

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIDAD CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

INFORME FINAL DE INVESTIGACION:

CUMPLIMIENTO DEL PLAN PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA, ABORDAJE Y SEGUIMIENTO INTEGRAL DE LAS EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS QUE PRESENTARON COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO EN LA UNIDAD COMUNITARIA SALUD FAMILIAR INTERMEDIA DE SOYAPANGO DE MARZO A MAYO 2016.

PRESENTADO POR:

MARÍA DOLORES SÁNCHEZ AMAYA

YESICA MARIAADELA SALGUERO ROMERO

IRIS ALEJANDRA SIBRIÁN ORTEGA

ASESOR:

DR. ADALBERTO R. COTO SÁNCHEZ

SAN SALVADOR, AGOSTO 2016.

CONTENIDO

TÍTULO

RESUMEN

I. INTRODUCCION..... i

II. OBJETIVOS..... 1

 OBJETIVO GENERAL

 OBJETIVOS ESPECIFICOS

III. MARCO TEÓRICO..... 2

IV. HIPÓTESIS..... 42

V. DISEÑO METODOLÓGICO..... 43

 OPERACIONALIZACION VARIABLES..... 47

VI. RESULTADOS..... 52

VII. DISCUSION..... 62

VIII. CONCLUSIONES..... 65

IX. RECOMENDACIONES..... 67

X. BIBLIOGRAFÍA..... 68

XI. ANEXOS..... 70

TITULO

Cumplimiento del Plan Para la Detección Temprana, Abordaje y Seguimiento Integral de las Embarazadas con Diagnóstico de Infección de Vías Urinarias que presentaron complicaciones durante el embarazo y puerperio en la Unidad Comunitaria Salud Familiar Intermedia de Soyapango de marzo a mayo 2016.

RESUMEN

Las infecciones de vías urinarias representan una causa de morbimortalidad del binomio madre e hijo por lo que el Sistema Nacional de Salud ha implementado el Plan Nacional para la detección temprana, abordaje y seguimiento integral de las Embarazadas con infección de vías urinarias. Estableciendo como objetivo identificar su implementación y cumplimiento en aquellas embarazadas que presentaron complicaciones, particularizando en los cuatro objetivos estratégicos de dicho plan como son la detección temprana de factores de riesgo asociados a infección de vías urinarias, las competencias técnicas normativas para el abordaje por el personal de salud, el seguimiento continuo y las intervenciones de promoción y educación sanitaria, se utilizó metodología de investigación científica de tipo cuantitativa descriptiva no experimental de corte transversal en una muestra de 25 usuarias; a través de la revisión de expedientes clínicos se obtuvo como principal complicación materna la infección de vías urinarias recurrente en 15 mujeres, las principales complicaciones fetales fueron el bajo peso al nacer en dos niños y retardo del crecimiento intrauterino en dos, entre los factores de riesgo el principal fue el biológico seguido por el social y obstétrico, concluyendo que en los extremos del proceso el Plan no se está cumpliendo debido a que no se realiza detección temprana de factores de riesgo y no se brinda seguimiento a cada caso según lo establecido; Por lo tanto merece que se profundice a través de un estudio más amplio el comportamiento en cuanto abordaje y cumplimiento de dicho plan.

I. INTRODUCCIÓN

Las infecciones de vías urinarias representan una de las morbilidades más comunes en la población y afectan especialmente a mujeres de todas las edades, y sus presentaciones y secuelas son muy variables. El pico máximo se produce con el inicio de las relaciones sexuales y durante el embarazo.

Hoy en día se dispone de evidencia suficiente para poder afirmar que, independientemente de otros factores de riesgo, las enfermedades del sistema urinario influyen desfavorablemente sobre la evolución del embarazo y los resultados obtenidos tanto sobre la madre como sobre el recién nacido. Los cambios anatomofisiológicos propios de la gestación condicionan el aumento de la frecuencia de las infecciones urinarias bajas.

Se estima que aproximadamente del 2 a 7% de embarazadas presenta infección de vías urinarias en algún momento de la gestación, siendo más frecuente en multíparas, en medio socioeconómico bajo y de acuerdo con la edad (a mayor edad, mayor predisposición a este tipo de infecciones). Se calcula que la infección urinaria afecta un 15% de mujeres de todas las edades cada año y de estas más del 25% puede presentar una recurrencia. Uno a veintinueve por ciento de los embarazos se complica por una infección urinaria, siendo una de las complicaciones médicas más comunes de la gestación, que corresponde a 10% de las admisiones hospitalarias durante este período, por lo que es de gran importancia su diagnóstico y tratamiento oportuno.

En el marco de los derechos humanos, en el afán de velar por asegurar la salud y bienestar materno infantil, el sistema de salud ha realizado acciones e intervenciones para detectar aquellas mujeres con riesgo durante la gestación, así como también detectar las condiciones que generen complicaciones durante el embarazo, parto y postparto tanto para la madre como el recién nacido. Las medidas a implementar se centran en una atención integral a la embarazada, búsqueda activa de embarazos con riesgo alto, intermedio y bajo; utilización de los medios y pruebas de laboratorio para llegar al diagnóstico definitivo de infección de vías urinarias, brindar tratamiento según cada caso y su respectivo seguimiento clínico y epidemiológico. La investigación pretendía indagar aquellos casos de embarazadas que presentaron infección de vías urinarias, y de ellas las que presentaron complicaciones en cualquier momento de la gestación y en el período de puerperio tanto para ellas como para el feto y/o recién nacido. A través de los indicadores establecidos en el Plan Nacional para la detección temprana, abordaje y seguimiento integral de las embarazadas con infección de vías urinarias en las Redes Integrales e Integradas del Sistema de Salud.

II. OBJETIVOS

Objetivo principal

Verificar el cumplimiento del Plan Nacional para la detección temprana, abordaje y seguimiento integral de las embarazadas con diagnóstico de infección de vías urinarias que presentaron complicaciones durante el embarazo y puerperio en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Soyapango de Marzo a Mayo de 2016.

Objetivos Específicos

1. Establecer las principales complicaciones presentadas en las gestantes con infección de vías urinarias, durante el embarazo y en el puerperio en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Soyapango.
2. Conocer las intervenciones que se realizan, y están establecidas en el Plan Nacional para la detección temprana de factores de riesgo en las embarazadas con diagnóstico de infección de vías urinarias que presentaron complicaciones.
3. Identificar las competencias técnicas normativas realizadas y que están establecidas para el abordaje integral, oportuno y efectivo de las embarazadas con infección de vías urinarias, en el personal de salud de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Soyapango.
4. Verificar el seguimiento continuo en base a la normativa para embarazadas con infección de vías urinarias que presentaron complicaciones, brindado por las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.
5. Identificar las intervenciones de promoción y educación sanitaria realizadas y que están establecidas en las la Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud de forma continua y con calidad para la prevención de infección de vías urinarias en las embarazadas.

III. MARCO TEORICO

El Ministerio de Salud de El Salvador a través de los centros de salud acerca a la población en especial a las embarazadas la atención médica a través de los controles prenatales para producir un impacto significativo en la reducción de la morbimortalidad materna. Asimismo, se demostró que el enfoque de riesgo, instaurado para detectar a aquellas mujeres que desarrollarían complicaciones, tiene limitada efectividad, ya que generalmente las mujeres que desarrollan complicaciones no tienen factor de riesgo aparente y aquellas que tienen factor de riesgo, cursan con un parto normal. Por lo anterior la Reforma de Salud replantea la atención integral de salud materna, con el fin de asegurar que toda mujer embarazada tenga acceso al cuidado de calidad durante el prenatal y en el período crítico alrededor del parto y alumbramiento por lo cual se exigen como mínimo 5 controles prenatales durante todo el embarazo.

Durante las visitas periódicas prenatales es necesario el tamizaje de infección de vías urinarias a través de tira rápida para orina o examen general de orina ya que es de nuestro conocimiento que las infecciones de vías urinarias son una causa de morbilidad materna que a la vez afecta al producto y en la gran mayoría de las mujeres cursa asintomáticas inicialmente.

Las infecciones del tracto urinario, son quizás las complicaciones médicas que más frecuentemente aparecen durante la gestación, presenta un bajo índice de mortalidad materna-fetal pero estas pueden tener una repercusión importante, las complicaciones más frecuentes se presentan en algún momento de la gestación, ocasionando con ello una seria morbilidad materna y perinatal (parto pretérmino, peso bajo al nacer y ruptura prematura de membranas) por lo que es importante el manejo desde la aparición de una bacteriuria asintomática en estas pacientes.

Las modificaciones anatómicas y funcionales de la gestación incrementan el riesgo de infecciones del tracto urinario de entre ellas destacan: aumento del reflujo vesico-ureteral, hidronefrosis del embarazo por compresión mecánica por el crecimiento del útero, aumento del volumen vesical, disminución del tono vesical y uretral por relajación del músculo liso inducido por la progesterona, aumento de pH de la orina por glucosuria y aminoaciduria, estasis urinario, menor capacidad de defensa del epitelio del aparato urinario bajo, incremento de la secreción urinaria de estrógenos y el ambiente hipertónico de la médula renal.

El aparato urinario experimenta muchos cambios a causa del embarazo. El tamaño renal aumenta un poco. El índice de filtración glomerular y el flujo plasmático renal aumentan desde el principio del embarazo. El índice de filtración glomerular se incrementa hasta un 25% para la segunda semana después de la concepción y 50% para el principio del segundo trimestre este aumento persiste hasta el término del embarazo, aunque el flujo plasmático renal disminuye durante la parte avanzada del embarazo. Sobre todo como consecuencia de este aumento del índice de filtración glomerular cerca del 60% de las mujeres refiere polaquiuria durante el embarazo.

Los riñones aumentan de volumen, ocurre una dilatación de los cálices y los uréteres. Ocurre dilatación antes de las 14 semanas y tal vez se deba a la relajación de las capas musculares inducida por la progesterona. Es aparente una dilatación más evidente a partir de la mitad del embarazo, debido a la compresión uretral, en especial en el lado derecho, hay también algún reflujo vesicoureteral durante el embarazo. Una consecuencia importante de estos cambios fisiológicos es el mayor riesgo de infección de vías urinarias altas y bajas.

Las embarazadas con Infección de Vías Urinarias (IVU) no complicadas raramente progresan a enfermedad severa si tienen tratamiento apropiado. El pronóstico de las IVU en el embarazo con el tratamiento adecuado es muy favorable.

1. La Infección de Vías Urinarias (IVU) se define como: la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la vejiga o el riñón. Los síntomas que acompañan a una infección de vías urinarias varían de acuerdo al sitio de la infección, pero también pueden cursar asintomáticas.

La infección de vías urinarias se clasifica según el nivel de compromiso clínico en asintomática y sintomática y según el compromiso anatómico en altas y bajas. Dentro de las formas clínicas más frecuentes en el embarazo encontramos la bacteriuria asintomática, la cistitis y la pielonefritis aguda.

Los microorganismos que causan infección de vías urinarias son aquellos de la flora perineal normal según estudios casi el 90% de las infecciones de vías urinarias son causadas por las cepas de *Escherichia coli*. Aunque se conoce que el embarazo mismo no aumenta la virulencia de las cepas.

1.1 Clasificación de infecciones de vías urinarias

- Bacteriuria asintomática.

Este proceso se refiere a la multiplicación activa persistente de bacterias en las vías urinarias de mujeres asintomáticas. Debido a que la mayoría de pacientes presenta bacteriuria recurrente o persistente, está a menudo se descubre durante los cuidados prenatales.

Por lo general se presenta bacteriuria en el momento de la primera consulta prenatal y si se da tratamiento por un urocultivo positivo inicial, la erradicación de la bacteriuria con agentes antimicrobianos evita la mayor parte de las infecciones.

En algunos estudios la bacteriuria encubierta se ha vinculado con partos pretérmino y recién nacidos de bajo peso al nacer. Es todavía más controvertido si la erradicación de la bacteriuria disminuye esas complicaciones. En las revisiones de Cochrane se encontró que los beneficios del tratamiento de la bacteriuria asintomática se limitan a la incidencia de la pielonefritis. En la opinión de los autores parece poco probable que la bacteriuria asintomática tenga algún efecto significativo sobre el resultado del embarazo, excepto por las infecciones urinarias potencialmente graves.

- Cistitis.

La cistitis en el embarazo se considera una infección de vías urinarias primaria puesto que no se desarrolla a partir de una bacteriuria asintomática previa.

Se caracteriza por la presencia de disuria, polaquiuria, micción urgente (síndrome miccional), acompañado a menudo de dolor suprapúbico, orina maloliente, en ocasiones hematuria microscópica es frecuente o hematuria macroscópica por cistitis hemorrágica. No existe clínica de infección del tracto superior. La incidencia de cistitis es del 1,5% durante el embarazo (mucho más baja que la de bacteriuria asintomática) y no se ve disminuida su incidencia aunque se trate la bacteriuria asintomática dado que no se desarrollan a partir de ella.

En el 95% de los casos de infección es monomicrobiana. Las bacterias aisladas en la orina son similares a las aisladas en casos de bacteriuria asintomática. El germen responsable más frecuente es *Escherichia coli*, seguido de *Klebsiella spp* y *Proteus spp*.

En una paciente con cistitis, el análisis de orina suele demostrar:

- Sedimento: piuria (en general > 3 leucocitos por campo de 40 aumentos).
- Urocultivo positivo (> 100.000 UFC/ml).

