio incluyen contribuir al nivel de atención primaria con el personal de salud en la realización de talleres de educación sanitarias dirigidas a la población vulnerable de contraer infecciones prevenibles, enfatizando la prevención y promoción de la salud en las mujeres embarazadas.

OPINION DEL TUTOR

El suscrito profesor de farmacología clínica y tutor del trabajo monográfico titulado 'Estrategias Terapéuticas en mujeres embarazadas diagnosticadas con infección de transmisión sexual (ITS), atendidas en los centros de salud Perla Maria Norori (León) y Roberto Cortés (Chinandega)' elaborado por:

Bra. Sorayda Alicia Roa Calderón
Bra. Flor de María Rodríguez Sequeira.
Br. Sidney Enrique Somarriba Medina.

Considero que dicho trabajo reúne los requisitos necesarios para ser sometido a evaluación ante el tribunal examinador que la Facultad de Ciencias Químicas asigne y ser defendido con excelencia por los sustentantes antes mencionados.

Los autores del presente estudio demostraron alta capacidad científica, disciplina y perseverancia en la realización de su trabajo de tesis.

Los resultados y conclusiones a la que llegan los autores pueden ser de utilidad como implemento para futuras investigaciones relacionadas al tema de utilización de medicamentos durante la etapa de embarazo, así mismo como servir de referencia para la evolución de estrategias terapéuticas en patologías de gran impacto sanitario como son las ITS.

Dr. Byron Josué Muñoz Antón
Tutor principal farmacología clínica
Facultad de Medicina
UNAN-LEON

León, 14 de abril del 2008.

INDICE

CONTENIDO	PAG.
I. INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTE.....	3
III. JUSTIFICACION.....	5
IV. OBJETIVOS.....	6
V. METODOLOGIA.....	7
Operacionalización de las variables.....	9
VI. MARCO TEORICO.....	11
VII. RESULTADOS.....	37
VIII. DISCUSION.....	47
IX. CONCLUSIONES.....	52
X. RECOMENDACIONES.....	53
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	54
XII. ANEXOS.....	56

I. INTRODUCCION

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se encuentran entre las enfermedades con mayor índice de contagio en todo el mundo (1). En Nicaragua su incidencia ha aumentado en los jóvenes, mujeres embarazadas y de manera general en mujeres y hombres sexualmente activos (mayor incidencia en mujeres menores de 20 años) (2).

Existen diferentes factores que pueden obstaculizar un diagnóstico oportuno de estas infecciones: el costo de las pruebas de laboratorio para su diagnóstico y tratamiento que, para un importante segmento de la población puede resultar inaccesible, y las características socio-culturales de la población que influyen en el éxito de la terapia y la prevención de las complicaciones clínicas (3).

El retardo del inicio de un tratamiento farmacológico y consecuentemente el riesgo de complicaciones clínicas derivadas de las infecciones sumados a factores sociales que como se mencionó anteriormente también podrían obstaculizar una adecuada terapéutica: vergüenza y/o miedo para hablar de temas sexuales considerados tabúes, hábitos sexuales irresponsables (promiscuidad), sexo sin protección etc.

Como puede observarse, el impacto de las ITS involucra aspectos sociales, económicos y biológicos, cuyas consecuencias se reflejan con mayor dramatismo en grupos poblacionales, como adolescentes y embarazadas. En este último grupo poblacional, además de ser considerados prioritarios por parte de autoridades sanitarias es por su naturaleza misma un grupo en el cual se deben considerar situaciones especiales: la presencia del feto que involucra una consideración madre-hijo, cambios en la farmacocinética y farmacodinamia de prácticamente todos los medicamentos, las probabilidades de teratogenicidad y fetotoxicidad, así como consecuencias propias de las ITS durante el embarazo como aborto espontáneos, dolores pélvicos crónicos, partos prematuros, cáncer anogenital, sepsis neonatales, malformaciones congénitas (4)

Todos estos aspectos forman parte de los criterios de uso de medicamentos en mujeres embarazadas y particularmente en mujeres gestantes con ITS. La selección de medicamentos antiinfecciosos debe asegurar una adecuada eficacia y al mismo tiempo una seguridad comprobada teórica y clínicamente en cada paciente enfermo.

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

La OMS-OPS ha propuesto directrices de selección de medicamentos con la finalidad de fomentar el uso racional de medicamentos: evaluación crítica del uso de medicamentos en el embarazo a partir de parámetros de eficacia, seguridad, conveniencia y costo.

La promoción de una educación sanitaria preventiva en todos los grupos poblacionales, la consejería de una sexualidad responsable forma parte de la terapéutica de las mujeres embarazadas con este tipo de infecciones.

II. ANTECEDENTES

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) han pasado a ser con el tiempo una problemática de gran impacto a nivel mundial, según múltiples estudios cada año aparecen nuevos casos de ITS sin excluir el VIH-SIDA (5).

Según el Ministerio de Salud de Nicaragua, solamente a finales del año 2004, existían 40 millones de casos de VIH e ITS en la población mundial, en el cual, 17,6 millones de estos casos se presentaban en mujeres.

La proporción de mujeres entre los infectados está aumentando a nivel mundial, principalmente en mujeres en edad fértil, teniendo como consecuencia el incremento en el número de recién nacidos que contraen el virus a través de sus madres, como en el caso del VIH, problemas dérmicos y otras patologías en el caso de las ITS (cardiopatías, Trastornos neurológicos etc.) (8).

Según un estudio realizado en Nicaragua (Informe de seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA Nicaragua 2005) en el periodo de noviembre del 2004-febrero 2005, indica que las principales ITS que se presentan en mujeres son: Candidiasis, Condilomatosis, Tricomoniasis, Gonorrea y Sífilis. Aunque estas infecciones se presentan en menor proporción en mujeres embarazadas, esto conlleva un gran impacto en ambos grupos, económico, social y cultural de estas.

Además interviene el conocimiento que estas personas tienen acerca de estas problemáticas. Según NICASALUD, en una entrevista realizadas a mujeres entre 15-49 años, el 74.9% admitió por lo menos conocer algunas ITS, además del VIH; entre las mencionadas fueron las infecciones Gonocócicas (67%), Sífilis (63.4%), Condilomatosis (24,14%), Pediculosis (9,4%) y Tricomoniasis (8.4%). Como puede observarse existen pocos estudios relacionados al tema que abordan los aspectos terapéuticos utilizados en estos pacientes y el impacto que tienen estas patologías en la salud de la madre como en el feto y neonato.

Algunos estudios (Enfermedades de transmisión sexual *residentes de Clínica Médica Dres. Willman Antunez y Ana Laura Quijano*) demuestran que las pruebas de laboratorios mas utilizadas para el diagnostico de ITS son el VDRL y por el contrario el PAP y el exudado son menos utilizados como medios de diagnósticos; es de mucha importancia comentar que en algunas mujeres no se realizó ningún tipo de prueba para comprobar el diagnostico clínico (9).

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Cabe destacar que en el mismo estudio, el grupo de medicamentos que más se utilizó para tratar las ITS fueron los antimicóticos de uso vaginal especialmente el Clotrimazol. Dentro de los antibióticos empleados para las ITS destaca el uso inapropiado de algunos de ellos debido a su ineficacia para tratar estas patologías (Amoxicilina y Norfloxacin) (10)

Con respecto a las estrategias terapéuticas no farmacológicas utilizados en estos pacientes se ha logrado determinar que a la mayoría de las pacientes no se le brinda información higiénico sanitaria sobre la patología que presentan, de igual manera no se le realiza ningún control microbiológico ni se le prescribe tratamiento a las parejas siendo estos en su mayoría menores de 19 años.

III. JUSTIFICACION

La gestación involucra además de cambios fisiológicos, nuevas expectativas para la madre respecto al desarrollo del embarazo. El referido desarrollo del embarazo puede complicarse debido a múltiples factores incluyendo desde los psicológicos (violencia intrafamiliar), Patologías agudas o crónicas (enfermedades infecciosas y no infecciosas) que determinan el tipo de pronóstico y la consecuente necesidad de instaurar un tratamiento farmacológico. Dentro de las infecciones que pueden afectar el desarrollo normal del embarazo están las ITS.

Las consecuencias de un embarazo en una mujer infectada con ITS, han sido ampliamente estudiadas, sin embargo en Nicaragua los estudios que relacionan este tipo de infecciones y las estrategias terapéuticas utilizadas en mujeres embarazadas son prácticamente escasos.

Este estudio pretende contribuir al campo de la farmacología y al tipo de estrategias utilizadas en poblaciones especiales como son las mujeres embarazadas.

Además se pretende contribuir con datos fármaco-epidemiológicos con respecto a la frecuencia de este tipo de infecciones en mujeres embarazadas captadas y atendidas a nivel de atención primaria en dos centros de salud del occidente del país: Roberto Cortés (Chinandega) y Perla María Norori (León). A su vez aportar con datos actuales a los profesionales de la salud con respecto a la terapéutica empleada y la relación Indicación-Prescripción (EUM) que garantice un éxito terapéutico con mínimas repercusiones en la población nicaragüense.

IV. OBJETIVOS

Objetivo General

- Evaluar las estrategias terapéuticas utilizadas en mujeres embarazadas con diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS) asistentes al programa de control prenatal (CPN) de los centros de salud Roberto Cortés (Chinandega) y Perla María Norori (León).

Objetivos Específicos

1. Caracterizar la población de estudio respecto a grupo de edad, ocupación, estado civil, edad gestacional, paridad y diagnóstico clínico de ITS.
2. Determinar las estrategias farmacológicas y no farmacológicas utilizadas en la población de estudio.
3. Caracterizar los antibióticos empleados para el tratamiento de las ITS respecto a su seguridad de uso durante el embarazo.

V. METODOLOGIA

El presente estudio se caracterizo por ser descriptivo y de corte transversal y esta categorizado dentro de los estudios de utilización de medicamentos como un tipo de estudio de habito de prescripción medica, específicamente indicación-prescripción, el cual valoro la relación entre un grupo de enfermedades infecciosas (ITS) y la prescripción de antibióticos en mujeres embarazadas con dichas infecciones.

1. Área de estudio

El área de estudio correspondió a los centros de salud: Perla Maria Norori del barrio Guadalupe de León y el centro de salud Roberto Cortes de Chinandega.

El centro de salud Perla Maria Norori tiene una cobertura poblacional de: 29501, dicho centro atiende a los barrios: Emir Cabezas, Brisas de Acosasco, Cheguevara, Laborio, Guadalupe, Sagrario, San Sebastián, Mario Quant, Walter Ferreti, 18 de agosto, Carlos Fonseca y Juan Ramón Sansón.

Al momento de realizar este estudio en el programa CPN (control prenatal) de este centro se reportaron: 258 mujeres embarazadas (ingresos y subsecuente), como pacientes activas que asisten al programa en un promedio diario de atención es de 10 a 15 consultas.

El centro de salud Roberto cortes tiene una cobertura poblacional de: 12624 habitantes dicho centro atiende a los barrios 12 de Septiembre, Calvario, Fe y Alegría, las comunidades del Camado y Belén.

Al momento de realizar este estudio en el programa CPN (control prenatal) de este centro se reportaron: 120 mujeres embarazada (ingresos y subsecuentes) como pacientes activas que asisten al programa en un promedio diario de atención de 15 a 20 consultas.

2. Universo

En la presente investigación se analizaron los casos de mujeres embarazadas en cualquiera de los trimestres de su gestación, que fueron atendidas en los centros de salud correspondientes a las áreas de estudio, dicho número de pacientes correspondieron al universo en cuestión.

3. Muestra

Estuvo constituida por al menos el 50% de las pacientes embarazadas en cualquiera de los trimestres de gestación, con diagnósticos de ITS.

4. Unidades de Análisis

Correspondieron a mujeres embarazadas en cualquiera de los trimestres de gestación con diagnósticos de ITS y que cumpla con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

5. Criterios de inclusión:

1. Mujer embarazada en cualquier trimestre de gestación.
2. Tener diagnóstico definitivo de ITS
3. Ser asistente activa al CPN de los centros en estudio.
4. Mujer embarazada con datos clínicos completos en expedientes.

6. Criterios de exclusión:

1. Mujeres embarazadas que presenten patológicas obstétricas de origen infeccioso, diferente al diagnóstico de ITS.
2. Inasistentes al CPN.
3. Poseer diagnóstico presuntivo o no confirmado de ITS
4. Presentar datos sociodemográficos ambiguos o inexistentes.

7. Recolección de la información

La información para cumplir con los objetivos del estudio fue recolectada por los autores, mediante la revisión de expedientes clínicos en las unidades de análisis estudiadas que cumplen con los criterios de inclusión durante las fechas estipuladas en el cronograma de actividades.

Para tal fin, se elaboro una ficha de recolección de datos especialmente diseñada para responder a los objetivos planteados.

8. Instrumento de recolección de datos

Está dividido en:

- Datos Sociodemográficos.
- Datos Obstétricos.
- Diagnóstico o Situación Clínica.
- Terapéutica

9. Fuente de información

El tipo de fuente de información se considero secundario: recolección de datos a través de expedientes clínicos de los casos involucrados.

10. Análisis Estadísticos:

Los datos fueron almacenados y procesados en una base de datos Dbase IV y el análisis estadístico se realizo mediante tablas de contingencia, utilizando el programa SPSS 9.0 (Statistic pckage for social sciencie).

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

11. Número de paciente:

Como se ha mencionado anteriormente formaron parte de estudio todas las mujeres embarazadas que asistieron al programa de CPN del centro de salud "Roberto Cortes" Chinandega y que cumplieron con todos los requisitos de inclusión anteriormente especificados, no obstante se analizaron los casos de 20 pacientes embarazadas con enfermedades de transmisión sexual.