La cistitis asociada a dolor lumbar, signos sistémicos de infección y fiebre indican siempre afectación renal. Hasta en un 50% de mujeres con clínica de cistitis, el urocultivo es negativo y estos casos se denominan síndrome uretral agudo o cistitis abacteriúrica y están asociados en ocasiones a Chlamydias. El diagnóstico microbiológico del síndrome uretral requiere orina sin contaminación (lo que puede necesitar sondaje o punción suprapúbica) y usar métodos especiales de cultivo.

- Pielonefritis aguda

Es una infección de la vía excretora alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones, que suele presentarse en el último trimestre y es casi siempre secundaria a una bacteriuria asintomática no diagnosticada previamente o no tratada correctamente y que ocasiona signos y síntomas muy floridos que alteran el estado general de la paciente.

La clínica incluye aparte de sintomatología de cistitis, alteración del estado general, fiebre, sudoración, escalofríos y dolor lumbar intenso y constante. La exploración física suele ser muy demostrativa: la puño percusión lumbar homolateral suele exacerbar el dolor de manera intensa lo que contrasta con la normalidad de la zona contralateral.

Su incidencia es del 1-2% de todas las gestantes. Las tasas pueden variar en dependencia de que se haga o no cribado de la bacteriuria asintomática y de la eficacia del tratamiento de la misma (un tratamiento adecuado de la bacteriuria asintomática disminuye en un 80% la incidencia de pielonefritis). Factores predisponentes para la pielonefritis son los cálculos uretrales y renales, así como la bacteriuria asintomática.

Complicaciones de mayor gravedad que pueden aparecer en el curso de una pielonefritis son las complicaciones respiratorias y el choque séptico (15-20% cursan con bacteriemia).

La infección renal es la complicación médica grave más frecuente durante el embarazo, la infección genitourinaria fue la segunda causa más frecuente de ingreso hospitalario por motivos diferentes al parto. Hay preocupación de que la infección urinaria se pueda relacionar con una mayor incidencia de parálisis cerebral en los lactantes prematuros, por fortuna parece no haber secuelas maternas graves a largo plazo.

Por lo general se despierta hipersensibilidad con la percusión en uno o ambos ángulos costovertebrales. El sedimento urinario contiene muchos leucocitos así como numerosas bacterias entre estas *E.coli*, *Klebsiella pneumoniae*,

Enterobacter o *Proteus* y microorganismos grampositivos, que incluyen estreptococos del grupo B.

1.2. Diagnóstico

Durante el embarazo, el control prenatal hacia la semana 12 y 16 del período gestacional, juegan un papel importante en la detección oportuna de la infección del tracto urinario, teniendo en cuenta una buena realización de la historia clínica, así como soporte a través de los exámenes diagnósticos del parcial de orina en primera instancia y el urocultivo, siendo este último el Gold estándar para ésta patología.

1.3 Puntos clave en el diagnóstico de infección urinaria en el embarazo:

- Un urocultivo al principio del embarazo es el procedimiento diagnóstico de elección de la bacteriuria asintomática.
- La bacteriuria asintomática presenta cultivos con > 100.000 colonias de un solo microorganismo (casi siempre *Escherichia coli*).
- La mayoría de los urocultivos mixtos se deben a contaminación o a mala conservación de las muestras.
- En muchas bacteriurias asintomáticas no aparece piuria.
- La persistencia de un urocultivo positivo después del tratamiento de la bacteriuria asintomática sugiere infección del parénquima renal.
- La cistitis bacteriana y la pielonefritis también presentan cultivos con > 100.000 colonias/ml.

1.4. Tratamiento de las infecciones de vías urinarias durante el embarazo.

Tanto en las cistitis como en las pielonefritis, el tratamiento empírico debe iniciarse inmediatamente, antes de disponer incluso del resultado del urocultivo y antibiograma para evitar la extensión de la infección. Se debe valorar el riesgo del fármaco para el feto y la tasa de resistencia del antibiótico de cada centro hospitalario.

Se pueden utilizar sin riesgo los antibióticos de la categoría B (penicilinas, inhibidores de las betalactamasas como amoxicilina ácido clavulánico, cefalosporinas, aztreonam y nitrofurantoína). En los cuadros de cistitis y en las bacteriurias asintomáticas, la duración del tratamiento puede hacerse en pautas cortas siempre que se realicen controles posteriores. Una pauta de 7-10 días erradica la bacteriuria en el 70-80% de las pacientes. Independientemente de la pauta terapéutica utilizada, la bacteriuria recurre en el 20-30% de los casos, por

eso se aconseja hacer un urocultivo 1-2 semanas después de finalizar el tratamiento.

En las embarazadas con infecciones de orina recurrentes por microorganismos distintos o reinfecciones, se aconseja realizar una profilaxis antibiótica hasta el parto con cefalexina o nitrofurantoína (evitarlo en el último trimestre). Se debe hacer urocultivo en el postparto a las gestantes con infección urinaria recurrente o bacteriuria que persiste.

2. Infección de vías urinarias durante el puerperio.

Durante el puerperio, hay varios factores de riesgo que predisponen a una mujer a las infecciones urinarias. La sensibilidad de la vejiga a la distensión por el líquido en su interior a menudo disminuye como consecuencia del traumatismo del trabajo de parto así como la analgesia regional. La percepción de la distensión vesical también puede disminuir por las molestias causadas por una episiotomía, laceraciones periuretrales o por hematomas de la pared vaginal. La diuresis posparto normal puede empeorar la sobredistensión vesical. El sondeo para aliviar la retención y la distensión con frecuencia causa infección urinaria, sin embargo no parece haber secuelas a largo plazo.

3. Complicaciones.

Las complicaciones del embarazo son los problemas de salud que se producen durante el embarazo y afectan la salud y aumentan el riesgo de morbilidad de la madre, del bebé o de ambos.

3.1. Complicaciones maternas:

Las diferentes formas clínicas de infección de vías urinarias, se encuentran ampliamente asociadas a complicaciones durante el período gestacional, entre las más frecuentes se encuentran:

- Infección de vías urinarias recurrente
- Amenaza de aborto
- Abortos
- Amenaza de parto pretérmino
- Parto pretérmino.
- Rotura Prematura de Membranas
- Corioamnionitis

3.1.1 Infección de vías urinarias recurrente.

Se denomina infección urinaria recurrente o de repetición a la que ocurre en dos o más ocasiones durante seis meses, ó 3 o más veces en un año.

La infección recurrente denominada recaída o recidiva, está producida por el mismo germen que la infección inicial, la bacteriuria a menudo persiste durante el tratamiento o reaparece dentro de las 2 semanas siguientes de la finalización del mismo.

3.1.2 Aborto y amenaza de aborto.

Según la organización mundial de la salud OMS, se encuentra definido el aborto como: “la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos”. Peso que corresponde a una edad gestacional entre las 20 y 22 semanas; el aborto se puede clasificar en temprano: presentación menor a las 12 semanas de gestación y tardío: ocurrencia en una edad gestacional mayor a 12 semanas y menor a las 20 semanas.²⁴ La causa del aborto es muy florida dividiéndose en factores fetales o cromosómicos, factores maternos y ambientales; donde encontramos la infección urinaria ubicada en el grupo de los factores maternos en el aparte de las infecciones; al evaluar la etiología completa del aborta la infección urinaria resulta ser un factor de una significancia muy baja pero al referirnos al punto de vista que abarca este estudio resulta ser que el aborto como complicación esperada en la infección urinaria cobra importancia no es de las complicaciones más frecuentes pero ocupa un lugar importante en esta relación.

La amenaza de aborto

La amenaza de aborto se define como un cuadro clínico caracterizado por sangrado de origen endouterino, generalmente escaso, que se presenta en las primeras 20 semanas de gestación, acompañado de dorsalgia y dolor tipo cólico. Al examen obstétrico se encuentra el cuello largo y cerrado. Se considera que 50% de las amenazas de aborto terminan en aborto a pesar de cualquier medida terapéutica. La amenaza de aborto Caracterizado por dolor tipo cólico que usualmente se irradia a región lumbosacra asociado a sangrado genital escaso que se puede prolongar durante varios días, el cuello está cerrado formado y sin ningún tejido extraño a su alrededor.

Clasificación

Es necesario efectuar una clasificación de aborto según el cuadro clínico de la paciente y de esta forma, instaurar el tratamiento adecuado según cada caso. Aunque se puede clasificar también teniendo en cuenta el tiempo de gestación y condición dentro de la cual se presenta. Dentro de la clasificación se tiene en cuenta los artículos reportados por Ruiz A. en el Departamento de Ginecología y Obstetricia.

Tiempo de gestación:

- Aborto temprano: edad gestacional menor de 9 semanas.
- Aborto tardío: edad gestacional mayor a 9 semanas.

Forma de presentación del aborto:

- Espontáneo Inducido: en la legislación colombiana no se acepta este tipo de aborto y el código penal contempla sanciones a quienes lo practiquen.
- Terapéutico: terminación de la gestación con el fin de salvaguardar la vida de la madre.
- Voluntario: realizado por solicitud de la embarazada sin que existan motivos relacionados con la salud materna o patología fetal.
- Aborto en curso: El dolor pélvico aumenta en intensidad y el sangrado genital es mayor. Al examen ginecológico se encuentran cambios cervicales orificio cervical interno permeable membranas íntegras. Cuando la actividad uterina aumenta y los cambios cervicales son mayores con borramiento y dilatación.
- Aborto retenido: El embrión o feto muere o se desprende y queda retenido in útero y no hay expulsión de restos ovulares. Se presenta cuando el útero no aumenta de tamaño, los signos y síntomas del embarazo disminuyen o desaparecen y los hallazgos ecográficos correlacionan el diagnóstico. Existe retención del embrión o feto después de su muerte durante un periodo de cuatro semanas, proceso conocido como aborto frustrado; no obstante, actualmente con los métodos ecográficos se confirma el diagnóstico de forma rápida y, así mismo, puede realizarse una intervención adecuada.
- Aborto incompleto: Expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, acompañado de sangrado que puede ser profuso dado por la denudación de los vasos del sitio de implantación de la placenta que deprivan la vasoconstricción dada por las contracciones miométriales;

este sangrado en algunas ocasiones es causa de hipovolemia. Al examen ginecológico el cuello es permeable hasta la cavidad. El útero disminuye de tamaño. Cuando el aborto ocurre antes de la semana 10, la placenta y el embrión se expulsan conjuntamente; después de este tiempo se eliminan separadamente.

- Aborto completo Expulsión total del embrión o feto y las membranas ovulares; desaparece el dolor y el sangrado genital disminuye, los hallazgos del examen ginecológico evidencia cuello cerrado, útero disminuido de tamaño y bien contraído. Generalmente ocurre cuando la gestación es menor de 8 semanas.

3.1.3. Parto pretérmino

Según las Guías de Atención parto pretérmino se definen como: "la instauración del trabajo de parto (actividad uterina dolorosa, repetitiva, regular y persistente) que origina cambios progresivos en el cuello uterino que permiten el descenso y nacimiento del recién nacido entre las 20 y 37 semanas de gestación (140-259 días)".

Esta complicación abarca un gran porcentaje a nivel nacional e internacional como causa de morbilidad neonatal en un 75 a 83%, sin malformaciones congénitas y el 50% de presentar secuelas neurológicas como lo afirma la Guía de atención Materna. Se encuentra una relación directa entre el nacimiento pre término y una de las presentaciones clínicas de la infección urinaria, la bacteriuria por lo cual es un factor de riesgo de importancia durante la gestación por la gran relación entre la exposición y la presentación de parto pre término, de igual forma se describe como agente causal que se aisló con mayor frecuencia de infección urinaria, en este caso bacteriuria asintomática, fueron *E. coli*, *K. pneumoniae* y *P. mirabilis*.

Además podemos ver que esta complicación está ligada a otros factores de riesgo Maternos como lo son:

- ✓ Antecedente de parto pretérmino.
- ✓ Nivel socioeconómico bajo.
- ✓ Raza no blanca Edad materna menor de 18 o mayor de 40 años.
- ✓ Ruptura prematura de membranas.
- ✓ Gestación múltiple.
- ✓ Historia materna de 1 o más abortos espontáneos en segundo trimestre.
- ✓ Sangrado de primer o segundo trimestre.

- ✓ Comportamientos maternos destructivos como lo son el cigarrillo, drogas adictivas o psicofármacos, alcohol.
- ✓ Falta de control prenatal.
- ✓ Actividad física excesiva.
- ✓ Estrés materno.
- ✓ Desnutrición.
- ✓ Corioamnionitis.
- ✓ Vaginitis bacteriana.
- ✓ Bacteriuria asintomática.
- ✓ Pielonefritis.

3.1.4. Amenaza de parto pre término

La amenaza de parto pre término así como el parto pre término presenta una similar incidencia en cuanto a su relación con la morbimortalidad neonatal, igualmente encontrándose en esta entidad una ocurrencia del 5-10% de los nacimientos. Hay evidencias que sugieren que la infección juega un rol importante en la patogénesis del parto prematuro. Se postula que hasta un 50% de partos pre término inferior a 30 semanas, de forma directa o indirecta, son de causa infecciosa, tanto el parto pre término como la amenaza se pueden dividir en: parto prematuro espontáneo: 75%, parto prematuro indicado: 20 a 30%.

3.1.5. Rotura Prematura de Membranas.

La infección puede llevar a la inducción de metaloproteinasas que actúan sobre las proteínas de la matriz extracelular de las membranas debilitándolas y provocando así la rotura. La producción de colagenasas, estomelisinina o ambas en un segmento de la decidua hipóxica y la acción de estas metaloproteinasas sobre el corion y el amnios puede provocar la Rotura Prematura de Membrana en cualquier localización. Esta se asocia a Corioamnionitis (que aumenta si el período de latencia es de más de 24 horas); membrana hialina en el recién nacido (RN) por prematuridad e infección; presentación pelviana; prolapso del cordón, compresión de la cabeza fetal y/o del cordón umbilical, e incremento del índice de cesárea y de los costos de atención hospitalaria de alto nivel.

3.1.6. Corioamnionitis

La Corioamnionitis puede causar bacteremia (infección en la sangre) en la madre y provocar un parto prematuro y una grave infección en el neonato. La

Corioamnionitis también se denomina infección intraamniótica y amnionitis. Una de los factores condicionantes son las Infecciones urinarias. Los organismos generalmente responsables de la Corioamnionitis son los que normalmente se encuentran en la vagina, incluyendo *E. coli*. Los estreptococos grupo B también pueden producir la infección. La Corioamnionitis se puede desarrollar cuando se produce una ruptura de las membranas (bolsa de líquido amniótico) durante un largo período. Esto permite el ingreso de microorganismos vaginales al útero.

3.2 Complicaciones fetales:

Dentro de las complicaciones que pueden presentar el feto tenemos

- ✓ Retardo del crecimiento intrauterino
- ✓ Sepsis neonatal.
- ✓ Bajo peso al nacer.
- ✓ Anemia

3.2.1 Retardo del crecimiento intrauterino.

Se considera Retardo del Crecimiento Intrauterino (RCIU) cuando se le estima a un Recién nacido, un peso inferior al que correspondería para su edad gestacional, si naciera en momento del diagnóstico, su peso estaría por debajo del límite inferior del patrón de peso neonatal para su edad gestacional. La mayoría de autores aceptan que este límite inferior corresponde al percentil 10 de dicha curva.

Factores de riesgo para RCIU durante el embarazo:

- Embarazo múltiple
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Anemia
- Malformaciones congénitas
- Enfermedad renal crónica.
- Hipoxia crónica: madres que viven en grandes alturas o pacientes con insuficiencia respiratoria crónica o cardiopatía cianótica.
- Tabaquismo: disminuye el peso de nacimiento en 175-200 g. El consumo de más de 10 cigarrillos diarios se asocia con disminución ultrasonografía del diámetro biparietal (DBP) a partir de la semana 21.
- Drogas: alcohol, heroína, metadona.
- Infección de vías urinarias

- Infecciones: TORCH (toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes virus).

3.2.2. Sepsis neonatal.

Se entiende por sepsis neonatal aquella situación clínica derivada de la invasión y proliferación de bacterias, hongos o virus en el torrente sanguíneo del recién nacido (RN) y que se manifiesta dentro de los primeros 28 días de vida, si bien actualmente se tiende a incluir las sepsis diagnosticadas después de esta edad, en recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP). Los microorganismos patógenos inicialmente contaminan la piel y/o mucosas del RN llegando al torrente circulatorio tras atravesar esta barrera cutáneo-mucosa, siendo la inmadurez de las defensas del neonato, sobre todo si es un RNMBP, el principal factor de riesgo que predispone al desarrollo de la infección.

3.2.3. Bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer según consenso con diversos artículos se definen como: “neonato con un peso menor a 2500 gramos, independiente de la edad gestacional y cualquiera que sea la causa.”. Se considera como la segunda causa de mortalidad perinatal, con incidencia a nivel mundial del 17%, cifra que asciende en aquellos países subdesarrollados es en un 19%, en comparación con países desarrollados el cual oscila en un 7%, en relaciones con diversos tipos de variables que influyen a la aparición de este en los neonatos. En cuanto a factores que influyen en la aparición de bajo peso, se mencionan patologías como: preeclampsia, anemia, infección urinaria, los recién nacidos con bajo peso presentan diversos factores en los cuales el que presenta mayor probabilidad de concebir neonatos de bajo peso se relacionó con la edad gestacional, la preeclampsia, las infecciones entre las que se destacan la vaginosis e infección de vías urinarias con la probabilidad de tres veces más en comparación con las que no presentan la patología, el estado nutricional, entre otras.

4. Factores de riesgo

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la

hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

Diversas entidades han creado programas para la detección y reducción de factores de riesgo. Por ejemplo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lleva a cabo la iniciativa CARMEN que es una red formada por los ministerios de salud de la región de las Américas que trabajan juntos para la implementación de la Estrategia Regional y Plan de Acción para la prevención y control de las Enfermedades no Transmisibles, esta iniciativa tiene como objetivo mejorar el estado de salud de las poblaciones de las Américas a través de la reducción de los factores de riesgo asociados a las Enfermedades No Transmisibles. Esto se logra a través del desarrollo, implementación y evaluación de políticas, la movilización social, las intervenciones en la comunidad, la vigilancia epidemiológica y los servicios preventivos de atención de salud.

La Iniciativa CARMEN utiliza los principios rectores, enfoques estratégicos y cuatro líneas de acción contenidas en la Estrategia Regional:

- Política de salud y la promoción
- Promoción de la salud y prevención de enfermedades
- Vigilancia
- Gestión integrada de las enfermedades crónicas y factores de riesgo.

5. Enfoque de riesgo

Es un abordaje de atención en salud basado en considerar factores potenciales de daños a la salud, identificando factores de riesgo como características, hechos o circunstancias que determinen la probabilidad de enfermar o morir.

Aplicado en la salud reproductiva de la mujer, considera la probabilidad de sufrir algún daño en su salud, ante la presencia de condiciones como: embarazo en edades extremas de la vida reproductiva, la ocurrencia de 64 enfermedades crónicas degenerativas, alteraciones físicas, así como de factores psicológicos que contribuyen a incrementar la morbimortalidad materna y perinatal.

6. Riesgo obstétrico:

Es la probabilidad que una mujer embarazada o su futuro hijo tienen de sufrir una enfermedad, injuria o muerte. Se considera que toda mujer embarazada tiene riesgo obstétrico, por lo cual al consultar en cualquier establecimiento del

sistema nacional de salud, deberá recibir atención en forma inmediata, prioritaria, integral y con un abordaje preventivo. Esto implica que la atención deberá ser brindada con calidez, en el momento oportuno, con las tecnologías apropiadas al nivel de atención, y de acuerdo al riesgo que presente la mujer, a fin de asegurarle servicios de calidad.

En las mujeres en edad reproductiva el abordaje para reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal debe centrarse en el ciclo de vida, en los periodos siguientes: preconcepcional, cuidados durante el embarazo, cuidados durante el parto, cuidados durante el postparto y cuidados del recién nacido, establecidos como un proceso continuo.

En el marco del continuo de atención se promueve la consulta preconcepcional con el fin de corregir o eliminar factores de riesgo y con ello, obtener el embarazo en las mejores condiciones y reducir la probabilidad que la madre y su futuro hijo(a) puedan enfermar o morir.

Una vez logrado el embarazo, se deben brindar atenciones de calidad durante el prenatal, el parto y el puerperio.

El cuidado preconcepcional contribuye a que la mujer tome una decisión responsable respecto al momento oportuno para el embarazo. Es fundamental informar y educar a las mujeres en edad reproductiva y sus familias, sobre las condiciones de salud y determinantes sociales que aumentan el riesgo materno-perinatal, y que pueden ser reducidos o controlados.

Por todo lo anterior, el Ministerio de Salud (MINSAL) como ente rector del Sistema Nacional de Salud, considera necesario actualizar lineamientos técnicos, para adecuarlos al impulso de la Reforma de Salud a fin de superar la dispersión de los instrumentos jurídicos regulatorios que contribuían a fragmentar el abordaje de la atención en las mujeres en los períodos preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido, se pretende realizar un abordaje integral, con el fin de proveer a los prestadores de servicios de salud directrices claras para el manejo apropiado del embarazo, parto y post-parto normales, del recién nacido.

7. Clasificación de los factores de riesgo

En relación con las causas específicas de muerte materna y perinatal, es importante señalar las principales causas. Es posible agrupar los factores de riesgo en cuatro categorías.

Tabla n° 1: Clasificación de los factores de riesgo durante el embarazo.

Antecedentes Generales	Antecedentes Patológicos Obstétricos		Factores Sociales
Características de la conducta reproductiva	Historia Reproductiva	Enfermedades Crónico Degenerativas	Salud Reproductiva
Edad < 19 y > 35 años Multiparidad Intervalo Intergénésico Obesidad(IMC > 30kg/m ²) Bajo peso(IMC < 18.5kg/m ²) Consanguinidad Ocupación Desordenes alimentarios Adolescencia Consumo de medicamentos y sustancias	Abortos Muertes Perinatales previas Mortinato previo Prematurez Bajo peso al nacer Toxemia Defectos al nacimiento Cesáreas previas Hemorragias Obstétricas Infecciones puerperales previas Embarazo múltiple previo Embarazo ectópico previo y EGT Cirugías pélvicas previas Malformaciones uterinas Isoinmunización Rh previa	Hipertensión arterial Cardiopatías Diabetes Enfermedades Renales Trastornos de la salud mental (ansiedad, depresión, esquizofrenia) Enfermedades tiroideas Anemia Asma Convulsiones	Analfabetismo Unión inestables Vivienda Enfermedades psicosociales Desempleo Violencia sexual e Intrafamiliar Pobreza extrema Inaccesibilidad a los servicios de salud Prácticas sexuales de riesgo Carga laboral alta Exposición ocupacional a tóxicos o sustancias radioactivas

Fuente: Material técnico de habilidades obstétricas, neonatales, planificación familiar y prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria, mayo de 2011 San Salvador, El Salvador, C.A.

8. Cuidado preconcepcional

Al detallar los factores de riesgo previos, se debe mencionar que existe el término de **Riesgo Reproductivo**, el cual se define como la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su futuro hijo de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo. Puede deberse a situaciones familiares, sociales, biológicas o comportamientos sexuales de riesgo. Con la finalidad de detectar aquellas pacientes con factores de riesgo, específicamente aquellos relacionados con el riesgo reproductivo, ha surgido los cuidados y consulta preconcepcional.

- **Cuidado preconcepcional**

Conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo.

Toda usuaria que desea embarazarse, el cuidado preconcepcional se le debe de brindar seis meses previos a la búsqueda del embarazo. El promotor de

salud, como miembro del Ecos Familiar, debe identificar a mujeres en edad fértil que desee embarazarse, y referir a consulta preconcepcional.

- **Consulta preconcepcional**

Es una consulta brindada, por médico(a), enfermera(o) y licenciada(o) materno-infantil; a una mujer y su pareja, o a una mujer previo a su embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo.

Durante esta consulta se debe explorar a través de la Hoja Filtro, si la mujer presenta condiciones biológicas o sociales que incrementan su riesgo reproductivo. Si se detectan factores de riesgo reproductivo o existe el antecedente de recién nacido con malformaciones congénitas, enfermedades crónicas degenerativas o metabólicas, la mujer deberá ser remitida a consulta con el médico ginecoobstetra, quien definirá si se requiere interconsultas con otras especialidades médicas, con el fin de determinar si la mujer se encuentra en condiciones óptimas para embarazarse o si se requiere realizar acciones previas tales como el cambio de medicación, cambios de estilo de vida, tratamiento en enfermedades que pueden ser transmitidas por la madre al feto, entre otros. Si se detecta factores de riesgo y la usuaria no es candidata a embarazo, se debe asegurar de brindar consejería y oferta de métodos de planificación familiar.

Al encontrarse una mujer en el periodo de gestación, se recibe otro tipo de atención ya enfocada en el cuidado integral del binomio madre-hijo, a dicha atención se le conoce como control prenatal. El cual se define a continuación:

9. Control prenatal:

Es la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada por Ecos Familiar y Especializado, con el fin de: vigilar la evolución del proceso de gestación; identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad cuando sea necesario; brindar educación y consejería de acuerdo a las necesidades de la mujer; lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo(a).

Tipos de control prenatal

El control prenatal debe clasificarse, según la evaluación de la usuaria, en:

1. **Prenatal básico:** para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico general, médico de familia, licenciada en salud materno-infantil, enfermera capacitada o médico especialista donde se cuente con este recurso.
2. **Prenatal especializado:** para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por Médico Ginecoobstetra. En este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente.

A toda mujer embarazada se le pasará a su llegada la Hoja Filtro de control prenatal para definir si es candidata para control prenatal básico o especializado. La sección antecedente de esta hoja será llenada por la enfermera o el recurso designado para tal fin en cada institución, previo a la consulta de inscripción. Las secciones historia clínica general y embarazo actual de la Hoja Filtro serán llenadas durante la inscripción y en los controles subsecuentes, por el recurso que da el control prenatal.

Si al llenar la Hoja Filtro de control prenatal se detecta la presencia de una o más de las condiciones que evalúa o si durante el transcurso del control prenatal básico se detectan factores de riesgo o complicaciones, la usuaria deberá ser referida al control prenatal especializado al nivel correspondiente, según la condición de la paciente. Si la condición de referencia desaparece o puede tener un seguimiento básico, se hará el Retorno al establecimiento que la refirió. En este caso, continuará con el Control Prenatal Básico, brindándole las intervenciones que corresponden a la semana de gestación en la que se encuentra.