12. Operacionalización de las variables.

Variable	Definición	Escala	Indicadores
Edad	Es el tiempo de vida de cada paciente en el momento de la investigación.	Años	% Frecuencia
Estado civil	Tipo de unión de pareja de cada paciente.	Casada, soltera, unión libre, otros.	% Frecuencia
Ocupación	Es la tarea o función que usted desempeña en su puesto de trabajo y que puede estar relacionada o no con su profesión.	Profesional, técnica, comerciante, ama de casa, domesticas, otros.	% Frecuencia
Paridad	El numero de hijos nacidos vivos y fetos muertos.	Primigesta, Digesta, Trigesta, Multigesta, Granmultigesta.	% Frecuencia
Trimestre de embarazo o semana de gestación.	Los 3 diferentes periodos que en que se divide el embarazo.	Primero, Segundo, Tercero.	% Frecuencia
Antecedente de uso de antibiótico para ETS.	Utilización de antibiótico para tratar ITS previa a la consulta actual.	Si, No	% Frecuencia
Nombre del antibiótico usado	Nombre del antibiótico que se utilizo para tratar ITS previamente prescrito	_____	% Frecuencia

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Antibiótico	Sustancia qx producida por organismo viviente, capaz de inhibir en pequeñas cantidades los procesos vitales de ciertos microorganismos destruyendo e impidiendo su desarrollo y reproducción.	Si, No	% Frecuencia
Dosis	Cantidad de medicamento que se administra al enfermo.	Mg, g, ml, cc	% Frecuencia
Intervalos	Tiempo transcurrido entre cada dosis.	C/4h, c/6h, c/8h, c/12h, c/24h.	% Frecuencia
Via de administración	Es la vía por la que un medicamento se introduce en el organismo.	Oral, IM, IV	% Frecuencia
Información al paciente	Información dada al paciente sobre la evaluación de su estado de salud y sobre el tratamiento que se le es prescrito.	Si, No	% Frecuencia
Medidas higiénicas	Son las medidas que el paciente toma en cuenta para evitar algún tipo de infección.	Si, No	% Frecuencia
Control microbiológico	Es una medida para evitar la proliferación de microorganismos.	Si, No	% Frecuencia

VI. MARCO TEORICO

1. Introducción

Se entiende por infección de transmisión sexual (ITS) a las infecciones que tienen como punto de partida la relación homo y heterosexual, producidas por varios agentes, algunos de los cuales poseen una especial capacidad de adaptación para multiplicarse en el tracto genitourinario y que originan lesiones locales o bien alteraciones a nivel sistémicos. (6)

Las ITS más frecuentes causadas por microorganismos transmitidos a través de las relaciones sexuales se caracterizan por la aparición o un incremento o flujo uretral y/o vaginal, la presencia de lesiones ulcerosas o Papuloulcerosas o la aparición de verrugas que pueden localizarse en la región genital y en el cuello uterino.

Comúnmente las mujeres propensas a padecer de estas enfermedades, tienen baja calidad de vida, debido a que estas poseen poca o ninguna información sobre las ITS, muchas de estas mujeres son de escasos recursos económicos y que presentan un gran déficit en su situación higiénico-sanitaria e incumplimiento del tratamiento, debido a la pobreza existente que ellas presentan.

Las enfermedades de transmisión sexual constituyen un problema de salud a nivel mundial. Hoy en día, el control de estas infecciones en el embarazo a cobrado un auge creciente, por tales motivos se ha hecho necesario fortalecer las actividades de vigilancia y control de ellas, representando una preocupación en el mundo entero principalmente para los profesionales de la salud y la población en general.

1-Etiología de las ITS de tipo bacterianas:

Entre los principales agentes patógenos transmitidos sexualmente se encuentran

Sífilis (*Treponema pallidum*)

Chancroides (*Haemophilus ducregi*)

Gonorrea (*Neiseria gonorrhoeae*)

Infecciones por clamidias (*Chlamydia trachonatis*)

Entre otras bacterias que causen enfermedades de transmisión sexual se encuentran:

Gardnerella vaginalis (vaginitis inespecífica, vaginitis bacterianas)

Mycoplasma spp.

Urea plasma urelitium

Calymatobacterium granulomatis

Shiguella spp

Cmpylobacter spp
Estreptococo del grupo B

2-Definición y conceptos de ITS

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son todas aquellas infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual, fundamentalmente durante las relaciones sexuales penetrativas de pene o lengua a vagina, ano o cavidad oral. Algunas también son transmitidas de madre a hijo, durante la gestación, el parto o la lactancia, y/o a través del contacto sanguíneo. Su transmisión sexual ocurre cuando se presenta un comportamiento sexual de riesgo, el cual puede definirse como el antecedente de por lo menos un contacto sexual penetrativo sin protección (sin uso de condón) con una persona de la cual se ignora si tiene o no una ITS, o se conoce que la tiene.

Las ITS pueden ser asintomáticas o sintomáticas, alrededor de 5 de cada 10 hombres y 8 de cada 10 mujeres con ITS no desarrollan síntomas. Por eso deben buscarse en toda persona que presente un comportamiento sexual de riesgo, así no presente síntomas. De hecho las ITS son transmitidas usualmente por personas que tienen infecciones asintomáticas o que tienen síntomas que ignoran.

Cuando una ITS es sintomática, se puede manifestar mas frecuentemente como algunos de los síndromes relacionados en la clasificación por síndromes, sin embargo no son las únicas manifestaciones posibles, en general, es importante recordar que así como no toda manifestación en genitales es una ITS, no todas las ITS presentan manifestaciones en genitales. Los periodos de incubación son muy variables para cada síndrome.

Los periodos de transmisibilidad también son variables, e incluyen estados sintomáticos; sin embargo algunas infecciones parecen requerir de lesiones activas.

Los microorganismos causantes de las ITS pueden ser Bacterias, virus, hongos o parásitos. Algunas ITS no muestran signos y síntomas y si lo hacen son poco claros, por lo que se pueden confundir con otras afecciones; lo que dificulta el diagnóstico y retrasa el tratamiento, con lo que se facilita su diseminación.

3-Epidemiología de las ITS a nivel Mundial y Nacional.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), conocidas desde tiempo muy antiguo, se encuentran en la actualidad entre las causas más frecuentes de morbilidad a nivel mundial, y muestra un acelerado crecimiento en las últimas décadas, por lo que sigue siendo un problema persistente en el mundo.

Las ITS constituyen un importante problema de salud pública por su prevalencia alta, su transmisión perinatal, las complicaciones que originan y por el reconocimiento actual de su función facilitadora en la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

En cuanto a cifras, la OMS estima que; a nivel mundial, en 1999 se ha producido en hombres y mujeres de 15 a 49 años 340 millones de nuevos casos de cuatro tipos de ITS curables; Sífilis, clamidias, gonorrea y tricomoniasis, todas ellas de tipo bacterianas.

Entre las ITS producidas por bacterias la que tiene una incidencia mas alta es la infección por clamidia.

Tomando en cuenta la epidemiología a nivel nacional se puede estimar también que en un estudio realizado por el Ministerio de Salud de Nicaragua reporto que (16): El 82.8%(2935) de las mujeres entrevistadas iniciaron vida sexual activa entre los 10-19 años de edad. Como podemos observar existe una tendencia a iniciar vida sexual activa a temprana edad lo que viene a ser un factor de riesgo no solo para VIH sino para otras ITS.

El 78% (2751) eran amas de casa. El 44% (1552) tenían aprobado algún año de secundaria y el 35.5% (1257) primaria.

El 7.4 % reportó haber tenido alguna ITS y dentro de las ITS reportadas figuran Candidiasis 29% (76), Tricomoniasis 17% (45) y Gonorrea con el 14% (37).

4-Embarazo+ITS

Las ITS representan riesgos especiales para las mujeres embarazadas y sus bebés. Estas infecciones pueden causar aborto espontáneo, embarazo ectópico (cuando el embrión se desarrolla fuera del útero, generalmente en una de las trompas de Falopio), parto prematuro (antes de cumplidas las 37 semanas de embarazo), nacimiento sin vida, defectos de nacimiento y enfermedades y la muerte del bebé recién nacido. Lo más frecuente es que el bebé se infecte durante el parto al pasar por un conducto pélvico infectado. Sin embargo, algunas de estas infecciones pueden cruzar la placenta e infectar al feto.

Es importante que una mujer embarazada averigüe si tiene una ITS. Durante una consulta prenatal temprana, es probable que el médico le recomiende la realización de pruebas para diagnosticar alguna de estas infecciones, como la del VIH (el virus que causa el SIDA) y la sífilis.

Algunas ITS pueden curarse con tratamientos con drogas y otras no. No obstante, si una mujer tiene una ITS, por lo general puede tomar algunas medidas para proteger al bebé (11).

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

En las tablas siguientes se muestra las edades gestacionales y/o desarrollo embrionario del bebe (desarrollo de órganos y sistemas) en el cual puede verse afectado su nacimiento y crecimiento (12):

Tiempo de embarazo(en semana)	Desarrollo de órganos y sistemas
Semana 3	<ul style="list-style-type: none">○ comienza el desarrollo del cerebro, corazón y médula espinal○ comienza el desarrollo del tracto gastrointestinal
Semana 4 y 5	<ul style="list-style-type: none">○ formación del tejido que se ha de convertir en las vértebras y algunos otros huesos○ desarrollo posterior del corazón que ahora late a un ritmo regular○ circulación rudimentaria a través de los vasos mayores○ comienza el desarrollo de las estructuras del ojo y del oído○ el cerebro se desarrolla en 5 áreas y algunos nervios craneales se hacen visibles○ las yemas o brotes de brazos y piernas son visibles
Semana 6	<ul style="list-style-type: none">○ la formación de los pulmones○ comienza desarrollo mayor del cerebro○ los brazos y las piernas se han alargado y se pueden distinguir las áreas de los pies y de las manos○ las manos y los pies tienen dedos, pero pueden aún estar adheridos por membranas

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Tiempo de embarazo(en semana)	Desarrollo de órganos y sistemas
Semana 7	<ul style="list-style-type: none"> ○ Se forman los pezones y folículos pilosos ○ Los codos y los dedos d los pis son visibles ○ Todos los órganos esenciales al menos se han comenzado a formar
Semana 8	<ul style="list-style-type: none"> ○ Se presenta rotación de los intestinos ○ Continúa el desarrollo de las características faciales ○ Los papados están mas desarrollados ○ Las características externas del oído comienzan a tomar su forma final

El final de la octava semana marca el comienzo del "período fetal" y el final del "período embrionario".

Tiempo de embarazo (en semanas)	Desarrollo de órganos y sistemas
Semana 9 a12	<ul style="list-style-type: none"> ○ el feto alcanza una longitud de 8,1 cm. (3,2 pulgadas) ○ el tamaño de la cabeza corresponde casi a la mitad del tamaño del feto ○ la cara está bien formada ○ los párpados se cierran y no se vuelven a abrir casi hasta la semana 28

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Semana 9 a 12	<ul style="list-style-type: none">○ aparecen los brotes dentarios para los dientes del bebé○ las extremidades son largas y delgadas○ el feto puede empuñar los dedos○ los genitales aparecen bien diferenciados○ los glóbulos rojos se producen en el hígado
Semana 13 y 16	<ul style="list-style-type: none">○ el feto alcanza una longitud de más o menos 15,2 cm. (6 pulgadas)○ en la cabeza se desarrolla un cabello delgado denominado lanugo○ la piel del feto es casi transparente○ se ha desarrollado más tejido muscular y óseo, y los huesos se vuelven más duros○ el feto hace movimientos activos○ el feto hace movimientos de succión con la boca○ el meconio se produce en el tracto intestinal○ el hígado y el páncreas producen sus secreciones líquidas apropiadas
Semana 20	<ul style="list-style-type: none">○ el feto alcanza una longitud de 20,3 cm (8 pulgadas)○ el lanugo cubre todo el cuerpo○ aparecen las cejas y las pestañas○ aparecen las uñas en pies y manos○ el feto se muestra más activo con mayor desarrollo muscular○ se presentan los "primeros

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Semana 20	movimientos fetales" (la madre puede sentir al feto moviéndose) <ul style="list-style-type: none">○ los latidos cardíacos fetales se pueden escuchar con el estetoscopio
Semana 24	<ul style="list-style-type: none">○ el feto alcanza una longitud de 28,4 cm. (11,2 pulgadas)○ el feto pesa más o menos 0,736 g (1 libra 10 onzas)○ las cejas y las pestañas están bien formadas○ se desarrollan todos los componentes del ojo○ el feto presenta el reflejo prensil y de sobresalto○ se comienzan a formar las huellas de la piel plantar y de la piel palmar○ se forman los alvéolos pulmonares (sacos de aire)

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

<p>Semana 25 a 28</p>	<ul style="list-style-type: none">○ el feto alcanza una longitud de 38 cm (15 pulgadas)○ el feto pesa más o menos 1,200 Kg (2 libras 11 onzas)○ se presenta un desarrollo rápido del cerebro○ el sistema nervioso está lo suficientemente desarrollado para controlar algunas funciones corporales○ los párpados se abren y se cierran○ el sistema respiratorio, aunque inmaduro, se ha desarrollado al punto de permitir el intercambio gaseoso○ un bebé que nazca en este período de desarrollo fetal puede sobrevivir, pero la probabilidad de que se presenten complicaciones y la muerte sigue siendo alta
<p>Semana 29 a 32</p>	<ul style="list-style-type: none">○ el feto alcanza una longitud de más o menos 38 a 43 cm (15 a 17 pulg)○ el feto pesa más o menos 1,900 kg (4 libras 6 onzas)○ se presenta un aumento rápido en la cantidad de grasa corporal○ se presentan movimientos respiratorios rítmicos, pero los pulmones no han alcanzado una madurez completa○ los huesos están completamente desarrollados, pero aún son blandos y flexibles○ el feto comienza con almacenamnto de hierro, fósforo y Ca.

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Tiempo de embarazo (en semanas)	Desarrollo de órganos y sistemas
Semana 36	<ul style="list-style-type: none">○ el feto alcanza una longitud de más o menos 40,6 a 48,6 cm (16 a 19 pulgadas)○ el feto pesa más o menos entre 2,600 y 3 kg (5 libras 12 onzas y 6 libras 12 onzas)○ el lanugo comienza a desaparecer○ se presenta un aumento en la grasa corporal○ la uñas de las manos llegan hasta las puntas de los dedos○ un bebé que nazca en este período de desarrollo tiene una alta probabilidad de sobrevivir, pero podría necesitar algunas intervenciones médicas
Semana 37 a 40	<ul style="list-style-type: none">○ un bebé que llega a la semana 37 de desarrollo se considera de término completo○ el feto puede alcanzar una longitud de 48,2 a 53,34 cm (19 a 21 pulgadas)○ el lanugo persiste solamente en la parte superior de los brazos y de los hombros○ las uñas de las manos se extienden más allá de las puntas de lo dedos○ se presentan pequeñas yemas o brotes mamarios en ambos sexos○ el cabello de la cabeza es más grueso y áspero

Periodo embrionario y Fetales mas Susceptibles a dismorfogenesis

Anomalías causadas por factores ambientales:

Aunque el embrión humano se protege bien en el útero, ciertos agentes ambientales, que se llaman teratógenos, causan alteraciones del desarrollo consecutivos a la exposición materna a los mismos.