9.1 Componentes del control prenatal básico:

Dentro del control prenatal básico se abordan tres componentes: educativo, evaluación clínica y tratamiento.

9.1.1. Componente I: Educativo

El objetivo es lograr que la embarazada y su familia, adquieran conocimientos y desarrollen prácticas que le sean útiles para el auto-cuidado y el desarrollo de la gestación, reconozcan signos y síntomas de complicaciones, así como dónde acudir para su atención.

Las principales intervenciones de este componente son:

- Promueva el involucramiento de la pareja o un familiar en el control prenatal y el acompañamiento durante el parto.
- Enfatice la importancia de asistir puntualmente a la cita para el control prenatal y de no olvidar llevar su carné materno y la ficha del plan de parto.
- Enseñe a la mujer embarazada y su familia, a reconocer posibles complicaciones del embarazo a través de signos y síntomas (según etapa del embarazo) y que cuando se presenten, busquen inmediatamente atención médica.
- Higiene personal.
- Nutrición.
- Enfatizar la importancia de la toma de exámenes de laboratorio durante el prenatal.
- Orientación sobre el uso de medicamentos y el cumplimiento de indicaciones médicas.
- Importancia de la salud bucal y el tratamiento de patologías dentales.
- Salud mental.
- Evitar el uso de sustancias psicoactivas y drogas.
- Evitar la exposición al humo del tabaco y leña.
- Prevención de accidentes en el hogar.
- Orientación sobre derechos sexuales y reproductivos.
- Prevención de la violencia basada en género
- Sexualidad durante el embarazo.
- Preparación emocional y física de la embarazada para el parto, con participación de la familia.
- Promoción del plan de parto para facilitar o asegurar la atención del parto en un establecimiento de salud o por personal capacitado.
- Cuidados de episiotomía y cesárea.
- Cuidados del recién nacido.
- Planificación Familiar: importancia del espaciamiento intergenésico; métodos de PF utilizables. Se requiere consentimiento informado en caso de esterilización quirúrgica.
- Promover la participación comunitaria a través de la formación de Grupos de Apoyo o Comités de salud.
- Participación de la mujer embarazada en Clubes de madres o Círculos educativos de adolescentes embarazadas en el establecimiento de salud.

- Brindar consejería, aclarar dudas según necesidad de la usuaria o su familia.

9.1.2. Componente II: Evaluación clínica

Vigilar la condición de salud de la mujer embarazada y la evolución de la gestación, detectar factores de riesgo o complicaciones y referir oportunamente si se presentan. Debe priorizarse la atención de la mujer embarazada que presente signos y síntomas de alarma.

Las principales actividades en este componente son las siguientes:

- Llenado y análisis riguroso de la hoja filtro y de la hoja de la historia clínica perinatal.
- Examen físico completo, no olvide examinar la cavidad oral y las mamas. Realice examen vaginal y oferte la toma del PAP, si no está vigente.
- Evaluación del estado nutricional a través del índice de masa corporal (IMC)
- Evaluación de la salud mental.
- Toma de pruebas de laboratorio y gabinete.
- Detección y diagnóstico de patología obstétrica y no obstétrica. Derivar o referir a la embarazada con complicaciones o factores de riesgo.

9.1.3. Componente III: Preventivo y tratamiento

Brindar medidas preventivas que beneficien a la mujer embarazada y a su hija/o y proporcionar tratamiento oportuno de las complicaciones que se detecten durante el control prenatal intervenciones a realizar:

- Administración de micronutrientes.
- Atención odontológica.
- Atención nutricional.
- Aplicación de vacuna Antitetánica (Td) y vacuna Anti-influenza pandémica
- H1N1.
- Tratamiento de Infecciones de Transmisión sexual y de las infecciones de vías urinarias.
- Detección y referencia de embarazadas viviendo con VIH y sida.
- Diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas concomitantes con el embarazo.
- Detección y tratamiento de las complicaciones del embarazo.

- Atención de mujeres víctimas de violencia basada en género.
- Uso de medicamentos de acuerdo a categorización de FDA y etapa del embarazo.

10. Detección y tratamiento de las principales morbilidades que generan complicaciones del embarazo: Infección de vías urinarias.

En el ámbito de la detección y tratamiento oportuno de las principales morbilidades, como las Infecciones de Vías Urinarias, que presentan una alta incidencia de complicaciones para las gestantes, en muchos países se han realizado diversos estudios relacionados con infección de vías urinarias durante el embarazo y han creado diversas estrategias para la prevención, abordaje y tratamiento de las mismas.

Según estudios realizados en España el factor de riesgo más importante en las infecciones de vías urinarias es el embarazo. El 5-10% de las embarazadas presentan una infección vías urinarias bajas (ITU) en el curso de la gestación. Un 10% de los ingresos hospitalarios en gestantes se deben a infecciones de vías urinarias. La bacteriuria asintomática no tratada es un factor de riesgo de pielonefritis, bajo peso al nacer y parto prematuro.

En su protocolo de MEDICINA MATERNOFETAL ICGON HOSPITAL CLÍNIC de BARCELONA listan los siguientes factores de riesgo para infección de vías urinarias en la gestación:

1. Bacteriuria asintomática
2. Historia de ITU de repetición
3. Litiasis renal
4. Malformaciones uroginecológicas
5. Reflujo vesico-ureteral
6. Insuficiencia renal
7. Diabetes mellitus
8. Enfermedades neurológicas (vaciado incompleto, vejiga neurógena)
9. Anemia de células falciformes
10. Infección por *Chlamydia trachomatis*
11. Multiparidad
12. Nivel socioeconómico bajo.

En este protocolo se señala el tratamiento y seguimiento de estas infecciones de la siguiente manera: brindar tratamiento utilizando el antibiótico de espectro más reducido; fosfomicina < amoxicilina < cefuroxima < amoxicilina-clavulánico.

- Fosfomicina trometamol 3 gramos vía oral (dosis única)
- Amoxicilina 500 mg cada 8 horas vía oral por 4-7 días
- Cefuroxima 250 mg cada 12 horas vía oral por 4-7 días ó
- Amoxicilina-clavulánico 500 mg/8 h vía oral por 4-7 días.

En caso de alergia a betalactámicos:

- Fosfomicina trometamol 3 gramos vía oral (dosis única)
- Nitrofurantoína 50-100 mg cada 6 horas vía oral por 4-7 días.

En caso de no disponer de antibiograma se propondrá como tratamiento empírico de la bacteriuria asintomática el mismo que en la cistitis. Las pautas de duración estándar (4-7 días) parecen ser ligeramente más eficaces, aunque con menor cumplimiento y mayores efectos secundarios que las pautas en dosis única. El seguimiento de las pacientes que presentan IVU:

- Comprobar curación con urinocultivo a los 7-15 días de finalizar el tratamiento.
- En caso de recidiva, actuar según antibiograma y si no se dispone de él, ampliar el espectro.
- Repetir urinocultivo mensualmente.
- Tratamiento antibiótico supresor indicado en casos de bacteriuria asintomática recurrente después de 2 tratamientos completos no eficaces.

Otro país que ha realizado medidas para disminuir los casos de embarazadas con IVU, en Ecuador, el ministerio de salud cuenta con la Guía Práctica Clínica de Infección de Vías Urinarias en el embarazo en la cual señalan factores de riesgo, detección y tratamiento de infección de vías urinarias, enfatizando en la prevención de dicha morbilidad. Además en este país cuentan con una guía de infección de vías urinarias para las embarazadas con el objetivo de despejar las dudas que tenga la embarazada en relación a la infección de vías urinarias en esta etapa de su vida. El documento explica cómo prevenir las infecciones y en caso de presentar molestias cómo detectar los signos y que hacer. No obstante este documento es solo un complemento y un recordatorio a la atención que le brinda el personal de salud en los controles a los que toda embarazada tiene que asistir.

- **Prevención de infección de vías urinarias en embarazadas:**

Promoción de la salud y detección de factores de riesgo: la prevención primaria de toda enfermedad es la meta de la medicina preventiva. En cuanto a infección de vías urinarias en el embarazo no se dispone aún de una prevención efectiva. Mientras se desarrollan estrategias efectivas, se debe tomar en cuenta las siguientes evidencias:

Tabla n° 2: Evidencias y recomendaciones para la prevención de infección de vías urinarias en embarazadas.

Se recomienda el consumo de abundantes líquidos (>2 litros/día), vaciamiento completo de la vejiga en forma frecuente y después de tener relaciones sexuales, aseo genital adecuado y uso de ropa interior de preferencia de algodón. ⁵⁻¹⁴
Métodos alternativos como el consumo de jugo de <i>arándano</i> y lactobacilos probióticos pueden contribuir, pero no son suficientes para prevenir IVU recurrentes. ¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷
Hay evidencia de que el jugo de arándano (mortiño en Ecuador) puede disminuir el número de IVU sintomáticas en un periodo de 12 meses, sobre todo en IVU recurrentes sin embargo, aún no está claro ni la dosis ni el método de administración. ¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷
El antecedente de infecciones del tracto urinario (IVU) confirmadas es un predictor de BA durante el embarazo. ⁵⁻¹⁴⁻¹⁷⁻¹⁸
Se debe investigar el antecedente de IVU previas confirmadas en las embarazadas. ⁵⁻¹⁴⁻¹⁸

Fuente: Infección de vías urinarias en el embarazo, guía de práctica clínica, Ecuador 2013.

Con lo antes expuesto es necesario definir que es un plan de salud que defina la forma de abordar a las pacientes gestantes con riesgo, y aquellas que padecen Infección de Vías Urinarias, el cual debe contener en sus componentes las actividades y recursos encargados de efectuar esas medidas preventivas y terapéuticas.

Se comenzara por definir que es un **plan de salud**, el cual representa el diseño coherente, viable y eficaz con que la administración propone llevar a cabo una política de salud en la totalidad o en una parte del sistema. En principio, sin embargo los planes aislados, que se formulan para una región, por ejemplo para atacar una enfermedad determinada, para atender a un grupo de la población pierden coherencia cuando no toman en cuenta todos los componentes de un sistema de salud y sus interdependencias con otros sistemas. La integridad es un requisito esencial de un plan.

Un plan es un instrumento que contiene al menos: información referente al programa, objetivos (generales y específicos), actividades y metas, indicadores del cumplimiento de las metas, fechas de su realización, recursos económicos y materiales que sustenten su ejecución, personal responsable y la forma como se va a evaluar.

Toda la información suele presentarse de forma esquemática para que permita visualizar la ejecución de las actividades en un período determinado y que además, facilite verificar su cumplimiento y posibles modificaciones, así como la incorporación de nuevas actividades.

En su diseño y ejecución debe contarse con la participación de la dirección, o administración, el personal técnico y el órgano superior de un determinado programa, este último también encargado de su aprobación.

Un plan tiene como finalidades inmediatas tres grandes propósitos:

- Proponer una solución para las necesidades insuficientemente atendidas de la población.
- Proponer la mejor inversión posible de los recursos excedentes obtenidos del manejo más eficiente de los recursos actuales y del crecimiento de la economía.
- Hacer más eficientes las acciones que están en marcha.

Prioridades

Un plan está técnicamente limitado por el plazo de su formulación, por la disponibilidad de recursos financieros y por la prioridad de los problemas que aborda, no puede proyectarse más allá de la realidad de esos problemas y de los medios para su solución.

El Plan de Trabajo no debe visualizarse como un listado de actividades que rutinariamente realiza el programa, más todo lo contrario, busca que se incluyan las acciones que den una respuesta efectiva y oportuna a señalamientos limitantes y que por lo tanto ofrezcan oportunidades y alternativas innovadoras que garanticen la calidad en la atención a la población objetivo de la Organización.

Objetivos.

Identificados los problemas de salud, se fijaran los objetivos tendientes a la reducción de los problemas en los plazos del plan.

Características de los objetivos

1. Deben ser realistas: No deben crear expectativas que no se puedan cumplir. Expresar claramente las situaciones que se desean solucionar y en ellos debe evidenciarse un propósito de logro, transformación o cambio.

2. Deben ser flexibles: A fin de que se puedan modificar si el Plan lo exige.

3. Deben ser claros: Para que sean fáciles de comprender, y deben iniciar con un verbo en infinitivo, además se debe evitar el uso de verbos que se asocien a esfuerzos tales como fomentar, procurar, tratar, intentar.

Metas:

Es un elemento cuantificador y cualificador de los objetivos o propósitos del proyecto (programa) en un marco de tiempo. Señala cuánto queremos alcanzar de cada objetivo, cómo es la calidad de lo que queremos lograr y en que lapso de tiempo se va a conseguir.

Es importante considerar los siguientes aspectos para elaborar las metas:

- Deben ser alcanzadas por la Organización con los recursos financieros, humanos, físicos y tecnológicos disponibles.
- Deben establecerse para ser cumplidas en un plazo determinado.
- Deben ser conocidas y acordadas por los miembros de la Junta Directiva de la Organización.
- Debe señalar cuanto queremos alcanzar de cada objetivo y cómo es la calidad de lo que queremos lograr

Indicadores:

Miden los logros y el cumplimiento real de las metas de los programas sociales, los indicadores de producto o resultados suelen ser los más simples de aplicar, pues se orientan a medir el grado de cumplimiento de las metas propuestas con las realizadas. Por lo mismo, su medición se realiza generalmente comparando el número total de los beneficios realizados o ejecutados con el número de los programados. Sea que trate de beneficiarios, acciones, supervisiones, capacitaciones o proyectos, según como haya sido formulada la meta.