Un teratógeno es cualquier agente que produce una anomalía congénita o aumenta la frecuencia de una anomalía en la población. Los factores ambientales como infecciones y fármacos, pueden simular trastornos genéticos por Ej. : Cuando se afecta dos o más niños de padres normales.

En este caso el principio importante es “no todo lo que es familiar es genético” Los órganos y partes de un embrión son más sensibles a los teratógenos durante la diferenciación rápida.

Los factores ambientales causan 7 a 10% de las anomalías congénitas. Como la diferenciación bioquímica es anterior a la morfológica, con frecuencia el periodo durante el cual son sensibles las estructuras o interferencias por teratógenos precede en unos días a la etapa de su desarrollo visible.

Muchos estudios demostraron que ciertas influencias hereditarias y ambientales pueden afectar de manera adversa el desarrollo del embrión, que alteran procesos tan fundamentales como comportamiento intracelular, superficie de la célula matriz extracelular y ambiente fetal; pero hasta la fecha, se carece de una hipótesis fundamental que explique los mecanismos subyacentes.

Se sugirió la posibilidad de que la respuesta celular inicial tome más de una forma (genética, molecular, bioquímica, biofísica), queda por resultado diferentes secuencias de alteraciones celulares (muerte de célula, inducción e interacción celular defectuosa, reducción de biosíntesis de sustratos, deterioros de movimientos morfogenéticos y desorganización mecánica.

Estos tipos diferentes de lesión patológica pueden originar defecto final (muerte intrauterina, anomalías de desarrollo, retraso de crecimiento o trastornos funcionales) a través de una vía común.

En el embrión es un misterio mas de la naturaleza humana y se plantearon mas de 20 hipótesis para la explicación de cómo se desarrolla, los estudios de esta materia han llegado a la conclusión que ciertas influencias hereditarias alteraron el desarrollo ambiental afectando al embrión.

Entre los que afectaron al embrión pueden ser cambios biofísicos o bioquímicos, y se encuentran:

- alteraciones celulares
- muerte de células
- inducción e interacción celular defectuosa

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

-reducción de biosíntesis

-deterioro de movimientos morfogénicos

Estos provocan muerte intrauterina, anomalías de desarrollo, retrasos de crecimiento o trastornos funcionales.

La Teratogenicidad se puede definir como la propiedad de un agente para causar malformaciones en un **feto** en desarrollo. Es un efecto colateral de ciertos fármacos como la talidomida. La teratogenicidad es diferente de la mutogenicidad que causa mutaciones genéticas en células.

La organogénesis es la Fase inicial del crecimiento del **feto**, en la que se forman los principales órganos.

Principios Básicos de la Teratogenesis

Existen tres principios fundamentales

-Periodo Crítico de Desarrollo

-Dosis de fármacos o sustancias químicas

-Genotipo: (Constitución genética) del embrión

Periodo Crítico del Desarrollo:

El periodo mas critico del desarrollo, es cuando se encuentra al máximo la división y diferenciación celulares y la morfogénesis.- El periodo mas critico para el desarrollo del cerebro es de 3 a 16 semanas, aunque posteriormente puede alterarse su desarrollo debido a que este se desarrolla y crece con rapidez al nacer y al cabo de los 2 primeros años de vida. Los teratógenos producen retraso mental durante los periodos embrionarios y fetales.Por ejemplo el alcohol.

Durante las dos primeras semanas después de la fecundación, las alteraciones ambientales pueden causar muerte temprana y aborto espontáneo.

Cada parte tejido u órgano de un embrión tiene un periodo crítico durante el cual pueden producirse alteraciones en su desarrollo. El tipo de anomalía congénita que se produce depende de partes, tejido y órganos más susceptibles al momento de actuar el teratógeno.

Como por ejemplo:

- Los valores altos de radiación producen anomalías en el sistema nervioso central y ojos además de retraso mental.
- El virus de la rubéola causa efectos oculares auditivos y anomalías cardiacas.
- La talidomida produce defectos en miembros sobre todo los superiores.

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Dosis de Fármaco o sustancias Químicas:

Estudios en animales demostraron que existe relación dosis - respuesta para los teratogenos, en cuanto mayor sea la exposición durante la gestación más grave será el efecto genotípico.

Genotipo del embrión:

El genotipo del embrión determina si un agente teratogénico alterara su desarrollo. Saber que ciertos agentes pueden alterar el desarrollo prenatal del humano brinda la oportunidad de evitar algunas anomalías congénitas, por ejemplo:

Drogas, como el alcohol, y sustancias químicas ambientales. Para esto existen pruebas de teratogenicidad de fármacos, sustancias químicas, pesticidas, etc.

Fármacos como Teratógenos:

La teratogenicidad de los fármacos varia mucho, durante la gestación el uso de medicamentos es sorprendentemente alta en las madres embarazadas.

Por lo menos el 2% de las anomalías congénitas depende de drogas y fármacos, y de estos del 7 al 10% de las anomalías es causado por teratógenos reconocibles; tomaremos en consideración algunos de ellos:

-Tabaquismo Materno: Causa el retraso intrauterino, y provoca bajo peso al nacer.

-La Nicotina: Contrae el vaso sanguíneo, lo que reduce el flujo a nivel del útero con la subsiguiente reducción de nutrientes y oxígeno.

-Cafeína: Esta sustancia y la más popular de todas ellas, debido a que se encuentra en una gran variedad de Bebidas.

-El Alcohol: Provoca deficiencias, Retraso mental, también microcefalia, hendiduras palpebrales cortas, pliegues epicantales, pliegues palmares anormales y cardiopatía congénita.

- Andrógenos y Prostagenos: Pueden producir lo que conocemos como Síndrome Vacterl, que se refiere a anomalías vertebrales, anales, cardiacas, traqueoesofagicas, renales y de los miembros.

- Dietilestilbestrol: Agentes teratogenicos que provocan malformaciones congénitas macroscópicamente y microscópicos.

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Antibióticos:

- **Tetraciclinas:** tomadas durante el tercer trimestre del embarazo provocan un descoloramiento de los dientes.
- **Penicilinas:** Se ha utilizado con seguridad tanto en la madre como con el producto sin grandes complicaciones.
- **Anticoagulantes:** existen variable importantes como que la Heparina NO es teratógena, en cambio la Warfarina Si lo es, y puede provocarnos retraso mental, atrofia de nervios ópticos, microcefalia.
- **Anticonvulsivos:** como por ejemplo la trimetadona que nos provoca Retrasos en el desarrollo de las cejas, orejas de implantación baja, paladar y labios hendidos y defectos cardiacos entre otros.
- **Fentoina:** Teratógeno que provoca retraso mental, sutura metopica, reborde de pliegues epicantales internos, trastornos en puente nasal, falanges distales.
- **Ácido Valproico:** Provoca defectos en corazón y tubo neural.

Tranquilizantes:

Talidomida: La talidomida es un teratógeno potente. La epidemia por Talidomida se inicio en 1959. Se estima que casi 12,000 niños nacieron con defectos por talidomida. La característica distintiva del síndrome por talidomida es meromelia, focomelia o miembros similares a una foca. También la Talidomida causo anomalías de otros órganos.

Por ejemplo: La ausencia de oídos externos e internos, hemangioma en la frente, defectos cardiacos y anomalías de aparato urinario y digestivo. La talidomida esta absolutamente contraindicada den mujeres en edad de procrear.

Litio: Es el fármaco de elección en el tratamiento de pacientes con psicosis maniaco-depresiva; no obstante, causo anomalías congénitas del corazón y grandes vaso en niños de madres que recibieron este medicamento al inicio de la gestación.

Sustancias Químicas Ambientales como Teratogenos:

En los últimos años hay cada vez mayor preocupación sobre la posible teratogenicidad de sustancia químicas ambientales, que incluyen contaminantes industriales y sustancia químicas agrícolas, y aditivos de alimentos. No obstante, es evidente que la mayor parte de estas sustancias químicas no es teratógena en Humanos.

Mercurio Orgánico: Los niños de madres cuyas dietas durante el embarazo consiste en pescado con valores anormalmente altos de mercurio orgánico adquieren la enfermedad de Minamata fetal y presentan alteraciones neurológicas y conductuales que semejan la parálisis cerebral.

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

En algunos casos se encuentra un daño cerebral grave, retraso mental y ceguera en niños de madres que recibieron metil mercurio en el alimento. Se considera que el metil mercurio es un teratógeno que causa atrofia cerebral, epasticidad, convulsiones y retraso mental.

Plomo: Este elemento es abundante en sitios de trabajo y en el ambiente, pasa a través de la membrana placentaria y se acumula en los tejidos fetales. Este aumenta el número de abortos, anomalías fetales, retraso de crecimiento intrauterino y déficit funcionales.

Bifenilos Policlorados (BPC): Son sustancias químicas teratógenas que producen retraso de conocimiento intrauterino y cambio de coloración de la piel.

Agentes Infecciosos como Teratógenos:

Durante toda la vida prenatal, el embrión y el feto son amenazados por microorganismos. En casi todos los casos resisten la agresión, en algunos ocurre el aborto u óbito y en otros los niños nacen con un retraso, anomalías congénitas o enfermedades neonatales. Los microorganismos cruzan la membrana placentaria y penetran el torrente sanguíneo fetal.

Rubéola: Este virus es un teratógeno infeccioso. El virus de la rubéola cruza la membrana placentaria e infecta al feto o embrión. Las características usuales del Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) son cataratas, defectos cardiacos y ceguera. Cuanto más temprano ocurre en la gestación la infección materna con rubéola, mayor es el peligro de malformaciones del embrión.

Citomegalovirus (CMV): Es la causa de infección viral más común en el feto. Es mortal cuando afecta al embrión. Pero si la infección es durante el periodo fetal temprano no suelen presentar signos clínicos y se identifican por programas de selección. En el final de la gestación, la infección CMV causa RCIU. Microftalmia, Coriorretinitis, ceguera, microcefalia, calcificación cerebral, retraso mental, etc.

Virus de Herpes Simple (HSV): Aumenta triple la frecuencia de abortos y después de 20 semanas causa un elevado índice de premadurez. Las anomalías congénitas que se observaron en la descendencia incluyen lesiones cutáneas típicas, microcefalia, microftalmia, displasia retiniana y retraso mental.

Varicela: La infección materna por varicela durante los primeros 4 meses de gestación causa anomalías congénitas. (Cicatrices cutáneas, atrofia muscular, hipoplasia de miembros, daño ocular y del cerebro) Después de 20 semanas de gestación aparentemente no hay ningún riesgo teratógeno comprobado.

Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH): Este retrovirus causa síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Algunas de las anomalías congénitas que señalan incluyen, la falta de crecimiento, microcefalia y características craneofaciales específicas. Es probable que la mayor parte de los casos de transmisión del virus de la madre al feto ocurra alrededor de la época de parto.

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Toxoplasmosis: Toxoplasmosis gondii, un parásito intracelular, se encuentra ampliamente difundido. Se llama así por el gondii, un roedor del norte de África en el que se detecto por primera vez el microorganismo. El parásito se encuentra en el torrente sanguíneo, tejidos o células epiteliales.

La infección materna suele adquirirse por:

- Ingestión de carne cruda o mal cocida que contienen quiste de taxoplasma.
- Contacto cercano con animales domésticos infectados (por lo general gatos) o del suelo.

El taxoplasma gondii cruza la membrana placentaria e infecta al feto, lo que origina alteraciones destructivas en cerebro y ojos que causan deficiencia mental. Puede ocurrir la muerte fetal por la infección.

Sífilis Congénita: *Treponema pallidum*, la espiroqueta causal del sífilis, cruza con rapidez la membrana placentario tan temprano como a las 9 a 10 semanas de gestación.

- **Infecciones primarias:** (se adquieren durante el embarazo) casi siempre causan infección fetal y anomalías congénitas importante; sin embargo, el tratamiento adecuado de la madre destruye el microorganismo, lo que evita que cruce la membrana placentaria e infecte al feto.
- **Infecciones Secundarias:** (se adquieren antes del embarazo) rara vez causan enfermedad y anomalías.

Radiación como Teratogeno:

La exposición a **valores altos de radiación ionizante** lesiona las células embrionarias, lo que origina la muerte celular, retraso del desarrollo mental y crecimiento físico. Con anterioridad de manera inadvertida se administraron grandes dosis de radiación ionizante en embriones y fetos de mujeres embarazadas con cáncer de cuello uterino. En todos los casos el embrión tuvo malformaciones graves o murieron.

Campos Electromagnéticos: No se ha comprobado que hay problemas por la exposición a campos electromagnéticos de frecuencia baja.

Ondas Ultrasónicas: Se usa el ultrasonido durante el embarazo para el diagnóstico fetal. Las investigaciones señalan que los beneficios de los ultrasonidos son más importantes que los riesgos, si es que hay, pero existe cierta inquietud acerca de algunos problemas que podría haber por exámenes repetitivos al feto.

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Factores Maternos como Teratógenos:

En ocasiones, enfermedades maternas originan un riesgo mayor de anomalías en la descendencia. La diabetes mellitus mal controlada con la hiperglucemia y cetosis persistentes, en particular durante la embriogénesis, aumenta de 2 a 3 veces la frecuencia de defectos del nacimiento (13).

Teratogenicidad causada por muchos factores

Principios básicos para el desarrollo o aparición de la Teratogénesis:

Existen tres principios fundamentales;

- Periodo crítico de desarrollo
- Dosis de fármaco o sustancias químicas
- Genotipo: (constitución genética) del embrión

Categoría de riesgos según la teratogenicidad de medicamentos:

La teratogenicidad de los medicamentos, se ha clasificado en 5 categorías;

Categoría A	Sin riesgo para el feto
Categoría B	1. Los estudios en animales no han demostrado riesgos fetales, pero no se han efectuado estos estudios en humanos. 2. Los estudios en animales han descubierto ciertos riesgos que no fueron confirmados en estudios de control humano.
Categoría C	1. Estudios efectuados en animales han revelado efectos adversos en el feto y no se han realizado estudios de control adecuados en mujeres. 2. No se han llevado a cabo estudios ni en mujeres ni en animales.
Categoría D	Incluye drogas, que en experimentos humano han demostrado asociación con efectos al nacimiento, pero que los beneficios de la droga, puede ser aceptable a pesar de su riesgo conocido. Una droga de la categoría D, debe ser usada en una situación con riesgo de muerte o una enfermedad para la cual no se dispone a otra droga. Ejemplo: yodo radioactivo.
Categoría X	Incluye drogas, en la que se han demostrado anomalías fetales en humanos o n animales y cuyo riesgo potencial supera visiblemente los beneficios potenciales, dichas drogas están definitivamente contraindicadas durante el embarazo.(15)

5-Principales enfermedades de transmisión sexual

SIFILIS

Definición: Es una enfermedad infecciosa subaguda a crónica causada por un organismo que se presenta en la corriente sanguínea durante las relaciones sexuales y puede atacar todo el cuerpo.

Etiología: Es producida por la espiroqueta *treponema pallidum* suele transmitirse por contacto sexual, de una tensión cutánea a la superficie mucosa la infección rápidamente se torna sistémica.

Presentación clínica: Se caracteriza por una lesión cutánea primaria; una erupción secundaria que afecta a la piel y a las mucosas; por largo periodos de latencia y por lesiones tardía de la piel, huesos, vicerias, SNC y sistema cardiovascular.

1. Sífilis temprana: Comprenden los estudios primarios, secundarios y latentes precoces. La sífilis tardía se refiere a la sífilis latente tardía y a la sífilis terciaria gomática, neurológica y cardiovascular.

- a. Sífilis primaria: Se caracteriza por el desarrollo de una ulcera o chancro duro o indoloro en el sitio de infección o inoculación; generalmente es único y puede presentarse en los genitales, en la boca o en el ano; son posibles las lesiones primarias atípicas
- b. Sífilis secundaria: Es una enfermedad sistémica que aparece después de la diseminación hematógena en el organismo; ocurre después de seis semanas a seis meses de aparición de la lesión primaria.

2. Sífilis latente: Es la infección se sigue a un estadio secundario no tratado y puede durar de dos a veinte años.

- a. Sífilis latente precoz: Es la infección de menos de un año de duración; suele ser asintomático y cuando presenta síntomas, estos incluyen exacerbaciones de la sífilis secundaria en la que las lesiones mucocutaneas son infecciosas.
- b. Sífilis latente tardía: Es la infección de más de un año de duración no se transmite por vía sexual, sin embargo la espiroqueta puede infectar al feto a través de la placenta.

3. Sífilis terciaria: Aparece en más de un tercio de los pacientes no tratados, o tratados de forma inadecuados.

Tratamiento farmacológico de primera elección:

- Sífilis temprana (primaria, secundaria o latente precoz menor de un año):

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Penicilina G benzatinica 2.4 millones de unidades por vía IM dosis única o penicilina G procainica 1.2 millones de unidades por vía IM al día durante 10 días.

- Sífilis tardía (mas de un año de duración, latente, gomatosa, cardiovascular):
Penicilina G benzatinica 2.4 millones de unidades por vía IM a la semana durante 3 semanas o penicilina G procainica 1.2 millones de unidades por vía IM al día durante 20 días.

- Neurosífilis:
Penicilina G cristalina de 3 a 4 millones de unidades por vía IV cada 4 horas o penicilina G cristalina de 18 a 24 millones de unidades por infusión continua durante 10 a 14 días.

- Congénita:
Penicilina G cristalina 50.000 unidades por Kg por vía IV cada 8-12 horas durante 10 a 14 días o penicilina G procainica 50.000 por kg por vía IM al día durante 10-14 días.

Tratamiento farmacológico alternativo:

- Sífilis temprana(primaria, secundaria o latente precoz menor de 1 año):

Doxiciclina 100mg PO cada 12 horas durante 14 días.

- Sífilis tardía(mas de 1 año de duración, latente, gomatosa, cardiovascular):

Doxiciclina 100mg PO cada 12 horas durante 4 semanas.

- Neurosífilis:

Penicilina G procainica 2.4 millones de unidades por vía IM al día mas probenecid 500mg cada 6 horas PO, ambos fármacos durante 10-14 días o ceftriaxona 2g por vía IV al día durante 10-14 días.

Las mujeres embarazadas con historia de reacción alérgica a la penicilina deben someterse a una desensibilización a la penicilina, seguida por un tratamiento adecuado con penicilina. Los bebés que nazcan con esta enfermedad deberán recibir tratamiento diario con penicilina durante diez días.

Efecto de la sífilis sobre el embarazo:

La sífilis congénita se adquiere después de los primeros meses de embarazo. La enfermedad puede manifestarse de la siguiente forma:

- Infección grave que lleva a la muerte intrauterino.
- Anomalías congénitas que pueden ser obvias ya desde el nacimiento.

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

- Infecciones silentes que pueden no ser evidente hasta los dos años de edad (malformaciones faciales y de los dientes).

VAGINOSIS BACTERIANA

Definición: Es un síndrome clínico que se origina por el reemplazo del *Lactobacillus* spp. Productor del peróxido de hidrógeno normal, por altas concentraciones de bacterias anaerobias como *Gardnerella vaginalis* y el *Micoplasma hominis*, que originan una infección endógena del tracto genital femenino.

Presentación clínica: La principal manifestación clínica es la secreción vaginal abundante de color blanco grisácea, con mal olor o fétida que se acompaña en ocasiones de prurito. La secreción fétida con olor pescado es debida a la presencia de aminas y este mal olor se percibe aun más al agregar a la secreción una gota de hidróxido de potasio al 10%.

Tratamiento farmacológico de primera elección:

- Vaginosis bacteriana:
Metronidazol 500mg por vía oral cada 12 horas durante 7 días, o Metronidazol en gel 0.75% 1 aplicador completo (5g) por vía intravaginal una o dos veces al día durante 5 días o Clindamicina crema al 2% 1 aplicador completo (5g) por vía intravaginal al acostarse durante 3-7 días.
- Vaginosis bacteriana en el embarazo:
Metronidazol 200-250mg por vía oral cada 8 horas durante 7 días.

Tratamiento farmacológico alternativo:

- Vaginosis bacteriana:
Metronidazol 2g por vía oral dosis única, Metronidazol 750mg por vía oral un vez al día durante 7 días, Clindamicina un óvulo de 100mg por vía intravaginal al acostarse durante 3 días o Tinidazol 1g por vía oral durante 5 días.
- Vaginosis bacteriana en el embarazo:
Metronidazol 2g por vía oral dosis única, Clindamicina 300mg por vía oral cada 12 horas durante 7 días o Metronidazol gel al 0.75% 1 aplicador completo (5g) por vía intravaginal dos veces al día.

Efecto de la Vaginosis bacteriana sobre el embarazo:

En la mujer embarazada la Vaginosis bacteriana esta asociada a ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer, corionamnionitis, parto prematuro, endometritis posparto e infección de herida quirúrgica potcésarea.

CHANCROIDE

Definición: Es una infección producida por una bacteria el *Haemophilus ducrey*, un bacilo anaerobio facultativo gramnegativo.

Presentación clínica: Se caracteriza por la presencia de ulcera de la región genital. Estas lesiones ulcerosas de bordes socavados, se acompaña de adenitis inguinal unilaterales forma de bubón inoculado, fluctuantes y dolorosos. Se diferencia del chancro sifilítico por la presencia de dolor y la falta de inoculación.

Tratamiento farmacológico de primera elección:

Ciprofloxacina 500mg PO cada 12 horas durante 3 o eritromicina base 500mg por PO cada 6 horas durante 7 días.

Tratamiento farmacológico alternativo:

Azitromicina 1g PO dosis única o ceftriaxona 250mg por vía IM dosis única.

La ciprofloxacina esta contraindicada durante el embarazo y no se recomienda su uso en niños y adolescente.

Efecto del chancroide sobre el embarazo:

La repercusión de esta enfermedad en el embarazo es incierta, excepto cuando está asociada al SIDA. Hay riesgo de infección en el recién nacido en los partos vaginales o en el caso de rotura prematura de bolsa, siendo esta última causa de infección ocular en el bebé.

CANDIDIASIS VAGINAL

Definición: Es una infección que provoca inflamación de la vulva, la vagina, el glande o el prepucio causad en la mayoría de los casos por un hongo llamado Candida albicans que forma parte de la flora normal de la vagina.

Presentación clínica: La principal manifestación clínica en la mujer es el prurito intenso que en ocasiones se extiende a la región vulvar y región inguinal vecinas, también se presenta eritema y secreción vaginal blanca con aspecto de leche cortada que no tiene mal olor y resalta sobre la mucosa vaginal enrojecida, se acompaña de ardor intenso, particularmente si hay maceración y excoriación de la piel por el rascado; en ocasiones cursa con dispareunia y ardor a la micción.

En los labios menores se puede observar eritema, edema y excoriación. Las manifestaciones clínicas se pueden agravar antes de la menstruación y ser refractarias

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

durante el embarazo. La afección amplia en la piel adyacente a la vulva puede sugerir un problema metabólico subyacente como la diabetes mellitus.

Tratamiento farmacológico de primera elección:

Clotrimazol dos óvulos o tabletas vaginales de 100mg una vez al día durante 3 días, Miconazol crema al 2% (5g) un aplicador intravaginal, una vez al día durante 7 días, o Clotrimazol un tableta vaginal de 500mg, dosis única, o Fluconazol 150mg por vía oral, dosis única.

Tratamiento farmacológico alternativo:

Nistatina una tableta 100,000 UI una ves al día durante 14 días, o Clotrimazol un óvulo o tableta vaginal de 100mg una vez al di durante 7 días, o Miconazol un óvulo o tableta vaginal de 100mg una vez al día durante 7 días.

Efecto de la Candidiasis vaginal sobre el embarazo:

No, la Candidiasis vaginal no dañará ni afectará a tu bebé durante el embarazo. No obstante, si tienes una infección durante el momento del parto, existe la posibilidad de que el bebé la contraiga. Si la contrae, pueden salirle hongos del género *candida* en la boca, lo que se conoce como Candidiasis bucal.

GONORREA

Definición: Es una enfermedad bacteriana ocasionada por un diplococo gramnegativo llamada *Neisseria gonorrhoeae*, que puede atacar la uretra, el pene del hombre y el cuello del útero en la vagina de la mujer así como el recto y la garganta.

Presentación clínica: Produce una reacción local inflamatoria, con exudado muco purulento en la mucosa del tracto genitourinario sobre todo la mucosa de la uretra.

Tratamiento farmacológico de primera elección:

- Gonorrea uretral, cervical, rectal o faringea:
Ceftriaxona 125mg IM dosis única o cefixime 400mg PO dosis única o espectinomycinina 2g por vía IM dosis única.
- Infección gonococcica durante el embarazo:
Ceftriaxona 125mg por vía IM dosis única.
- Infección gonococcica diseminada:
Ceftriaxona 1g IM o IV una ves al día durante 7 días o espectinomycinina 2 g por vía IM cada 12 horas durante 3 a 7 días.

Tratamiento farmacológico alternativo:

- Gonorrea uretral, cervical, rectal, o faringeo:
Ciprofloxacina 500mg PO dosis única o cefpodoxina 400mg PO dosis única o ofloxacina 400mg PO dosis única o levofloxacina 250mg PO dosis única.
- Infección gonocócica durante el embarazo:
Cefixime 400mg PO dosis única.

La ciprofloxacina y la ofloxacina están contraindicadas durante el embarazo.

Efecto de la gonorrea sobre el embarazo:

La gonorrea es una enfermedad que puede provocar ceguera, infección en las articulaciones y una infección sanguínea potencialmente mortal en el bebe.

INFECCION POR CLAMIDIAS

Definición: Es una infección genitourinaria producida por un microorganismo llamado *Chlamydia trachomatis*.

Presentación clínica: La principal manifestación clínica es la uretritis y/o cervicitis que son prácticamente indistinguibles de las de la gonorrea e incluyen una secreción opaca mucopurulenta en cantidad moderada o escasa acompañada de prurito y de disuria.

Tratamiento farmacológico de primera elección:

- En la uretritis, cervicitis, conjuntivitis o proctitis por clamidias:
Doxiciclina 100 por vía oral cada 12 horas durante 7 días o Azitromicina 1g por vía oral dosis única.
- En infección por clamidias durante el embarazo:
Eritromicina Base 500mg por vía oral cada 8 horas durante 7 días.

Tratamiento farmacológico alternativo:

- En la uretritis, cervicitis, conjuntivitis o proctitis por clamidias:
Ofloxacina 300mg por vía oral cada 12 horas durante 7 días o Eritromicina base 500mg por vía oral cada 6 horas durante 7 días o levofloxacina 500mg PO una dosis diaria durante 7 días.
- En infección por clamidias durante el embarazo:
Azotromicina 1g por vía oral dosis única.

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

La doxiciclina y otras tetraciclinas están contraindicadas durante el embarazo y la lactancia por que atraviesan la placenta y se acumulan en el tejido óseo y dientes del feto o del recién nacido.

Las quinolonas (ofloxacina, ciprofloxacina, difloxacina) son muy efectivas pero también están contraindicadas durante el embarazo porque pueden causar lesiones cartilaginosas.

El estolato de eritromicina esta contraindicado en el embarazo, porque solo debe administrarse la eritromicina base o el etilsuccinato de eritromicina.

Los macrolidos (eritromicina, roxitromicina y claritromicina) son muy efectivos contra esta bacteria y puede usarse durante el embarazo, lactancia y en periodo neonatal:

La eritromicina debe ingerirse con el estomago lleno.

Efectos de infección por clamidias sobre el embarazo:

Las infecciones por clamidias durante el embarazo, como la endometritis puede ser causa de aborto, o de infección del liquido amniótico y rotura prematura de bolsa provocando partos prematuros.

El recién nacido puede infectarse en el momento de parto al atravesar el canal del parto, en los casos que la madre este infectada puede provocar conjuntivitis, nasofaringitis o también neumonía en el bebe.

TRICOMONIASIS

Definición: Es una infección vaginal o uretral producidas por un parásito protozoario llamado *Trichonoma Vaginalis* que se transmite casi exclusivamente por vía sexual sistemática o asintomático.