Actividades:

Son las acciones concretas que realiza la junta directiva, el personal del programa, voluntariado y otros para alcanzar los objetivos específicos señalados en la sección anterior. Deben indicarse actividades para cada objetivo y su correspondiente meta.

Evaluación:

El concepto de evaluación ligado al Plan de Trabajo debe relacionarse con la eficiencia y economicidad que involucra el mejor uso de los recursos definidos. Se relaciona con la periodicidad, técnicas y metodología, utilizadas por la Junta Directiva del programa para su monitoreo y realizar los ajustes que sean necesarios para su cumplimiento y reconocer las limitaciones internas y externas que deben considerarse.

Seguimiento

El seguimiento consiste en el examen continuo o periódico de la ejecución del programa a fin de valorar el avance de este, determinar dificultades o problemas detectados y recomendar medidas correctivas

10.1.1. Intervenciones que se realizan en nuestro país: “Plan nacional para la detección temprana, abordaje y seguimiento integral de las embarazadas con infección de vías urinarias, infecciones vaginales e infecciones bucales (caries, enfermedad periodontal y restos radiculares) en la RIISS.”

El ministerio de salud a través de los centros de salud acerca a la población en especial a las embarazadas la atención a través de los controles prenatales en los cuales se exigen como mínimo 5 durante todo el embarazo. Durante las visitas periódicas prenatales es necesario el tamizaje de IVU a través de tira rápida para orina o examen general de orina en las cuales se esperaría el siguiente resultado ya que la mayoría de las mujeres estarán asintomáticas inicialmente.

Tabla n° 3: Interpretación de tira rápida para orina o examen general de orina.

EXAMEN	RANGO EN SEMANAS					INTERVENCIONES
	MENOR 12 sem	16-18 sem	26-28 sem	32-34 sem	38 sem	
Tira rápida para orina o Examen General de Orina	X		X			<ul style="list-style-type: none"> • Si nitritos (+),esterasa leucocituria (+) o leucocitos arriba 12 xc, tratar como IVU y hacer control con urocultivo 2 semanas post-tratamiento. Si cultivo es positivo, refiera a la gestante al II nivel. • Si proteinuria (+) descarte IVU. Si no se trata de una IVU, investigue nefropatía o trastorno hipertensivo. Refiera a II nivel. • Glucosuria \geq 250 mg/dl puede relacionarse con diabetes gestacional.

Fuente: Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido, San Salvador, agosto de 2011.

La infección de vías urinarias es una causa frecuente de consulta en medicina familiar y general, las estadísticas refieren que alcanza del 10% al 20% de las

consultas diarias en los centros asistenciales. Se estima que el 40% de las mujeres han tenido una IVU alguna vez en su vida, y aproximadamente del 2-7% de embarazadas presenta IVU en algún momento de la gestación, siendo más frecuente en multíparas, en medio socioeconómico bajo y de acuerdo con la edad (a mayor edad, mayor predisposición a este tipo de infecciones).

Las infecciones del tracto urinario, son quizás las complicaciones médicas que más frecuentemente aparecen durante la gestación pero presenta un bajo índice de mortalidad materna-fetal pero estas pueden tener una repercusión importante, las complicaciones más frecuentes se presentan en algún momento de la gestación, ocasionando con ello una seria morbilidad materna y perinatal (parto pretérmino, peso bajo al nacer y ruptura prematura de membranas) por lo que es importante el manejo desde la aparición de una bacteriuria asintomática en estas pacientes.

En El Salvador El Informe de labores 2014-2015 del MINSAL: “Salud y Equidad hasta el último rincón del El Salvador” establece que para el periodo fetal, perinatal y neonatal la causa más frecuente de egreso registrados en hospitales del MINSAL según lista internacional de morbimortalidad de la CIE-10 es:

- Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto: El cual dentro de los códigos de clasificación incluye el P00.8: Feto y recién nacido afectados por otras afecciones maternas del embarazo, encontrándose en este código las infecciones materna del tracto genital y otras afecciones localizadas de la madre.

Los datos reportados por la Dirección de Vigilancia Sanitaria del ministerio de salud (MINSAL) en lo referente a la salud infantil para el periodo de enero a junio 2015 reflejan un índice de prematurez a nivel nacional fue de 8.62% (Enero a junio 2014: 8.28%), los departamentos con un índice mayor al promedio nacional son: Chalatenango (11.01%), San Salvador (10.78%), Ahuachapán (10.18%), La Libertad (9.16%) y La Paz (9.05%), los departamentos con un índice similar al promedio nacional son: Cuscatlán (8.56%) y Cabañas (8.19%) y los departamentos con un índice inferior al promedio nacional son: Sonsonate (7.91%), San Vicente (7.81%), Morazán (7.52%), Santa Ana (7.49%), San Miguel (7.45%), La Unión (6.52%) y Usulután (6.09%), además la primera causa de muerte para el primer semestre de los años 2014 y 2015 en los menores de 5 años fue: la prematurez. Para el mismo periodo reporta que el porcentaje de bajo peso al nacer fue de 9.9% (Enero a

junio: 2014:9.2%) y que del total del recién nacidos con bajo peso al nacer (3,061) el 49.5% están asociados también a prematuridad, los departamentos con un porcentaje de bajo peso al nacer mayor al promedio nacional son: San Vicente (11.55%), Santa Ana (11.40%), Chalatenango (11.0%), San Miguel (10.5%), Sonsonate (10.4%), La Paz (10.3%), Ahuachapán (10.3%), San Salvador (10.2%) y La Libertad (10.2%), el departamento con un porcentaje de BPN similar al promedio nacional es: Cabañas (9.7%) y los departamentos con un porcentaje de bajo peso al nacer inferior al promedio nacional son: Morazán (8.8%), Cuscatlán(8.6%), Usulután (7.8%) y La Unión (6.8%).

El análisis realizado en las auditorías de muerte materna e infantil durante el último año hacen inferir en las condiciones que contribuyen al parto prematuro y bajo peso al nacer en El Salvador y orientan las medidas a tomar en el PLAN NACIONAL PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA, ABORDAJE Y SEGUIMIENTO INTEGRAL DE LAS EMBARAZADAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, INFECCIONES VAGINALES E INFECCIONES BUCALES (CARIES, ENFERMEDAD PERIODONTAL Y RESTOS RADICULARES) EN LA RIISS. para poder incidir positivamente en estos indicadores, también reflejan que es importante poner atención a la detección oportuna de las infecciones de vías urinarias, infecciones vaginales, caries dental y enfermedad periodontal en el embarazo , así como el abordaje integral de las mismas por el personal de salud, ya que un gran porcentaje de las mujeres que dieron a luz a un niño prematuro o de bajo peso al nacer no recibieron un tratamiento establecido según normativa.

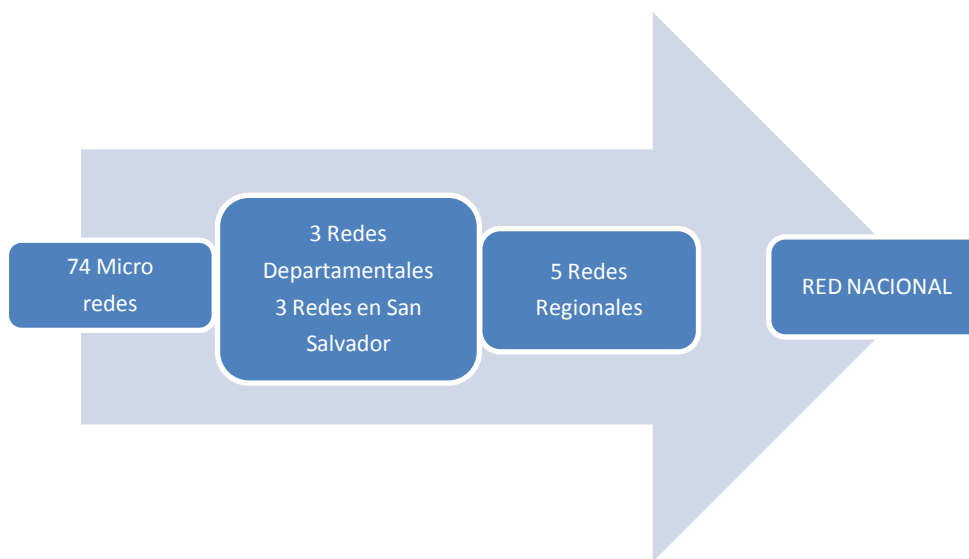
En el marco de los derechos sexuales y reproductivos es importante destacar el No. 16 referente al derecho a la educación: “toda persona tiene derecho a recibir contenidos educativos durante las atenciones de salud que se le provean”. Sin embargo, es importante realizar esfuerzos no solo desde el punto de vista educativo sino más bien tomando en cuenta la determinación social que aumenta el riesgo materno-perinatal, que incluye y trasciende a los servicios de salud hacia un enfoque inter e intrasectorial que potencie los factores protectores de la salud materna y que reduzca o disminuya los riesgos asociados, es por ello que debe fortalecerse la promoción de la salud y prácticas educativas innovadoras, oportunas, efectivas y de calidad en la RIISS a nivel individual, familiar y comunitario.

Cuando el embarazo es logrado es responsabilidad de la madre y del estado por medio del ministerio de salud brindar atención de calidad durante el periodo

prenatal para que no se presenten complicaciones durante el parto y puerperio por lo cual nuestro sistema cuenta con RIISS.

Las Redes integrales e integradas de servicios de salud (RIISS) están conformadas por las diferentes dependencias del MINSAL, instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) y otros prestadores de servicios de salud, que se incorporan gradualmente los cuales desarrollan su trabajo en una población definida, rinden cuentas por sus resultados y por el estado de salud de la población, que trabajan articuladamente para modificar las determinantes de la salud.

Figura n° 1 Estructura de las Redes integrales e integradas de servicios de salud.



Fuente: Manual de organización y funciones de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.

➤ **Objetivos del Plan:**

- Fortalecer las intervenciones para la detección temprana de factores de riesgo en la embarazada asociados a infección de vías urinarias, infecciones vaginales, caries y enfermedad periodontal para la reducción de la prematurez y bajo peso al nacer.

- Reforzar en el personal de salud de la RIISS las competencias técnicas normativas para el abordaje integral, oportuno y efectivo de las embarazadas con infección de vías urinarias, infecciones vaginales e infecciones bucales (caries, enfermedad periodontal y restos radiculares).
- Asegurar el seguimiento continuo en base a la normativa de las embarazadas con infección de vías urinarias, infecciones vaginales e infecciones bucales (caries, enfermedad periodontal y restos radiculares) en la RIISS.
- Potenciar las intervenciones de promoción y educación sanitaria en la RIISS de forma continua y con calidad para la prevención de infección de vías urinarias, infecciones vaginales e infecciones bucales (caries, enfermedad periodontal y restos radiculares) en las embarazadas.

➤ **Resultados esperados.**

- 100% de embarazadas con intervenciones para la detección temprana de infección de vías urinarias, infecciones vaginales, caries y enfermedad periodontal en el continuo de la atención en la RIISS.
- Se han reforzado las competencias técnicas del personal de salud de la RIISS para el abordaje integral, oportuno y efectivo del 100% de las embarazadas con infección de vías urinarias, infecciones vaginales e infecciones bucales (caries, enfermedad periodontal y restos radiculares).
- 100% de embarazadas con infección de vías urinarias, infecciones vaginales e infecciones bucales (caries, enfermedad periodontal y restos radiculares) con seguimiento continuo en base a normativa.
- Se han potenciado las intervenciones de promoción y educación sanitaria en la RIISS a nivel individual, familiar y comunitario de forma continua y con calidad para la prevención de infección de vías urinarias, infecciones vaginales e infecciones bucales (caries, enfermedad periodontal y restos radiculares) en las embarazadas.

➤ **Detección temprana.**

Tabla n°4: Detección temprana de infección de vías urinarias durante el embarazo.

A. Infección de Vías Urinarias:			
ACTIVIDADES	PERIODO DE EJECUCIÓN	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLES
1. Realizar a toda embarazada el examen de orina con tira reactiva en la inscripción prenatal.	Permanente a partir de Enero 2016	a - expedientes clínicos del 100% de embarazadas	-Personal medico y de enfermería que realice la inscripción.
2. Realizar el examen de orina con tira reactiva en cada uno de los controles prenatales normados (5),	Permanente a partir de Enero 2016	a - expedientes clínicos del 100% de embarazadas	-Personal medico y de enfermería que realice la atención.
3. Búsqueda activa de embarazadas con sintomatología sugerente a IVU durante la visita domiciliar.	Permanente a partir de Enero 2016	a -Registro de la visita, consejería y referencia en el expediente clínico	Equipo de salud nivel local del PNA.
4. Brindar consejera sobre higiene sexual, higiene de genitales, ingesta de líquidos abundantes y otros factores de riesgo asociados según cada caso	Permanente a partir de Enero 2016	a Registro de la consejería en el expediente clínico	-Personal medico y de enfermería que realice la atención.

Fuente: Plan nacional para la detección temprana, abordaje y seguimiento integral de las embarazadas con infección de vías urinarias, infecciones vaginales e infecciones bucales (caries, enfermedad periodontal y restos radiculares) en la RIISS.

➤ **Actividades a realizar:**

Los Equipos de Supervisión territorializados de SIBASI y Región en el momento de la visita programada deben verificar que las direcciones de las UCSF realicen la revisión semanal de expedientes, la calidad y el seguimiento a acuerdo derivados de la misma; además deben realizar revisión de 5 expedientes de embarazadas con infección de vías urinarias.

Los equipos regionales territorializados en la supervisión mensual que realizan al SIBASI deben verificar que estén realizando seguimiento sistemático a la revisión de expedientes clínicos de embarazadas con IVU e infecciones vaginales y actuación de acuerdo a los hallazgos. En hospitales se realizara una revisión de 10 expedientes semanales de embarazadas con IVU además el hospital debe asegurar la toma de urocultivo a más tardar 48 horas a toda embarazadas referida por “falla terapéutica”, así como la respuesta y tratamiento oportunos.

Verificar el cumplimiento de la normativa vigente para la atención de la embarazada con infección de vías urinarias (IVU) referida de la Dirección de Primer Nivel de Atención (DPNA) al hospital por “falla terapéutica”.

En ausencia de estudio microbiológico, administrar la profilaxis de la infección por *Streptococcus agalactiae* en los siguientes casos:

- * Amenaza de parto prematuro
- * Ruptura prematura de membranas
- * Temperatura intraparto igual o mayor de 38 °C

La profilaxis se hará de la siguiente manera:

- Primera elección: Penicilina sódica 4 millones de unidades intravenosos como dosis inicial, seguida de 2 millones de unidades intravenosos cada 4 horas hasta el nacimiento.
- Segunda elección: Ampicilina 2 gramos intravenosos dosis inicial, seguida de 1 gramo cada 4 horas hasta el nacimiento.
- En caso de anafilaxia a los medicamentos betalactámicos aplicar tratamiento con Clindamicina 900 mg cada 8 horas hasta el nacimiento.

Tabla n°5: Actividades a realizar para reforzar en el personal de salud de la RIISS las competencias técnicas normativas para el abordaje integral, oportuno y efectivo de las embarazadas con infección de vías urinarias.

ACTIVIDADES	PERIODO DE EJECUCIÓN	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLES
A. Infección de Vías Urinarias, Infecciones vaginales y Infecciones bucales (caries , enfermedad periodontal y restos radiculares).			
1. Retro alimentación en hospitales y UCSF al personal de salud que brinda atenciones a la embarazada de la normativa para el manejo de Infección de vías urinarias, infecciones vaginales, caries y enfermedad periodontal. (Esta actividad es realizada por cada dirección en su establecimiento)	Enero 2016	Listados de asistencia	Directores Regionales Coordinadores de SIBASI Direcciones de hospitales y UCSF.
2. Retroalimentación en hospitales y UCSF al personal de salud en la toma de muestra de orina y lectura de tira reactiva de orina. (Esta actividad es realizada por micro red intermunicipal y sera impartida por la jefatura de laboratorio clínico de la UCSF intermedia y/o especializada que coordina la micro red intermunicipal. (En caso que en la micro red intermunicipal exista un hospital el jefe de laboratorio del hospital se incluye como facilitador en la capacitación).	Enero 2016	Listados de asistencia	Directores Regionales Coordinadores de SIBASI Direcciones de hospitales y UCSF.
3. Revisión de expedientes clínicos de embarazadas con IVU, infecciones vaginales y infecciones bucales (caries , enfermedad periodontal y restos radiculares) y actuación de acuerdo a los hallazgos: <ul style="list-style-type: none"> • Cada Dirección/coordiación de UCSF es responsable de realizar la revisión semanal de los expedientes de: <ul style="list-style-type: none"> - 100% de embarazadas con IVU, 	Permanente a partir de Enero a 2016	Informes diarios de revisión de expedientes.	Dirección/ coordiación de UCSF y equipo tecnico.

Fuente: Plan nacional para la detección temprana, abordaje y seguimiento integral de las embarazadas con infección de vías urinarias, infecciones vaginales e infecciones bucales (caries, enfermedad periodontal y restos radiculares) en la RIISS.

➤ **Seguimiento a las embarazadas con infección de vías urinarias.**

Tabla n°6: Seguimiento a embarazadas con infección de vías urinarias.

ACTIVIDADES	PERIODO DE EJECUCIÓN	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLES
<p>1. Incluir en el libro de seguimiento a las embarazadas ya existente el registro de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazadas diagnosticadas con IVU • Embarazadas diagnosticadas con Infección Vaginal • Embarazadas diagnosticadas con Infecciones Bucales (caries, enfermedad periodontal, restos radiculares) <p>- Colocando en este registro las fechas de control por la patología y las de visita de seguimiento comunitario:</p> <p>Para IVU:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La visita de seguimiento comunitario se realiza en el quinto día de haber iniciado el tratamiento para verificar estado de salud, cumplimiento de tratamiento y recordatorio del próximo control. • El próximo control se realiza en la UCSF al finalizar el 10 día de tratamiento para evaluación de la paciente y decidir conducta a seguir. 	<p>Permanente a partir de Enero a 2016</p>	<p>Libro de seguimiento a la embarazada. Notas de visita en expediente clínico.</p>	<p>Medico, enfermera y Odontologo que brindan la atención</p>
<p>2. Reportar en forma semanal a la dirección del establecimiento de salud el listado de embarazadas faltistas a tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • por IVU, Infección vaginal, el reporte lo realizar el personal de enfermería. • Por infecciones bucales (caries , enfermedad periodontal y restos radiculares) el reporte lo realizar el Odontologo tratante 	<p>Permanente a partir de Enero a 2016</p>	<p>Reporte semanal recibido por la dirección.</p>	<p>Medico Director Enfermera Odontologo</p>

Fuente: Plan nacional para la detección temprana, abordaje y seguimiento integral de las embarazadas con infección de vías urinarias, infecciones vaginales e infecciones bucales (caries, enfermedad periodontal y restos radiculares) en la RIISS.

Continuación Tabla n°6: Seguimiento a embarazadas con infección de vías urinarias.

ACTIVIDADES	PERIODO DE EJECUCIÓN	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLES
<p>3. Realizar visita domiciliar a embarazadas faltistas al tratamiento para que asista a su control y brindar consejería.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infecciones bucales (caries , enfermedad periodontal y restos radiculares: consejería sobre Sobre hábitos de higiene bucal, el riesgo asociado de las caries y enfermedad periodontal con el parto prematuro, cumplimiento de citas y tratamiento, otros factores de riesgo según cada caso en particular 			
<p>4. Referencia de todas las embarazadas con IVU, infección vaginal , nfecciones bucales (caries , enfermedad periodontal y restos radiculares del área de responsabilidad del promotor de salud para seguimiento comunitario y consejería</p>	-Permanente a partir de Enero a 2016	Expediente clínico de la embarazadas Libro de R-R-IC	Medico Enfermeras Promotor de salud.
<p>5. Realizar sesiones educativas con grupos de embarazadas de áreas donde no hay promotor de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para IVU: Abordar temas sobre relación de la IVU con el parto prematuro, hábitos higiene sexual, higiene de genitales, ingesta de líquidos abundantes y otros factores de riesgo asociados según cada caso 	-Permanente a partir de Enero a 2016	Informe de sesión educativa realizada y listas de asistencia	Equipo de salud nivel local
<p>6. Incorporar en la vitacora diaria de hospital ya existente las embarazadas con diagnostico de IVU que consultaron en hospitales para seguimiento en el PNA</p>	-Permanente a partir de Enero a 2016	Vitacora diaria Reporte de seguimiento por el PNA en el expediente de la embarazada.	Dirección de Hospitales Coordinadores de SIBASI Directores de UCSF
<p>7. Gestionar el abastecimiento permanente de medicamentos e insumos para la detección y seguimiento de las embarazadas con IVU.</p>	-Permanente a partir de Enero a 2016	UCSF y Hospitales abastecidos con los insumos necesarios.	DPNA, DNH Direcciones regionales, Coordinaciones de SIBASI Direcciones de hospitales y UCSF.

Fuente: Plan nacional para la detección temprana, abordaje y seguimiento integral de las embarazadas con infección de vías urinarias, infecciones vaginales e infecciones bucales (caries, enfermedad periodontal y restos radiculares) en la RIISS.

Tabla n°7: Actividades a realizar para potenciar las intervenciones de promoción y educación sanitaria en la RIISS de forma continua y con calidad para la prevención de infección de vías urinarias.

ACTIVIDADES	PERIODO DE EJECUCIÓN	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLES
1.Elaboración e Implementación del intervenciones de IEC para la prevención y control de las Infecciones de vías urinarias, infecciones vaginales, caries y enfermedad periodontal a nivel de RIISS con participación comunitaria.	Permanente a partir de Enero a 2016	Documento Plan de IEC elaborado en hospitales, regiones, SIBASI Y UCSF. Informes de monitoreo en territorio del cumplimiento del mismo	DPNA. DAG DNH Unidad de atención integral a la mujer Unidad de atención integral a la niñez Unidad de enfermería
2. Elaboración y reproducción de material educativo para IVU, infecciones vaginales e infecciones bucales (caries , enfermedad periodontal y restos radiculares) en las embarazadas.	Enero 2016	Material educativo elaborado para cada temática	IDEM
3- Estandarización de cartas didácticas a implementar en las sesiones educativas para la prevención de IVU, Vaginitis e infecciones bucales (caries , enfermedad periodontal y restos radiculares)	Permanente a partir de Enero a 2016	cartas didácticas	IDEM
4- Elaboración e Implementación de una estrategia comunicacional masiva a nivel nacional y local con cuñas radiales, y entrevistas en vivo sobre las consecuencias de las IVU, infecciones vaginales, caries e infecciones bucales (caries , enfermedad periodontal y restos radiculares) con participación de expertos multidisciplinarios de cada región de salud y participación de las embarazadas para la educación entre pares.	Permanente a partir de Enero a 2016	Informes de participación en los medios, cuñas radiales producidas.	Educadora de DPNA Y de regiones y unidad de comunicaciones
5- Movilización social y comunitaria para lograr una participación activa de los líderes civiles y religiosos, grupos de mujeres, jóvenes y hombres para promover la salud materna en las comunidades: <ul style="list-style-type: none"> • En comunidades cubiertas por promotor de salud al menos una semestral con apoyo del equipo de la UCSF. • En las zonas urbanas y sin promotor de salud: una al año por el equipo de la UCSF. 	Permanente a partir de Enero a 2016	Informes de actividades, SEPS de Promoción de la salud y participación social y comunitaria	SIBASI, UCSF

Fuente: Plan nacional para la detección temprana, abordaje y seguimiento integral de las embarazadas con infección de vías urinarias, infecciones vaginales e infecciones bucales (caries, enfermedad periodontal y restos radiculares) en la RIISS.

Continuación Tabla n°7: Actividades a realizar para potenciar las intervenciones de promoción y educación sanitaria en la RISS de forma continua y con calidad para la prevención de infección de vías urinarias.

ACTIVIDADES	PERIODO DE EJECUCIÓN	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLES
7. Capacitación al personal de salud de las RISS en los contenidos propuestos y metodologías de educación popular (teatro comunitario) para su participación efectiva en actividades de detección y educación para la prevención desde la comunidad.	Enero 2016	Carta didáctica, informe de taller y listas de asistencia	Educadora de DPNA Y de regiones y unidad de comunicaciones
8- Capacitación a los comités de salud, líderes y otras estructuras comunitarias organizadas en los contenidos propuestos y metodologías de educación popular (teatro comunitario) para su participación efectiva en actividades de detección y educación para la prevención desde la comunidad.	A partir de Enero 2016 (2 veces en el año)	Planes de trabajo con los comités de salud, informes de actividades de capacitación	SIBASI Y UCSF

Fuente: Plan nacional para la detección temprana, abordaje y seguimiento integral de las embarazadas con infección de vías urinarias, infecciones vaginales e infecciones bucales (caries, enfermedad periodontal y restos radiculares) en la RISS.

➤ **Prevención de Infecciones de vías Urinarias.**

Como medidas generales, en toda paciente con antecedentes de Infecciones de vías urinarias, además de la corrección de eventuales alteraciones anatómicas y/o funcionales, debe ponerse especial énfasis en: su adecuada hidratación, que asegure un buen flujo urinario; educación de hábitos miccionales, especialmente un completo y frecuente vaciamiento vesical; corregir la técnica de higiene perineal; combatir la constipación cuando exista.

También se puede ayudar a prevenir las infecciones de vías urinarias de varias maneras más específicas como:

- Beber de 6 a 8 vasos de agua diariamente, el agua es lo mejor.
- Eliminar las comidas refinadas, la cafeína, el alcohol y el azúcar.
- Tomar vitamina C ya que acidifica la orina evitando así el crecimiento bacteriano.
- Miccionar antes y después de las relaciones sexuales.
- Asegurarse de limpiar siempre de adelante hacia atrás.

- Al momento de limpiar los genitales debe hacerlo de la región vaginal a la región anal, no hacerlo de la región anal a la región vaginal porque es ahí que bacterias del ano invaden la vagina ascendiendo hacia el tracto urinario.
- Evitar el uso de jabones fuertes, duchas, cremas antisépticas, polvos y sprays de higiene femenina.
- Cambiarse diariamente la ropa interior y procurar que sea de algodón.
- No consumir, indiscriminadamente y sin atención médica, antibióticos, ya que pueden afectar la flora vaginal lo que permite la multiplicación de las bacterias que luego pasan a la vejiga.
- Evitar las bebidas alcohólicas. El alcohol es un irritante de las vías urinarias de hombres y mujeres, y debe evitarse durante una infección en la vejiga.