Presentación clínica: La leucorrea persistente en la mujer y la uretritis en el hombre es la principal manifestación clínica de la infección. La leucorrea se caracteriza por ser abundante, espumosa, de color blanco amarillento o verdoso, de mal olor y casos graves fétido. Tiende a empeorar después de la menstruación y en el embarazo puede ir acompañado de prurito vulvar y disuria.

La infección asintomática es frecuente, especialmente en la mujer. Las infecciones oculares en adultos se adquieren por auto inoculación a partir de los genitales infectados o por contacto oculogenital.

Tratamiento farmacológico de primera elección:

- En tricomoniasis Vaginal :
Metronidazol 2g por vía oral dosis única o tinidazol 2g por vía oral dosis única.

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

- En Tricomoniasis Uretral:
Metronidazol 400-500mg por vía oral cada 12 horas durante 7 días o Tinidazol 500mg por vía oral cada 12 horas durante 5 días.

Tratamiento farmacológico Alternativo:

- En tricomoniasis Vaginal:
Metronidazol 400-500mg por vía oral cada 12 horas durante 7 días o Tinidazol 500mg por vía oral cada 12 horas durante 5 días.
- En Tricomoniasis Uretral :
Metronidazol 400-500mg por vía oral cada 12 horas durante 7 días o tinidazol 500mg PO cada 12 durante 5 días.

El Metronidazol suele considerarse contraindicado durante el primer trimestre de embarazo.

Efectos de la tricomoniasis sobre el embarazo:

En la mujer embarazada, la tricomoniasis vaginal se ha asociado a una ruptura prematura de membranas, parto prematuro, y bajo peso al nacer.

Los recién nacidos adquieren la infección ocular durante su paso por el canal del parto infectado y los lactantes presentan riesgo de desarrollar neumonía por *C. trachomatis*.

VAGINITIS BACTERINA:

Definición: Es una inflamación de la vagina causada por organismos minúsculos que puede transmitirse durante las relaciones sexuales. Se trata de procesos sépticos no invasivos localizados en vagina y vulva que tiene en común la existencia de leucorrea acompañada de prurito y ardor y en ocasiones de dispareunia. En la mayoría de los casos es causado por un desequilibrio de la flora normal de la vagina en el que participan fundamentalmente *Gardnerella vaginalis* y otros microorganismos anaerobios.

Los factores más importantes son:

- pH vaginal
- Tipo de flora
- La presencia o no de lacto bacilos de Doderlein

Presentación clínica: El síntoma principal es una secreción que suele denominarse leucorrea. Durante el ciclo normal existen variaciones conocidas en esta secreción. Durante los días premenstruales y postmenstruales el flujo es lechoso y puede aparecer en forma de pequeños turronecillos blanquecinos de "material". Hacia la mitad del

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

ciclo, predomina el moco cervical y la secreción es transparente y líquida. Además de secreción, la paciente se queja de irritación y prurito vulvar.

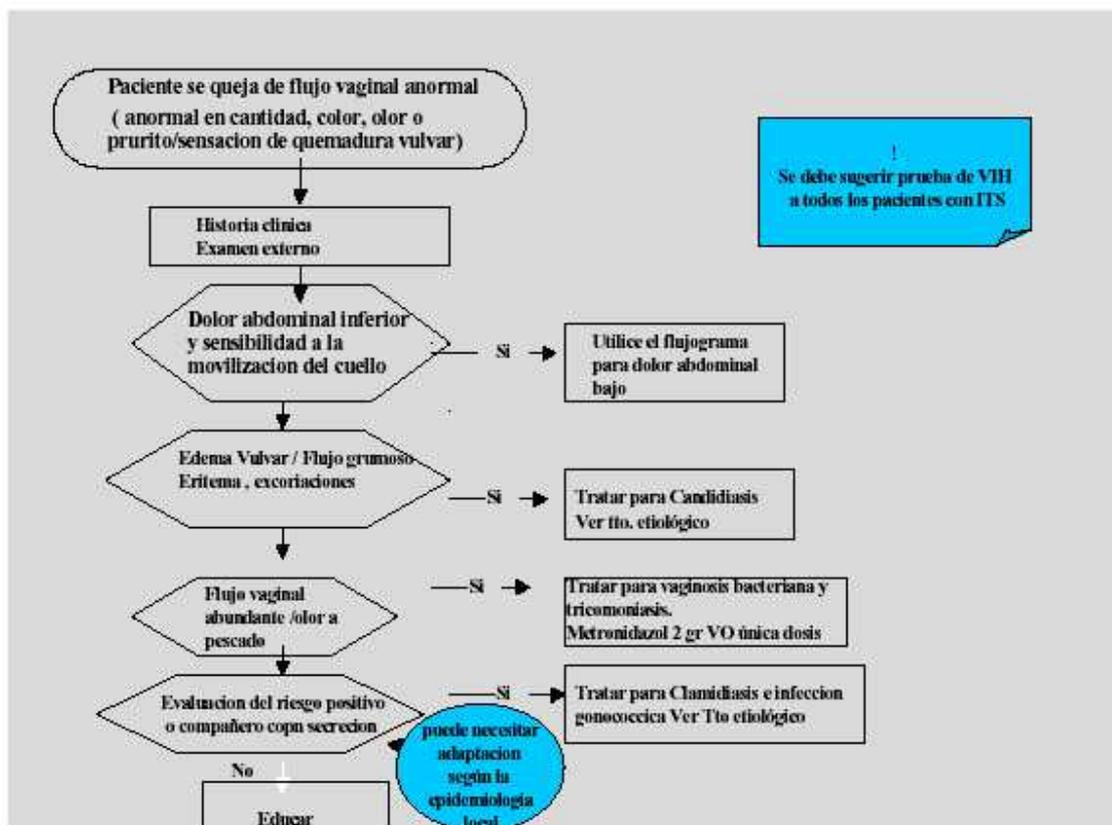
Tratamiento farmacológico de primera elección:

Metronidazol 500 mg 2 veces al día durante 7 días.

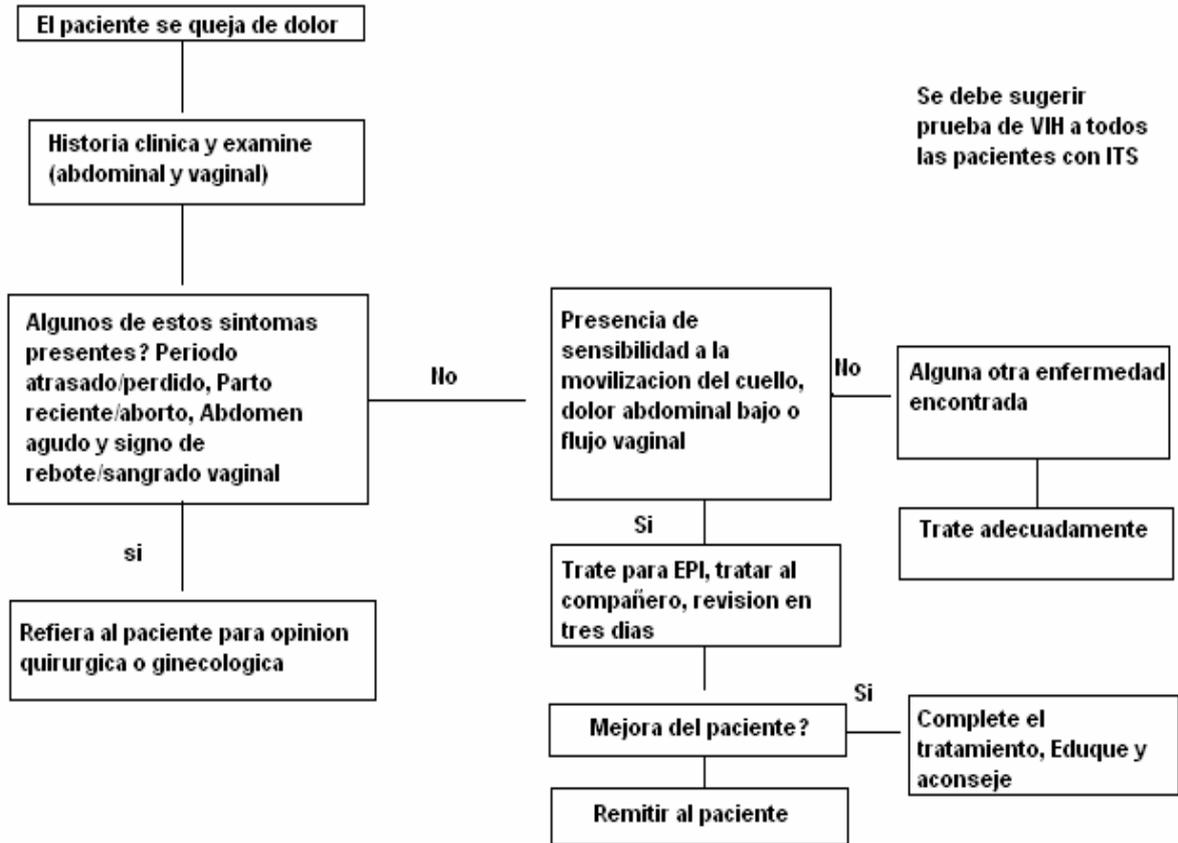
Efecto de la vaginitis bacteriana sobre el embarazo:

En el embarazo la vaginitis se ha asociado a una ruptura prematura de la membrana, el inconveniente con esta infección es que puede ser responsable de generar contracciones uterinas y en consecuencia desencadenar un parto prematuro.

FLUJOGRAMA DEL MANEJO SINDROMICO DE LAS ITS (TOMADO DE INFORME DE SEGUIMIENTO DE LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO SOBRE ITS-VIHSIDA NICARAGUA 2005).



Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

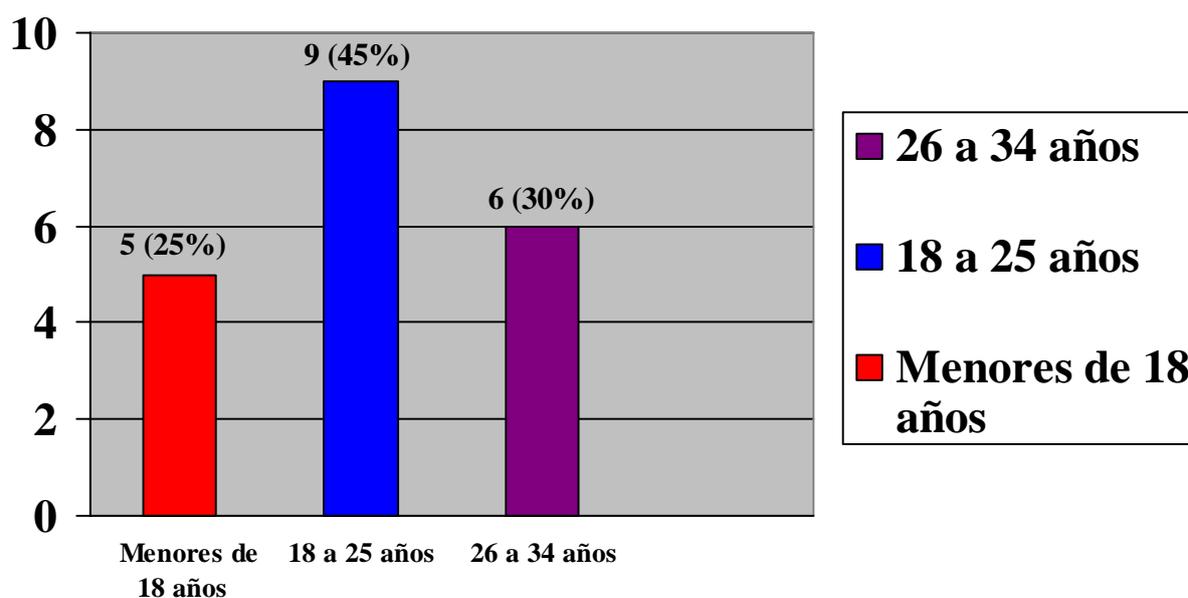


VII. RESULTADOS

Los resultados se obtuvieron a partir de los datos recolectados de los expedientes clínicos de 119 mujeres embarazadas que asistieron a los centros de salud "Perla Maria Norori" del municipio de León y "Roberto Cortez" del municipio de Chinandega, integradas al Programa de Control Prenatal (CPN); de los cuales se pudieron detectar y analizar 20 casos de pacientes embarazadas en cualquier trimestre de la gestación que fueron atendidas y diagnosticadas con enfermedades de transmisión sexual (ETS) en dichos centros durante el periodo en estudio.

El grupo de edad de las mujeres en estudio con mayor frecuencia de casos fueron las de 18 a 25 años con un porcentaje de 45%, seguido del grupo de 26 a 34 años con un 30% y finalmente las de menor porcentaje las mujeres menores de 18 años con un 25%.

Grafica N1. Grupos de edad de las pacientes embarazadas con ITS participantes del estudio.

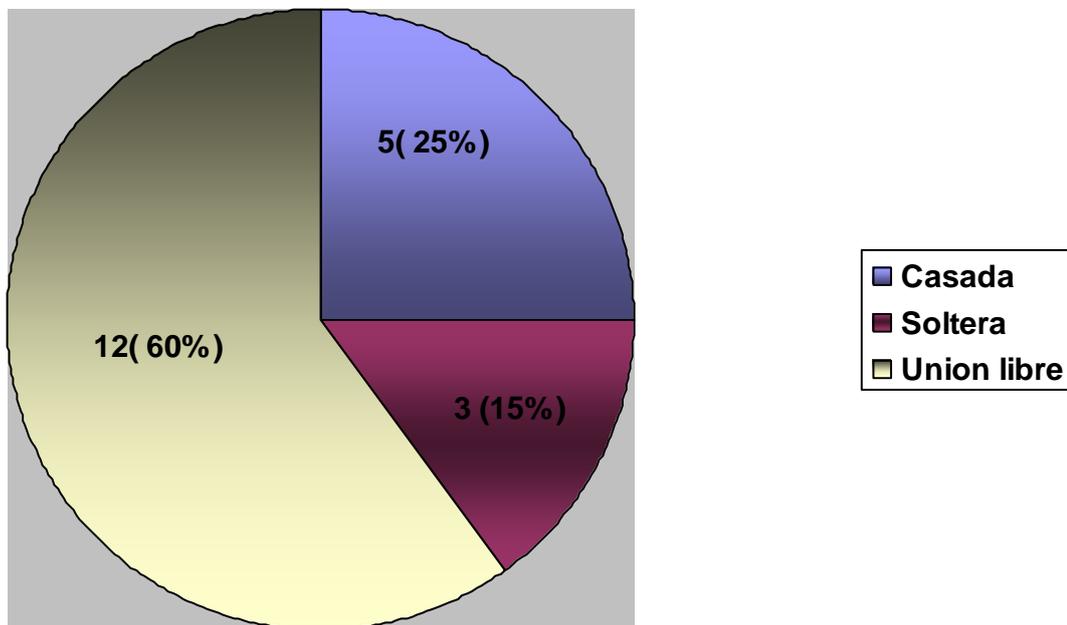


Fuente: Expedientes clínicos c/s Perla Maria Norori (León) Roberto Cortés (Chinandega)

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

En relación al estado civil de las mujeres embarazadas con ETS, se encontró que el porcentaje mas alto corresponde a las mujeres en unión libre con 55%, seguido de las mujeres casadas con 25%, un tercer lugar las mujeres solteras con un 15 % y otros con un 5%.