➤ **MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN.**

El presente plan debe ser objeto de monitoreo, supervisión y evaluación sistemática a partir de su implementación, considerando lo siguiente:

a. NIVEL NACIONAL:

Las diferentes Direcciones y Unidades involucradas en la ejecución del presente plan se organizarán para realizar el monitoreo, supervisión y evaluación del plan, tomando en cuenta lo siguiente:

- En base a los resultados del monitoreo se enfocan las supervisiones, incorporando esta actividad en las supervisiones ya programadas por las diferentes Direcciones y Unidades del VMSS.
- Cuando las supervisiones se realicen a Hospitales y UCSF debe tomarse al azar expedientes clínicos de embarazadas que han consultado por Infección de Vías Urinarias, infecciones vaginales, caries o enfermedad periodontal para verificar el cumplimiento de normativas en el abordaje de las mismas.
- El monitoreo y supervisión al cumplimiento del plan se debe realizar en los siguientes ámbitos: Regiones de Salud, SIBASI, UCSF y Hospitales, según corresponda, además debe brindar asistencia técnica en el momento de la supervisión si se identifican puntos de mejora en cada nivel.
- Realizar una evaluación conjunta trimestral al cumplimiento del plan, estableciendo en ellas acciones de mejora a ser realizadas desde el nivel

nacional para solventar la problemática identificada, deben participar en esta evaluación las Direcciones Regionales de Salud y Direcciones de hospitales regionales.

b. NIVEL REGIONAL:

Las Direcciones Regionales, Direcciones de Hospitales Regionales y Delegados de Hospitales se organizaran para realizar el monitoreo, supervisión y evaluación del plan, tomando en cuenta lo siguiente:

En base a los resultados del monitoreo se enfocan las supervisiones, incorporando esta actividad en las supervisiones ya programadas.

Cuando las supervisiones se realicen a Hospitales y UCSF debe tomarse al azar expedientes clínicos de embarazadas que han consultado por Infección de Vías Urinarias, infecciones vaginales, caries o enfermedad periodontal para verificar el cumplimiento de normativas en el abordaje de las mismas.

- El monitoreo y supervisión al cumplimiento del plan se debe realizar en los siguientes ámbitos: SIBASI, UCSF y Hospitales, según corresponda, además debe brindar asistencia técnica en el momento de la supervisión si se identifican puntos de mejora en cada nivel.
- Realizar una evaluación conjunta bimensual al cumplimiento del plan, incorporando este punto en la agenda del Consejo de Gestión de la RIISS Regional, estableciendo en ellas acciones de mejora a ser realizadas desde el nivel regional para solventar la problemática identificada.
- Las Direcciones Regionales y Delegados de Hospitales deben elaborar un informe conjunto de la evaluación bimensual realizada , el cual deben enviar a la DPNA y DNH respectivamente, el mismo debe contener un análisis y medidas tomadas ante el incumplimiento del plan por los Hospitales, Regiones de Salud, SIBASI y UCSF.

c. NIVEL LOCAL: SIBASI, UCSF Y HOSPITALES.

En base a los resultados del monitoreo se enfocan las supervisiones, incorporando esta actividad en las supervisiones ya programadas por el SIBASI, Direcciones de Hospitales y Direcciones/Coordinaciones de UCSF.

- Durante las supervisiones debe tomarse al azar expedientes clínicos de embarazadas que han consultado por Infección de Vías Urinarias, infecciones vaginales, caries o enfermedad periodontal para verificar el cumplimiento de normativas en el abordaje de las mismas.

- El monitoreo y supervisión al cumplimiento del plan se debe realizar en los siguientes ámbitos: UCSF y Hospitales, según corresponda, además debe brindar asistencia técnica en el momento de la supervisión si se identifican puntos de mejora en cada nivel.
- Realizar una evaluación conjunta mensual al cumplimiento del plan, incorporando este punto en la agenda de los Consejos de Gestión de la RIISS Departamental, micro red intermunicipal y micro red municipal, estableciendo en ellas acciones de mejora a ser realizadas desde cada ámbito de la RIISS para solventar la problemática identificada.
- Las Direcciones de Hospitales Departamentales, Coordinaciones de SIBASI y Coordinaciones de las micro redes intermunicipales deben elaborar un informe conjunto de la evaluación mensual realizada, el cual deben enviar a la coordinación de la Red Regional, el mismo debe contener un análisis y medidas tomadas ante el incumplimiento del plan por los Hospitales, SIBASI y UCSF.
- Los indicadores de evaluación del presente plan deben ser incorporados a la evaluación de resultados de salud en las RIISS departamentales en forma trimestral.

Hospitales y Unidad Comunitaria de Salud Familiar.

Las coordinaciones de micro red intermunicipal, direcciones de UCSF Intermedias o UCSF Especializadas y Direcciones de hospitales básicos que conforman el Consejo de Gestión de la micro red intermunicipal deben elaborar un informe conjunto de la evaluación mensual realizada, el cual deben enviar a la coordinación de la Red departamental, el mismo debe contener un análisis y medidas tomadas ante el incumplimiento del plan por los Hospitales y UCSF.

- El equipo multidisciplinario de las UCSF y Hospitales debe realizar en su ámbito un monitoreo semanal al cumplimiento de las actividades del plan en las reuniones técnicas administrativas ya establecidas en los distintos niveles de atención. Se debe dejar evidencia escrita de esta actividad.
-
- Gestionar el abastecimiento permanente de medicamentos e insumos para la detección y seguimiento de las embarazadas con IVU.

Según las guías clínicas de ginecología y obstetricia la atención de las embarazadas con infección de vías urinarias es el siguiente:

Tabla n°8: Atención de embarazadas con infección de vías urinarias.

24.3 Atención de embarazadas con infección de vías urinarias	NIVEL DE ATENCIÓN		
	I	II	III
1. Historia clínica: Mujer embarazada que da historia de... <ul style="list-style-type: none"> • IVU baja: Disuria, polaquiuria, frecuencia y urgencia urinarias, orina turbia y dolor suprapúbico. Ocasionalmente hay hematuria. • IVU alta: Fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos, dolor lumbar, malestar general, además de los síntomas de IVU baja. 	x	x	x
2. Examen físico completo: <ul style="list-style-type: none"> • Tome Signos Vitales: TA, FC, FR y temperatura. • Evaluación abdominal: dolor abdominal puntos ureterales (+) y/o puño-percusión renal bilateral (+) • Evaluación obstétrica: según edad gestacional. 	x	x	x
3. Diagnóstico diferencial: <ul style="list-style-type: none"> • IVU baja: vulvovaginitis, • IVU alta: Apendicitis, litiasis renal, colecistitis, gastroenteritis, hepatitis, corioamnionitis, mioma uterino degenerado, tumor de ovario torcido, neumonía lobar. 			
4. Realice examen general de orina o prueba rápida con tira reactiva: Los elementos más importantes a medir son los nitritos y la esterasa leucocitaria. Criterios diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> • Nitritos (+) con esterasa leucocitaria (+): De tratamiento. • En caso de IVU alta: Puede haber piuria, leucocituria, hematuria, cilindros leucocitarios en el EGO. 	x	x	x
5. Informe a la paciente y su familia sobre su condición. Aclare sus dudas. Explique importancia de cumplir el tratamiento.	x	x	x

Fuente: Guías clínicas de ginecología y obstetricia del Ministerio de Salud de El Salvador 2012.

IV. HIPÓTESIS

HIPOTESIS 1

Las complicaciones maternas presentadas en las gestantes con diagnóstico de infección de vías urinarias son la amenaza de parto prematuro, abortos, amenaza de parto pre término; y las complicaciones fetales producto de dicha morbilidad materna son retardo del crecimiento intrauterino, sepsis neonatal.

HIPÓTESIS 2

El nivel de cumplimiento alcanzado con las intervenciones que se establecen en el Plan Nacional para la detección temprana de los factores de riesgo en las gestantes para el padecimiento de infección de vías urinarias en dicha población, fue del 84%.

HIPÓTESIS 3

El personal de la UCSFI de Soyapango posee las competencias técnicas para realizar las actividades establecidas en la normativa para el abordaje integral, oportuno y efectivo de las embarazadas con infección de vías urinarias.

HIPÓTESIS 4.

Las actividades correspondientes al seguimiento continuo del 100% de las gestantes con infección de vías urinarias influyen de forma significativa en la presentación o no de complicaciones durante la gestación y puerperio.

HIPÓTESIS 5

La educación y participación activa del personal de salud, embarazadas y comunidades son las intervenciones establecidas por las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud realizan para incidir en la prevención de las infección de vías urinarias en las embarazadas.

V. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación cuantitativa, de tipo descriptiva no experimental de corte transversal; ya que se estudió una situación presente en la realidad durante un tiempo específico sin pretender dar continuidad a la problemática estudiada.

ÁREA DE ESTUDIO

Por el sector de la población que se estudió, la investigación se situó dentro de la rama de la obstetricia y en el ámbito de la salud pública ya que es una morbilidad que afecta a muchas gestantes y constituye un motivo de consulta frecuente en esta población.

Además por el flujo de información que se generó, la frecuencia, los determinantes, las relaciones, y los factores relacionados con la salud y enfermedad de la población a estudiar es situada en el área de la epidemiología.

PERIODO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó de marzo a mayo de 2016.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres embarazadas con diagnóstico de infección de vías urinarias que presentaron complicaciones durante la gestación y en el periodo de puerperio, en el mes de marzo a mayo en la UCSFI Enfermera Zoila M. de Guadrón del municipio de Soyapango del departamento de San Salvador, en el período de investigación comprendido.

UNIVERSO DE ESTUDIO

El **universo** fueron todas las mujeres embarazadas y las que se encontraron en el puerperio que fueron atendidas y tratadas en la UCSFI Enfermera Zoila M. de Guadrón durante el período de marzo a mayo de 2016 en el municipio de Soyapango del departamento de San Salvador.

Población de estudio

Fueron las mujeres que presentaron complicaciones asociadas a infecciones de vías urinarias durante el embarazo y puerperio en los meses de marzo a mayo en la UCSFI Enfermera Zoila M. de Guadrón de Soyapango.

No se debe emplear muestras cuando la población es muy pequeña por consiguiente la **Muestra** de la presente investigación se obtuvo al tomar la población como muestra para que ésta fuera representativa. Para la muestra se verificaron los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujer embarazada que lleve sus controles prenatales en la UCSFI Zoila de Guadrón de Soyapango.
- Paciente con EGO positivo o tira de comburt test positiva a infección de vías urinarias detectadas en la UCSFI Soyapango.
- Paciente con tratamiento para infección de vías urinarias en cualquier trimestre del embarazo en UCSFI.
- Paciente con controles post parto en UCSFI Soyapango y que durante su gestación fueron diagnosticadas con infección de vías urinarias y presentaron cualquier tipo de complicaciones.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes embarazadas con controles prenatales en otra Unidad de Salud.
- Pacientes clínicamente asintomáticos a infección de vías urinarias.
- Paciente con examen general de orina y tira comburt test negativa.
- Pacientes que durante gestación y periodo de puerperio no presentaron complicaciones tanto para madre como para recién nacido.

FUENTES DE INFORMACIÓN

La fuente de información es secundaria, ya que se recolecto, con previa autorización del director del establecimiento de salud, de los expedientes clínicos, libros de seguimiento para embarazadas con IVU, documentos de revisión de expedientes clínicos semanales de las pacientes gestantes con

diagnóstico de infección de vías urinarias, y de ellas verificando aquellas pacientes que han presentado complicaciones a lo largo de su embarazo y en período de puerperio para aquellas a las cuales ya se han inscrito en el control postparto, tomando en cuenta que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión especificados en el apartado de Muestra.

TÉCNICA Y HERRAMIENTA DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Tomando en cuenta que la fuente de obtención de datos es de carácter secundario, para recolectar la información pertinente en los expedientes clínicos, en los libros de seguimiento para embarazadas con IVU, en los documentos de revisión de expedientes clínicos semanales de las pacientes gestantes se utilizó como técnica la revisión bibliográfica, a través de una matriz de vaciamiento de datos. El primer apartado consistió en el llenado de los datos generales de las pacientes, como segundo apartado se inició una serie de ítems que evaluaran cumplimiento de los indicadores de la investigación.

MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS

Al utilizar datos directamente de expedientes clínicos, de libros de seguimiento para embarazadas con IVU, de los documentos de revisión de expedientes clínicos semanales, se procedió a recopilar datos con previa autorización del director de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Enfermera Zoila de Guadrón de Soyapango, para guardar el anonimato de las pacientes que cumplen los criterios de inclusión del estudio, se utilizó el número de expediente

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Se procedió de la siguiente manera:

- ✓ Se solicitó autorización al director de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Enfermera Zoila de Guadrón de Soyapango, por medio del Formulario de Autorización (Anexo 2.)
- ✓ Se seleccionaron los expedientes clínicos de las gestantes con diagnóstico de infección de vías urinarias, los libros de seguimiento para embarazadas con IVU, y los documentos de revisión de expedientes

clínicos semanales de los meses de marzo – mayo 2016, en cada uno se hizo una última selección de aquellos casos en los cuales se presentó complicaciones durante gestación, además de la revisión de expedientes clínicos de pacientes a las cuales ya se les realizó su inscripción post parto y presentaron alguna complicación.