Grafica N.2 Estado civil de las pacientes con ITS

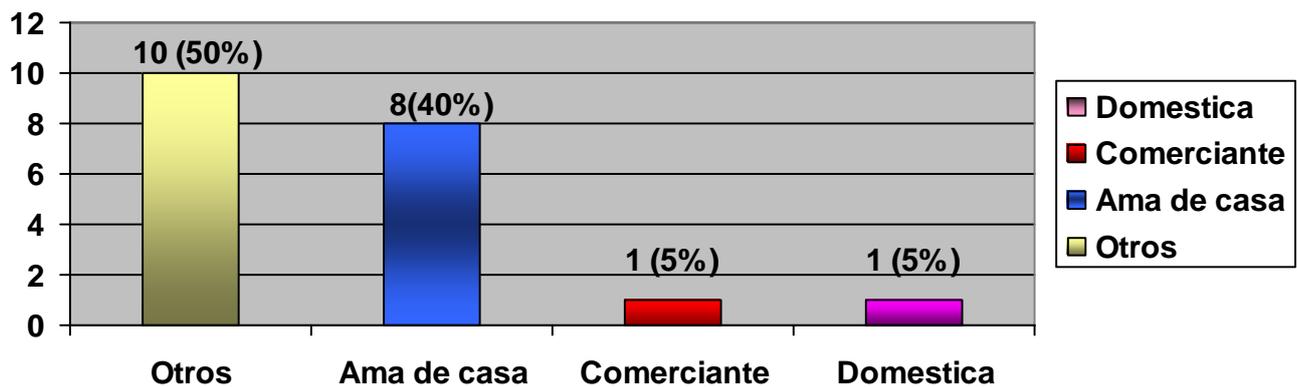


Fuente: Expedientes clínicos c/s Perla Maria Norori (León) Roberto Cortés (Chinandega)

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Con respecto a la ocupación de las mujeres en estudio, los de mayor porcentaje fueron otros tipos de ocupación (no especificado) con un 50%, las mujeres Ama de casa representaron el 40%, luego con un mismo porcentaje las comerciantes y domesticas con un 5% respectivamente.

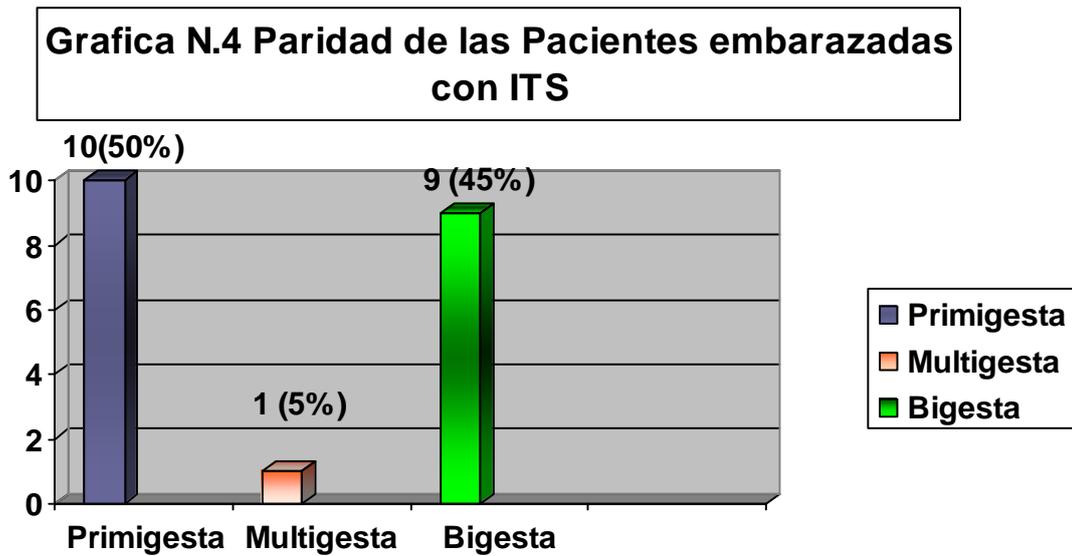
Grafica N.3 Ocupacion de las pacientes embarazadas con ITS



Fuente: Expedientes clínicos c/s Perla Maria Norori (León) Roberto Cortés (Chinandega)

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

La paridad de las mujeres en estudio en su mayoría reportaron ser primigestas con un 50%, seguido de las mujeres Bigesta con un 45% y solo un caso reporto ser multigesta con un 5%.

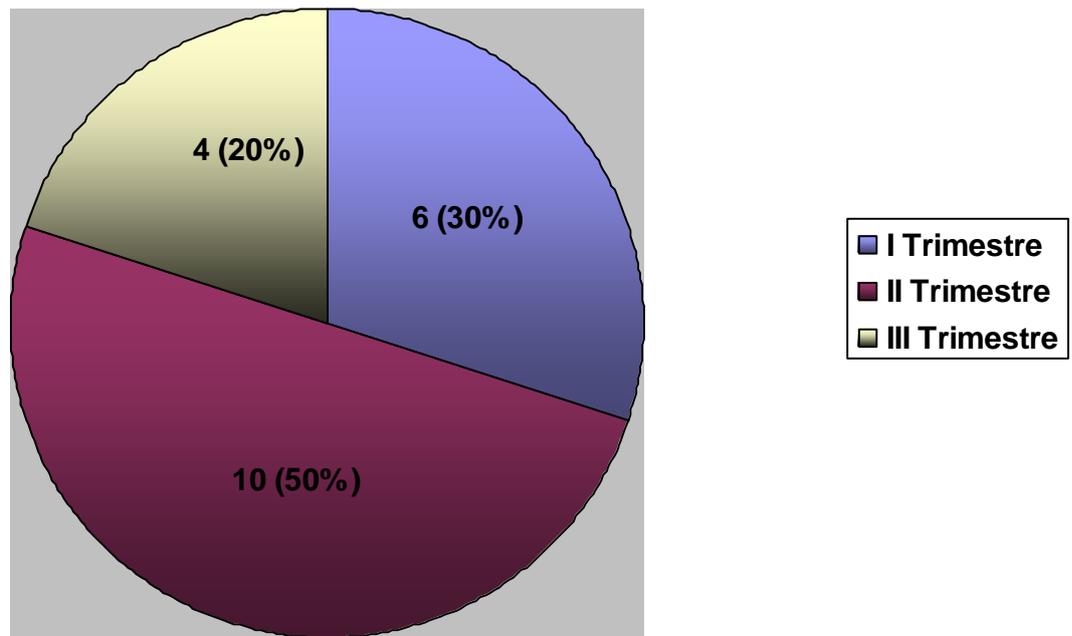


Fuente: Expedientes clínicos c/s Perla Maria Norori (León) Roberto Cortés (Chinandega)

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

En relación al trimestre de gestación se encontró que en su mayoría estaban en el II trimestre de embarazo con un 50%, en el I trimestre 6 mujeres con un 30% y por ultimo en el III trimestre 4 mujeres con un 20%.

Grafica N.5 Trimestre de embarazo de las mujeres embarazadas con ITS

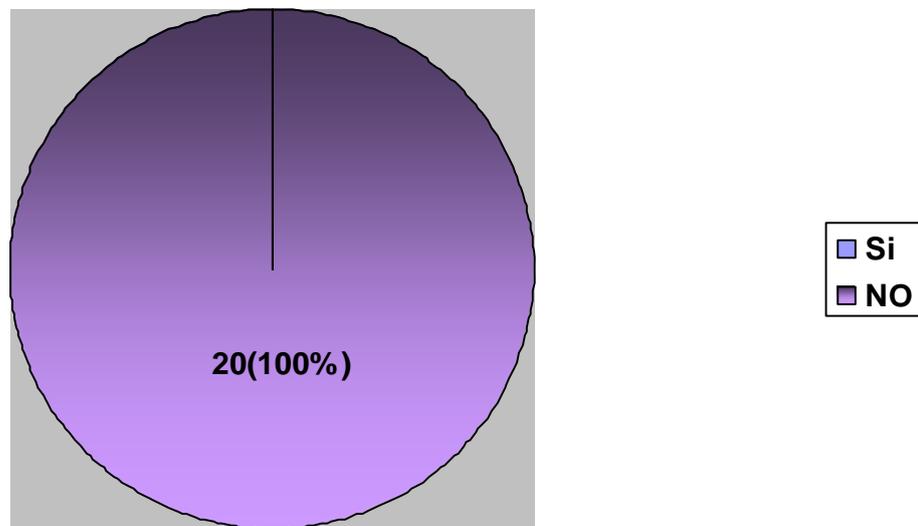


Fuente: Expedientes clínicos c/s Perla Maria Norori (León) Roberto Cortés (Chinandega)

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Con relación al antecedente de uso de antibióticos por parte de las embarazadas captadas con ETS, el 100% asegura que No habían utilizado ningún antibiótico.

Grafica N.6 Antecedentes de uso de antibiotico para ITS

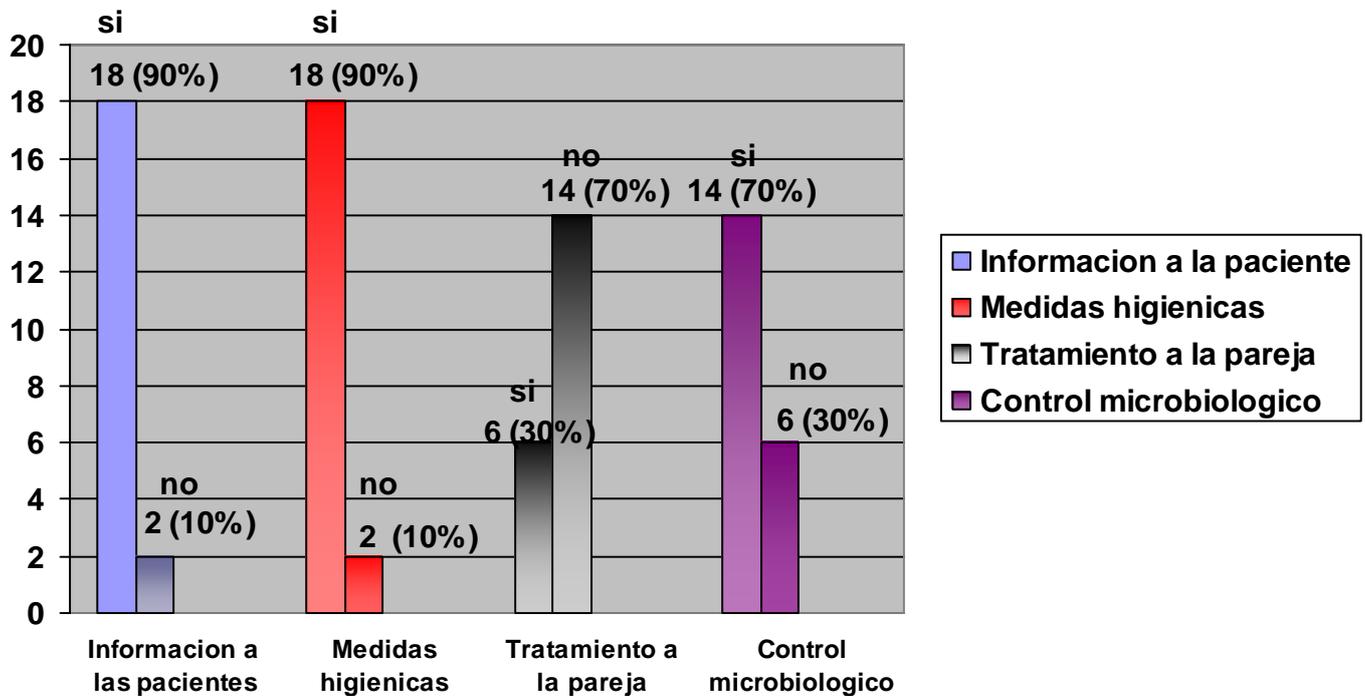


Fuente: Expedientes clínicos c/s Perla Maria Norori (León) Roberto Cortés (Chinandega)

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Con respecto a las estrategias no farmacológicas brindadas en el centro, los análisis declaran que al 90% de las pacientes detectadas se le brindo información acerca del problema, en igual porcentaje (90%) fueron orientadas con medidas higiénicas, además el 70% de las pacientes embarazadas se les brindo un control microbiológico y en un 30% se le dio tratamiento a la pareja.

Grafica N.7 Estrategias no farmacologicas empleadas en las mujeres embarazadas con ITS



Fuente: Expedientes clínicos c/s Perla Maria Norori (León) Roberto Cortés (Chinandega)

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Tabla N°1. Trimestre de embarazo según la paridad.

Se encontró que dentro de las embarazadas diagnosticadas con ETS se presentaron 10 pacientes primigesta para un porcentaje de 50% de las cuales 3 se encontraron en el primer trimestre de embarazo, 5 en el segundo trimestre y 2 en el tercer trimestre respectivamente, con respecto a las embarazadas bigestas, se encontraron 9 que corresponden a un porcentaje de 45% del total en el cual 3 están en el primer trimestre, 4 en el segundo trimestre y 2 en el tercer trimestre, reporto ser multigesta solamente una paciente que representa el 5% de las embarazadas con ETS.

<u>Paridad</u>	Trimestre de Embarazo			
	I	II	III	Total
Primigesta	3	5	2	10 (50%)
Bigesta	3	4	2	9 (45%)
Trigesta				
Multigesta		1		1 (5%)
Granmultigesta				
TOTAL	6	10	4	20 (100%)

Fuente: Expedientes clínicos c/s Perla Maria Norori (León) Roberto Cortés (Chinandega)

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Tabla N°2. Antibióticos usados en las mujeres embarazadas con ETS según el diagnóstico.

Según los datos recopilados sobre el tipo de antibiótico usado basándose en el diagnóstico clínico se pudo determinar que se detectaron 6 casos de Vaginitis el cual corresponde al 30% de las embarazadas con ETS, en este caso se decidió prescribir clotrimazol a 2 de ellas, Clotrimazol + Metronidazol 2 de ellas, Clotrimazol + Amoxicilina a 1 de ellas y Clotrimazol + Doxiciclina a 1 de las embarazadas. En el diagnóstico de Vaginosis con VDRL (+) el cual se encontraron 6 casos (corresponde al 30%), los antibióticos utilizados fueron; a 3 de las embarazadas se les dio Clotrimazol + Metronidazol y a 3 se les prescribió Amoxicilina + Clotrimazol. En el caso de Candidiasis vaginal con VDRL (+) el cual solo se encontró 1 caso que representa el 5% se le mando clotrimazol y por ultimo en el Diagnóstico de ITS Sindromico que se encontró 7 casos que corresponden al 6%, se les dio a 3 pacientes Clotrimazol, Clotrimazol + Amoxicilina a 3 pacientes y a 1 paciente se le receto Clotrimazol + Fluconazol + Cefadroxilo.

Diagnostico	Cantidad (porcentaje)
Vaginitis	
Clotrimazol	2
Clotrimazol + Amoxicilina	1
Clotrimazol + Doxiciclina	1
Clotrimazol + Metronidazol	2
Subtotal	6 (30%)
Vaginosis con VDRL (+)	
Clotrimazol + Metronidazol	3
Amoxicilina + Clotrimazol	3
Subtotal	6 (30%)
Candidiasis Vaginal	
Clotrimazol	1

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Subtotal	1 (5%)
ITS Sindromico	
Clotrimazol	3
Clotrimazol + Amoxicilina	3
Clotrimazol + Fluconazol + Cefadroxilo	1
Subtotal	7 (35%)
Total	20 (100%)

Fuente: Expedientes clínicos c/s Perla Maria Norori (León) Roberto Cortés (Chinandega)

VIII. DISCUSION

En el presente estudio, las mujeres embarazadas atendidas en los centros de salud “Perla Maria Norori-León” y Roberto Cortes-Chinandega” entre las edades de 18 a 25 años resultaron ser el grupo de mayor frecuencia con enfermedades de transmisión sexual (ETS), sin embargo existe un estudio realizado por el ministerio de salud en nicaragua (Estudio de prevalencia de ITS/VIH en mujeres embarazadas atendidas en unidades de salud) en el que se reporto un alto porcentaje de mujeres que han iniciado vida sexual a las edades entre 10 a 19 en el periodo de noviembre 2004-febrero 2005, lo que indica que existe una gran tendencia a iniciar una vida sexual activa a temprana edad lo cual a su vez representa un factor de riesgo para estas mujeres en contraer una infección de transmisión sexual. Aunque no fue objetivo del estudio el IVSA (Inicio de Vida Sexual Activa), esta información indica una gran problemática referente a las embarazadas adolescente, ya que se ha demostrado que las mujeres con inicio de vida sexual activa(IVSA) antes de los 19 años tienen el doble riesgo de desarrollar Cáncer Cervico-Uterino que las mujeres que tienen el primer contacto sexual después de 25 años además de otros problemas referente a sus vidas (educación interrumpida, complicaciones medicas, abortos en condiciones de riesgo, muertes maternas, niños y niñas abandonados y suicidios, además al deterioro del nivel de vida y el costo social).

En este tipo de infección las edades de las pacientes pueden representar un factor de riesgo que agrava cada caso en particular, en primer lugar problemas por parte de la madre referente al organismo, como por ejemplo, es muy frecuente que las adolescentes inicien su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propio de la madurez lo cual predispone a sufrir toxemia de embarazo desproporción cefalopelvica cuando los huesos de la pelvis no se ha desarrollado completamente y otros tipos de consecuencias a largo plazo como la fístula Obstétrica que a consecuencia del trabajo del parto prolongado u obstruido, es un orificio entre la vagina y la vejiga o el recto, lo cual causa que la mujer padezca de incontinencia crónica. Este padecimiento afecta más de dos millones de niñas y mujeres en todo el mundo y se estima que cada año se agrega entre 50.000 y 100.000 nuevos casos según Organización/Wikipedia.

Estos problemas llevan como consecuencia que se afecte de alguna manera el desarrollo del neonato provocando que este tenga bajo peso al nacer aproximadamente con un peso igual o inferior a 2,500g, otro problema relacionado a este mismo es inmadures biológica materna o RCIU (retardo de crecimiento intrauterino) el riesgo aumenta por condiciones socioeconómica adversa (malnutrición) o por alguna complicación medica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro físico del desarrollo físico y mental y a estar propensas otras infecciones. Esto puede ser debido a las necesidades de la mujer al estar aun en edad de crecimiento y establecer una “competencia” entre el organismo materno y del feto por conseguir nutrientes esenciales para el desarrollo.

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

El estado civil de las embarazadas con infección de transmisión sexual según el presente estudio demuestra que el mayor porcentaje son las mujeres en unión libre cuya frecuencia se presenta en mas de la mitad del total de las pacientes estudiadas con infección de transmisión sexual, este dato concuerda con un estudio realizado por el ministerio de salud (MNSA) llamado "Prevalencia de ITS en mujeres embarazadas atendidas en unidades de salud durante el periodo de Noviembre 2004 – Febrero 2005". Semana 32, Año 2005 Del 7 al 13 de Agosto del 2005 revela que un 62.5% (2215) se encontraban en unión libre, debido que estas mujeres no tienen una pareja estable sexualmente, lo que conlleva a contraer algunas enfermedades de transmisión sexual, además del hecho de trasmitírselas a otras.

La mayoría de las pacientes embarazadas con infección de transmisión sexual atendidas en dichos centros han desempeñado en su mayoría la ocupación clasificada según nuestro estudio como "Otros" (estudiantes, dependientes, niñeras, impulsadotas, etc.) lo cual posiblemente influya a que estas pacientes tengan poco acceso a mejores oportunidades de trabajo lo que a su vez conlleva a no poder adquirir o a tener un obstáculo para acceder a servicios sanitarios. Representando el porcentaje mas alto, puede indicar que dichas mujeres tienen poco o ningún conocimiento acerca de estas enfermedades, lo cual repercute de alguna manera en que estas mujeres no prevengan dichas patologías.

Cabe notar que dentro de este grupo de mujeres no se encontraba ninguna profesional, un hecho que demuestra posiblemente la poca incidencia que existe en las mujeres con este tipo de ocupación, talvez por el hecho de que se encuentran mejor informadas y con mayores conocimientos respecto a la prevención de estas enfermedades. Aunque no fue objetivo conocer o determinar el nivel de información y/o conocimiento que poseen las pacientes con ITS, este es un gran parámetro a tomar en cuenta, ya que del nivel académico y de la ocupación depende el grado de conocimiento que tengan las pacientes con estas enfermedades, como se mencionaba anteriormente, estas pacientes trabajan en diferentes puestos o trabajos de baja calificación profesional lo cual se demuestra mediante los datos obtenidos en las encuestas (en su mayoría tenían un bajo nivel académico) pero que aun con estos datos no se puede descartar que todos tienen igual riesgo de infectarse.

La mitad de las pacientes embarazadas que se encontraron con ITS resultaron ser primigestas y además se encontraban en su segundo trimestre de embarazo (13 a 24 semanas de gestación) que corresponde a las mujeres de 18 a 26 años de edad, se conoce que para este trimestre el riesgo para el feto por cualquier afectación es menor en comparación que cuando la embarazada se encuentra en el primer trimestre, no descartando así la posibilidad de que existe algún tipo de complicación en la madre, las mujeres embarazadas pueden sufrir muchas de las mismas consecuencias de las ITS que las mujeres que no lo están. Las ITS pueden causar cáncer cervical y otros tipos de cáncer, hepatitis crónica, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y otras complicaciones.

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Muchas ITS que afectan a las mujeres son silenciosas, es decir, que se presentan sin mostrar signos o síntomas. Una mujer embarazada que tiene una enfermedad de transmisión sexual puede también presentar un parto anticipado, ruptura prematura de las membranas que rodean al bebé en el útero e infección uterina después del parto.

El segundo grupo de mujeres embarazadas se encuentra en su primer trimestre de embarazo periodo en el cual los riesgos son mayores, debido a que el feto se encuentre en su etapa de desarrollo y cualquier complicación en este podría originarse diferentes anomalía. Los efectos dañinos de las ITS pueden incluir: embarazo ectópico, malformaciones, abortos espontáneos, bebés con bajo peso al nacer (menos de 2,500g), conjuntivitis, neumonía, sepsis neonatal, daños neurológicos (daño cerebral o falta de coordinación en los movimientos del cuerpo), ceguera, sordera, hepatitis aguda, meningitis, enfermedad hepática crónica y cirrosis según la revista de postgrado "El embarazo en la adolescencia" publicada por el Dr. Juan R. Issler.

En un menor porcentaje y en tercer lugar se reportaron mujeres embarazadas con infección de transmisión sexual en el tercer trimestre de gestación, periodo en el que el riesgo es menor para el desarrollo del feto en comparación con los otros trimestre pero no insignificante ya que al terminar dicho trimestre a la hora del parto el bebé podría contagiarse al atravesar el canal del parto infectado.

Las mujeres embarazadas con ITS (infección de transmisión sexual) en este caso reportaron no haber utilizado anteriormente antibióticos para este tipo de infecciones, lo cual indica que ninguna de ellas había presentado tiempo atrás alguna infección de transmisión sexual, lo cual puede considerarse como un elemento positivo al no existir antecedentes de estas patologías.

Con respecto a las estrategias no farmacológicas utilizadas a estos pacientes, cabe destacar que la mayoría de las mujeres embarazadas con infección de transmisión sexual atendidas en dicho centro, recibieron la información de las medidas higiénicas y preventivas que deben de tomar para evitar este tipo de patologías según lo indicado en los expedientes clínicos (porcentajes equivalentes en un 90%). Es de vital importancia que todas estas mujeres en su totalidad adquieran la mayor información posible para así evitar una reinfección tanto para ella como para su pareja.

En el presente estudio se encontró dos casos en el que las pacientes no recibieron ningún tipo de información acerca de la enfermedad, ambas solamente recibieron tratamiento a la pareja, situación en la cual corren el riesgo de reinfectarse por falta de información.

Como se mencionó anteriormente dentro de este grupo de pacientes embarazadas con ITS, se encuentra que la mayoría de ellas son primigesta y digesta y solo una de ellas es multigesta y están entre las edades de 18 a 25 años según lo reportado por los datos cabe resaltar que en el país el 27% de las adolescentes ya son madres o están embarazadas (El Desarrollo Humana en Nicaragua Fondos de las Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD, 2002.) Cuando una mujer es primigesta además adolescente,

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

tiene un gran riesgo en su embarazo tanto para ella como para su bebé. Las probabilidades de que las jóvenes entre 18 a 22 años de edad mueran en el parto duplican las de las jóvenes de entre 26 y 30 años. Para las menores de 15 años, las probabilidades de morir son cinco veces superiores a las de las mujeres de 26 a 30 años.

Para establecer el diagnostico de estas pacientes se deben realizar pruebas de laboratorios complementarias, una de las mas utilizadas es la de VDRL (Venereal Descare of Researde Laboratory), es efectuada por la mayoría de mujeres para detectar la presencia o no de una enfermedad de transmisión sexual. Según estrada y colaboradores, las ventajas del VDRL entre otras es de establecer precozmente la presencia o no de una enfermedad de transmisión sexual y así establecer estrategias terapéuticas encaminadas a la cura de estas pacientes.

Referente al tratamiento farmacológico (tabla No.2) utilizados por las mujeres embarazadas con ITS de tipo bacterianas y con VDRL positivo, se reporto el uso de Clotrimazol crema, que fue empleado con frecuencia para todos los casos diagnosticados como Vaginitis bacteriana, Vaginosis bacteriana, Candidiasis vaginal, y de tipo ITS Sindromico, otro fármaco utilizado fue la Amoxicilina que a pesar que esta clasificado en la categoría B de riesgo para el embarazo y datos en animales indican que el fármaco no es teratogénico, y en general, las penicilinas son consideradas como fármacos seguros durante el embarazo (Silverman NS, Sullivan M, Hochman Metal), no esta muy indicado par estas patologías debido a que pueden producirse superinfecciones durante un tratamiento con Amoxicilina, en particular si es de larga duración. Se han comunicado Candidiasis oral y vaginales agravando aun más la patología.

En este estudio se considero como éxitos terapéuticos todos los casos de pacientes tratadas con enfermedad de transmisión sexual durante el periodo de estudio ya que según el expediente clínico de estas pacientes no hubo necesidad de cambio de antibióticos (durante el tratamiento), no fue necesaria una nueva consulta o transferirla al hospital, sin embargo, estos datos no constan en la totalidad de los expedientes analizados.

Cinco pacientes embarazadas con ITS de las cuales dos de ellas presentaron Vaginitis y tres pacientes con Vaginosis bacteriana con VDRL (+) se le prescribió Clotrimazol+Metronidazol. El Metronidazol esta recomendada para utilizarse solo después del primer trimestre de gestación, en la paciente embarazada sintomática o con antecedentes desfavorables en un anterior embarazo. Existen controversias debido al riesgo de posibles efectos tertogénicos producidos por Metronidazol, algunos evitan su uso hasta que finalice el periodo de organogénesis circunscrito al primer trimestre del embarazo (Ralph Parrado, M.D- Empleo de Metronidazol durante el primer trimestre de embarazo) recomienda un dosis de 750mg/dia repartidos en tres tomas, alcanzando con ella una concentración inhibitoria mínima aun estable para los principales gentes causantes de ITS infecciosos.

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Se puede considerar que fue un excelente elección terapéutica por parte del personal de salud ya que estas pacientes con este tratamiento se encontraron dentro del segundo trimestre de embarazo.

Una elección terapéutica que puede considerarse poco conveniente, fue el uso de Clotrimazol+Fluconazol en una de las pacientes con ITS simdrómico, aunque las mujeres pueden emplear cremas, comprados u óvulos vaginales de Clotrimazol u otros derivados azólicos como el Fluconazol para el tratamiento tópico intravaginal solamente es recomendable utilizar uno de ellos ya que ambos pertenecen a la misma familia de los azoles. En la gestante en primer trimestre solo esta recomendado el uso de Clotrimazol y al pasar el segundo trimestre se administra el Metronidazol, no existe otra evidencia del beneficio de uso concomitante de ambos azoles.

IX. CONCLUSIONES

1. La mayoría de las mujeres de este estudio se encuentran entre las edades de 18 a 25 años, seguido de las mujeres de 26 a 30 años.
2. El mayor porcentaje de las mujeres embarazadas con Enfermedades de Transmisión sexual (ETS), reportaron tener Otro tipo de ocupación a diferencia de Ama de casa, Domestica o Comerciante.
3. El mayor grupo de pacientes estudiadas corresponden a las mujeres en Unión Libre.
4. En la edad gestacional el grupo con mayor cantidad de embarazadas es entre las edades de 18 a 25 años.
5. La mayoría de las embarazadas eran Primigesta, seguidos de las mujeres Bigestas y Multigesta que corresponden a las mujeres de 18 a 25 años.
6. Se localizaron diferentes tipos de ITS de tipo bacterianas teniendo igual porcentajes en las mujeres embarazadas con esta patología la Vaginitis Bacteriana, Vaginosis con VDRL (+) y las de tipo ITS sindromico y con un menor porcentaje la Candidiasis Vaginal.
7. Las estrategias farmacológicas que se le aplicaban a las pacientes era administrar un antibiótico preventivo, comprobando después con el VDRL, para poder prescribir el tipo de antibiótico correcto para esa patología.
8. Las estrategias terapéuticas no farmacológicas utilizadas en las embarazadas con Enfermedades de Transmisión Sexual, la mayoría de los expedientes clínicos no evidenciaron que se les haya prescrito tratamiento a la pareja lo cual puede llevar a la embarazada a reinfectarse.
9. Por otro lado a la mayoría de las embarazadas se les brindo información acerca de la prevención, recomendaciones para la cura de estas enfermedades y control microbiológico.
10. El clotrimazol por vía vaginal fue el antimicótico mas usado y se utilizo principalmente para Vaginitis Bacteriana, Vaginosis con VDRL (+) y las de tipo ITS sindromico.
11. Se realizaron prescripciones de antibiótico que según la literatura consultada no son eficaces para el tratamiento de estas patologías (Amoxicilina y Cefadroxilo).
12. Todas las pacientes a pesar de que su expediente clínico no habían datos suficientes, se les puede considera como éxito terapéutico.

X. RECOMENDACIONES

1. Fomentar la realización de Estudios de Utilización de Medicamentos (EUM) enfatizando el uso de medicamentos en situaciones especiales como el embarazo y su relación entre indicación-prescripción basados en los criterios de eficacia y seguridad según evidencia científica.
2. Incluir en futuros estudios similares al presente parámetro para una evaluación global de la terapéutica empleada enfatizando éxitos y fracasos terapéuticos y sistemas de farmacovigilancia en Atención Primaria en Salud (APS).
3. Contribuir al nivel de atención primaria con el personal de salud en la realización de talleres de educación sanitarias dirigidas a la población vulnerable de contraer infecciones prevenibles, enfatizando la prevención y promoción de la salud en las mujeres nicaragüenses.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Enfermedades v venéreas y desinformación
www.diversica.com/salud/archivos/2004/09/enfermedades-venereas-y-desinformacion.php
2. Conocimientos, Actitudes y Practicas de los Hombres con Relación a las ITS/VIH-SIDA, Narváez Pineda, Alejandra; Balladares Moreira, Félix Nicaragua. 2004
www.gensalud.org.ni
3. La integración de los servicios para ITS resulta ser problemática *Kerry L. Wright*
www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v22_2/NWvol22-2STIservs.
4. Infección de transmisión sexual(ITS) www.fhi.org/sp/Topics/STI.htm
5. Plan estratégico nacional de ITS www.minsa.gob.ni/bns/sida/doc/07.pdf
6. Farmacoterapia al día-Infecciones de Transmisión sexual
Centro Nicaragüense de Farmacoepidemiología
Facultad de Ciencias Medicas UNAN-LEON, julio 2007.
Pág.: 1, 3-7.
7. Estrada I, Espinoza I, García A.
Estrategias terapéuticas empleadas en mujeres embarazadas con ETS
Monografía Para Optar al título de Químico Farmacéutico.
8. www.reproline.jhu.edu/spanish/6read/6issues/network
Workshop summary: scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted disease prevention. National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, 2001.
9. www.todoexpertos.com/categorias/salud-y-bienestar/ginecologia
10. www.salud.gob.mx/conasida
México 2004 Secretaría de Salud
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
11. Infecciones de trasmisión sexual www.nacersano.org/centro/9388_9928.asp
12. F:\MedlinePlus Enciclopedia Médica Desarrollo fetal. Revisada por: Daniel Rauch, MD, FAAP, Director, Pediatric Hospitalist Program

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

13. Defectos congénitos Medicina. Ginecología. Genética. Pediatría. Teratología. Cromosomas. ADN (Ácido Desoxirribonucleico). Recombinación. Genes. Ambientales. Factores. Teratógenos. Alcohol. Tabaco. Químicas. Drogas. Teratogénesis. Homeocajas. Geonómica. Isocromosomas. Delecciones
html.rincondelvago.com/defectos-congenitos.html
14. [html.rincondelvago.com/defectos-congenitos-Universidad Nacional Autónoma de Honduras](http://html.rincondelvago.com/defectos-congenitos-Universidad-Nacional-Autónoma-de-Honduras)
15. [Seft.interguias.com/libros/tomos1/tomo1_cap 1-3](http://seft.interguias.com/libros/tomos1/tomo1_cap 1-3)
16. <http://www.minsa.gob.ni/vigepi/html/boletin/2005/editorial32.html>

A **ANEXOS**

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Antibióticos empleados en mujeres embarazadas con enfermedades de transmisión sexual (ETS) de tipo bacterianas, atendidas en el centro de salud Mantica (León) y Centro de Salud Roberto Cortés (Chinandega) Noviembre - Diciembre 2008.

Ficha No. _____

Fecha de llenado _____

No. De expediente _____

I-Datos generales de la paciente:

1-Edad _____

2-Estado Civil _____ a) Casada b) Soltera c) Unión libre d) Otro

3-Ocupación _____ a) Profesional b) Técnica c) Comerciante
d) Ama de casa e) Domestica f) Otros

4-Paridad _____ a) Primigesta b) Digesta c) Trigesta
d) Multigesta e) Granmultigesta

5- Trimestre de Embarazo o semanas de gestación: _____

6- Antecedentes de uso de antibióticos para ETS: a) Si ____ b) No ____

7- Nombre del antibiótico usado: _____

8- ITS (sindromico): _____

II- Estrategias terapéuticas empleadas:

Antibiótico	Dosis	Intervalo	Vía de Administración

III- Estrategias no farmacológicas:

- Información a la paciente: Si ____ No ____
- Medidas Higiénicas: Si ____ No ____
- Tratamiento a la pareja: Si ____ No ____
- Control Microbiológico: Si ____ No ____

Glosario

Anomalías congénitas: Es cualquier anomalía del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular presente al nacer (aunque se manifieste tardíamente), familiar o esporádica, hereditaria o no, externa o interna, única o múltiple.

Bigesta: Término asignado a dos embarazos previos

Cardiopatía: Término general para cualquier enfermedad del corazón

Cardiopatía congénita: Anomalía estructural o funcional del corazón o de los grandes vasos presentes en el momento del nacimiento.

Coriorretinitis: Proceso inflamatorio de la coroides y la retina del ojo, habitualmente secundario a infecciones parasitarias o bacterianas. Se caracteriza por visión borrosa, fotofobia y distorsión de las imágenes.

Calcificación: Proceso en el que tejidos o materiales no celulares del organismo se endurecen por la formación de precipitados o depósitos mayores de sales insolubles de Ca y Mg, especialmente carbonato y fosfato (hidroxiapatita), que normalmente aparece solo en la formación de los huesos y dientes.

Diseminado: Ampliamente esparcido a través de un órgano o tejido, o de todo el organismo.

Desensibilizad: Técnica utilizada en terapia conductista para eliminar la ansiedad asociado con las fobias. Consiste en la construcción de una jerarquía de estímulos productores de ansiedad y la presentación general de los mismos al paciente hasta que dejan de provocarle la respuesta inicial de temor.

Desproporción Cefalopelvica: Incapacidad del feto para pasar a través de la pelvis materna, (por una relación desproporcionada entre la cabeza fetal, ya sea por tamaño o posición y el espacio pélvico).

Endometritis: Inflamación del endometrio.

Ectópico: Fuera de lugar; se dice de un órgano que no está en su posición debida, o de un embarazo que se desarrolla fuera de la cavidad del útero.

Embrión: El **Embrión** es un organismo en desarrollo, desde su iniciación en el huevo, u óvulo, hasta que se han diferenciado todos sus órganos.

Embrionario: Embrionado; relativo a un embrión.

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Edad Gestacional: Duración del embarazo, medida desde el primer día del último periodo menstrual normal hasta el parto, se expresa en número de semanas y días completados.

Espasticidad: Estado de mayor tono muscular con exageración de los reflejos tendinosos.

FDA: Food Droug Asociation (Asociación de fármacos y alimentos)

Folículos Pilosos: Invaginación de la epidermis a partir de la cual se desarrolla el tallo del pelo y dentro de estas se abren las glándulas sebáceas; el f. esta tapizado por una vaina radicular celular interna y externa de origen epidérmico y revestido por una vaina fibrosa derivada de la dermis.

Fetotoxicidad: Lesión del feto, que puede terminar con la muerte o del retardo del crecimiento o del desarrollo, ocasionada por una sustancia que ingresa en la circulación materna o placentaria.

Focomelia: Anomalías del desarrollo caracterizada por la ausencia de la porción superior de una o mas extremidades de forma que los pis, las manos o ambos se encuentran unidos al tronco por muñones cortos de forma irregular. Producido por una alteración del desarrollo embrionario de los huesos largos, es muy raro y la mayoría de los casos diagnosticado se han relacionado con la administración del fármaco Talidomida durante las primeras semanas del embarazo.

Genotipo: Constitución genética completa de un organismo o grupo, determinada por la combinación y localización particular de los genes en los cromosomas.

Gram Multigesta: Mujer de cinco o mas embarazos.

Hemangioma: Anomalía congénita; no una neoplasia verdadera, con proliferación de endotelio vascular que forma una masa parecida al tejido neoplásico; puede existir en cualquier parte del cuerpo pero es mas frecuente en la piel y los tejidos subcutáneos.

Hipoplasia: Desarrollo incompleto o deficiente de un órgano o tejido, habitualmente a causa de un descenso de células.

Inoculación: Introducción en el organismo del agente causante de una enfermedad.

Lanugo: Pelo fino, suave y no medulado que recubre el cuerpo del feto o el embrión, de tallo pequeñísimo y grandes papilas; aparece hacia el final del tercer mes de la gestación.

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Leucorrea: Flujo vaginal blanquecina. Un flujo amarillento o verde, de mal olor, irritante y pruriginoso indica infección vaginal o uterina u otra patología de origen ginecológico. Es la afección más frecuente en la consulta ginecológica.

Meconio: Material que se acumula en el intestino del feto y constituye las primeras heces del recién nacido. Tiene una consistencia espesa y pegajosa, un color verdusco o negro y esta compuesto por secreciones de las glándulas intestinales, algo de líquido amniótico y detritos intrauterinos tales como pigmentos biliares, síndicos grasos, células epiteliales, moco, lanugo y el funcionamiento adecuado del conducto gastrointestinal, el color, consistencia y frecuencia de las heces cambia al cabo de 3 o 4 días de instaurarse la alimentación.

Morfogenético: Relativo a la morfogénesis; diferenciación de células y tejidos en el embrión primitivo, que sirve para establecer la forma y la estructura de los diferentes órganos y partes del cuerpo.

Microcefalia: Pequeñez anormal de la cabeza; se aplica a un cráneo de capacidad inferior a los 1. 350cm³.

Microftalmia: Pequeñez anormal de una o ambos globos oculares.

Muerte intrauterina: Se define como óbito fetal la muerte fetal "in útero" durante la gestación, a partir de las 20 semanas y hasta el momento del parto.

Multigesta: Término asignado a cuatro o más embarazos previos.

Organogenesis: Formación y diferenciación de órganos y sistema orgánicos durante el desarrollo embrionario. En el hombre se extiende aproximadamente desde el final de la segunda semana hasta la octava semana de gestación. Durante este tiempo el embrión experimenta una diferenciación y crecimiento rápido y es muy vulnerable a los peligros ambientales y a los efectos de las sustancias tóxicas.

Paridad: Comparación, igualdad. No incluye "calidad de paridora".

Proliferación: Reproducción o multiplicación de formas similares. Se aplica a células y a quistes.

Psicosis Maniaco-depresiva: (Bipolar-enfermedad); Trastorno afectivo principal caracterizado por episodios de manía y depresión. Las características de fase maniaca son expresividad emocional excesiva, excitación, euforia, hiperactividad acompañada por manifestaciones de júbilo, comportamiento alborotado, dificultad de concentración, insomnio y aparente energía de setada, todo lo cual suele acompañarse de delirios de grandes.

Reflejo de sobresalto: Reacción de sobresalto; respuesta reflejo de un lactante (construcción de los músculos del cuello y las extremidades).

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual

Teratogenesis: El origen o modo de producción de un feto mal formado; el proceso de crecimiento alterado número de células implicado en la producción de un feto malformado.

Teratógeno: Un compuesto u otro agente que causa normalidades en el desarrollo fetal.

Trigesta: Terminó asignado a tres embarazos previos.

Trastornos Neurológicos: Son enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular, y los músculos.

Toxemia: Estado grave del organismo causado por la presencia de toxinas en la circulación sanguínea.

Estrategias Terapéuticas En Mujeres Embarazadas Con Infección De Transmisión Sexual