- ✓ A continuación se llenó la matriz de datos según cada ítem evaluado para cada expediente clínico.
- ✓ Posteriormente se contabilizaron todos los datos y se realizó la codificación de los datos para facilitar su manejo. Se construyeron cuadros y tablas para la presentación adecuada de los datos obtenidos según el instrumento, y se elaboraron gráficas y estadísticas utilizando el programa Microsoft Excel 2003 ó 2007. Y según los números de ítem que cumpla cada objetivo se pudo determinar una frecuencia y así poder verificar que tanto se cumplió e implemento dicho Plan Nacional.
- ✓ Se analizaron los ítems y datos con el instrumento que contribuían a dar respuesta a los objetivos de la investigación con su respectiva elaboración y relación con graficas de barras y columnas apiladas que ayudan a una mejor interpretación de los datos obtenidos para brindar finalmente una interpretación global y así dar un análisis y una discusión relacionando la teoría con los resultados.

OPERACIONALIZACION VARIABLES

OBJETIVO GENERAL: Verificar cumplimiento del plan para la detección temprana, abordaje y seguimiento integral de las embarazadas con diagnóstico de infección de vías urinarias que presentaron complicaciones durante el embarazo y puerperio en la unidad comunitaria salud familiar intermedia de Soyapango de marzo - mayo 2016.

Objetivos Específicos	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Valores	Fuente	Técnica	Herramienta
#1 Establecer las principales complicaciones presentadas en las gestantes con infección de vías urinarias, durante el embarazo y en el puerperio en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Soyapango.	V1. complicaciones presentadas en las gestantes con infección de vías urinarias, durante el embarazo y en el puerperio	<p>Complicación: Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.</p> <p>Y según definición anterior podemos decir que las complicaciones del embarazo son los problemas de salud que se producen durante el embarazo y afectan la salud y aumentan el riesgo de morbilidad de la madre, del bebé o de ambos.</p>	Identificar las complicaciones principales en las mujeres embarazadas y púerperas que presentaron IVU durante la atención brindada en la UCSFI Soyapango en el periodo de estudio a través de los expedientes.	Complicaciones maternas	<ul style="list-style-type: none"> • Amenaza de aborto • Abortos • Amenaza de parto pre término • Parto pre término 	De tipo secundario, mediante la revisión de expedientes clínicos, libros de seguimiento para embarazadas con IVU, documentos de revisión de expedientes clínicos semanales	Revisión documental	Matriz de vaciamiento de datos
				Complicaciones fetales	<ul style="list-style-type: none"> • Retardo del crecimiento intrauterino • Sepsis neonatal. • Bajo peso al nacer • Anemia 			

Objetivos Específicos	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Valores	Fuente	Técnica	Herramienta
<p>#2</p> <p>conocer las intervenciones que se realizaron, y están establecidas en el plan nacional para la detección temprana de factores de riesgo en las embarazadas con diagnóstico de infección de vías urinarias que presentaron complicaciones</p>	<p>V2</p> <p>Detección temprana de factores que aumentan el riesgo en las embarazadas con diagnóstico de infección de vías urinarias que presentaron complicaciones</p>	<p>Enfoque de riesgo</p> <p>Es un abordaje de atención en salud basado en considerar factores potenciales de daños a la salud y así Identificar los factores de riesgo como características, hechos o circunstancias que determinen la probabilidad de sufrir algún daño o incrementar la morbilidad materna y fetal.</p>	<p>Se buscaran en el expediente clínico en las historias clínicas los factores de riesgo que llevan a las embarazadas y puérperas a presentar infecciones de vías urinarias y complicaciones.</p>	<p>Factores Biológicos</p> <p>Factores sociales</p> <p>Factores Obstétricos</p> <p>Detección de riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad < 19 años • Edad > 35 años • Desnutrición (<18.5km/m2) • Obesidad (>30km/m2) • Consumo de cigarrillo • Consumo de alcohol • Consumo de medicamento • < de 1 litro de liquido • >de 1 litro de líquidos • Enfermedades Crónicas • Aseo genital diario • Hx de IVU a repetición <ul style="list-style-type: none"> • casada • soltera • acompañada • Primaria • Secundaria • Universitaria • Ama de Casa • Trabajo informal • Trabajo formal <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo no deseado • Nulípara • Multípara • Infecciones vaginales • Complicaciones en embarazos anteriores • Cirugías previas del tracto reproductor • Bacteriuria Asintomática • Relaciones sexuales durante gestación <ul style="list-style-type: none"> • Detección temprana de riesgo • Detección temprana de la enfermedad 	<p>De tipo secundario, mediante la revisión de expedientes clínicos, libros de seguimiento para embarazadas con IVU, documentos de revisión de expedientes clínicos semanales</p>	<p>Revisión documental</p>	<p>Matriz de vaciamiento de datos</p>

Objetivos específicos	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Valores	Fuente	Técnica	Herramientas
<p>#3 Identificar las competencias técnicas normativas realizadas y que están establecidas para el abordaje integral, oportuno y efectivo de las embarazadas con infección de vías urinarias, en el personal de salud de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Soyapango.</p>	<p>V3 Competencias Implementadas por el personal de salud según la normativa</p>	<p>Las competencias del personal de salud son las capacidades son los conocimientos y habilidades del plan de atención en las diferentes interacciones con las embarazadas con IVU.</p>	<p>A través de la Lista de Chequeo de expedientes clínicos para evaluar actividades que se aplican para cumplimiento de la atención a la embarazada con IVU.</p>	Realización de examen de orina con tira reactiva en la inscripción prenatal	*Si *No	<p>De tipo secundario, mediante la revisión de expedientes clínicos, libros de seguimiento para embarazadas con IVU, documentos de revisión de expedientes clínicos semanales.</p>	<p>Revisión documental</p>	<p>Matriz de vaciamiento de datos</p>
				Realización de tira reactiva en cada CPN.	*Si *No			
				Búsqueda activa de embarazadas con sintomatología sugerente a IVU durante la visita domiciliar.	*Si *No			
				Brindó consejería	*higiene sexual *ropa fresca *higiene de genitales *ingesta de líquidos abundantes			
				Se indago Investigar en cada control prenatal sintomatología de IVU.	*Si *No			
				¿Se recolectaron los datos en el libro rojo de embarazadas?	*Si *No			
				Se brindo retroalimentación por personal de salud de la normativa del manejo de IVU en la embarazada	*Si *No			
				Se Revisó el expedientes clínicos de embarazadas con IVU y actuación de acuerdo a los hallazgos	*Si *No			
				¿Ha IVU recurrente?	*Si *No			
				¿Se ha toma Urocultivo?	*Si *No			
				¿Se brinda respuesta de urocultivo a más tardar 48h a toda embarazadas referida por "falla terapéutica"?	*Si *No aplica			
				¿Se verifica el cumplimiento de la normativa vigente para la atención de la embarazada con IVU por "falla terapéutica"?	*Si *No aplica			
¿Se da seguimiento por parte de la UCSF a paciente con complicación que es referida a hospital?	*Si *No aplica							

Obj. Específicos	Variables	Definición conceptual	Def. operacional	Indicadores	Variables	Fuente	Técnica	herramienta
#4 Verificar el seguimiento continuo en base a la normativa para embarazadas con infección de vías urinarias que presentaron complicaciones brindado por las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.	V4 Seguimiento continuo en base a la normativa para embarazadas con infección de vías urinarias que presentaron complicaciones.	Consiste en el examen continuo o periódico de la ejecución del programa a fin de valorar el avance de este, determinar dificultades o problemas detectados y recomendar medidas correctivas.	Se buscará a través de expedientes clínicos, libros de seguimiento para embarazadas con IVU, en los registros de embarazadas faltistas a tratamiento, en documentos de revisión de expedientes clínicos semanales de dichas pacientes, para verificar que se ha brindado seguimiento y búsqueda de las pacientes que estén faltistas a tratamiento a fin de asegurar un manejo integral de dichas pacientes.	¿Se incluye en el libro de seguimiento a las embarazadas ya existente el registro de embarazadas diagnosticadas con IVU?	*Si *No	De tipo secundario, mediante la revisión de expedientes clínicos, libros de seguimiento para embarazadas con IVU, documentos de revisión de expedientes clínicos semanales	Revisión documental	Matriz de vaciamiento de datos
				¿Se coloca en el registro de embarazadas las fechas de control al quinto día de haber iniciado el tratamiento para IVU y recordatorio del próximo control?	*Si *No			
				¿Se coloca en el registro de embarazadas las fechas del control que se realiza en la UCSF al finalizar el 10 día de tratamiento para evaluación de la paciente y decidir conducta a seguir?	*Si *No			
				¿Se reporta de forma semanal a la dirección del establecimiento de salud el listado de las embarazadas faltistas a tratamiento por IVU?	*Si *No			
				¿Se realiza visita domiciliar a embarazadas faltistas al tratamiento por IVU, para que asistan a su control y brindar consejería?	*Si *No			
				¿Se brinda consejería sobre el parto prematuro, higiene sexual, higiene de genitales, evaluación de prácticas sexuales de riesgo, cumplimiento de tratamiento y la necesidad de volver a su control de seguimiento a las embarazadas a las cuales se les realiza la visita domiciliar?	*Si *No			

Obj. específicos	Variables	Definición conceptual	Def. operacional	Indicadores	Valores	Fuente	Técnica	Herramientas
				¿Los promotores de Salud refieren a todas las embarazadas con IVU para seguimiento comunitario y consejería?	*Si *No			
				¿Se realizan sesiones educativas con grupos de embarazadas con IVU en áreas donde no hay promotor de salud, para abordar temas en relación de la IVU con el parto prematuro, hábitos higiene sexual, higiene de genitales, ingesta de líquidos abundantes y otros factores de riesgo asociados según cada caso?	*Si *No aplica *No			
#5 Identificar las intervenciones de promoción y educación sanitaria realizadas y que están establecidas en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud de forma continua y con calidad para la prevención de infección de vías urinarias en las embarazadas.	V5 Intervenciones de promoción y educación sanitaria realizadas y establecidas para la prevención de infección de vías urinarias en las embarazadas.	Conjunto de medidas dirigidas a la promoción y educación sanitaria establecidas en la normativa y cuya finalidad es la prevención de los casos de infección de vías urinarias en las embarazadas.	Se realizara la revisión de planes de charlas de la UCSFI, cartas didácticas de sesiones educativas, donde se verifique las temáticas brindadas.	¿Se ha elaborado e implementado intervenciones de Información, Educación y Comunicación para la prevención y control de las IVU a nivel de RISS con participación comunitaria?	*Si *No	De tipo secundario, mediante la revisión de expedientes clínicos, libros de seguimiento para embarazadas con IVU, documentos de revisión de expedientes clínicos semanales	Revisión documental	Matriz de vaciamiento de datos
				¿Se ha elaborado y reproducido material educativo para IVU en las Embarazadas, en consultorios y unidad de enfermería?	*Si *No			
				¿Se ha estandarizado la temática acerca de las IVU en las embarazadas en las cartas didácticas implementadas en las sesiones educativas para las embarazadas?	*Si *No			

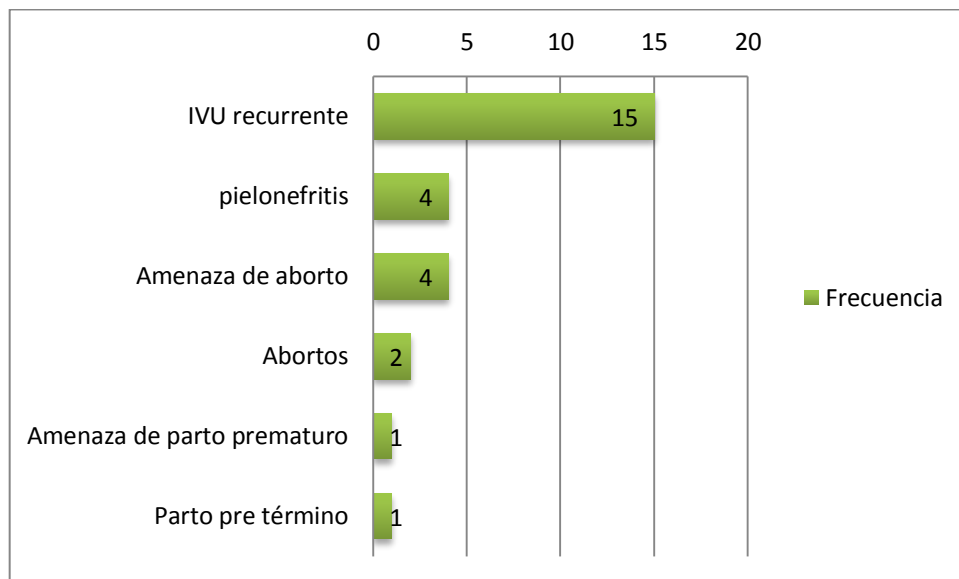
VI. RESULTADOS

Objetivo n°1

Establecer las principales complicaciones presentadas en las gestantes con infección de vías urinarias (IVU), durante el embarazo y en el puerperio en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Soyapango.

Grafico N°1:

Principales complicaciones maternas presentadas en las gestantes con infección de vías urinarias, durante el embarazo y en el puerperio en la población de estudio de marzo a mayo 2016.

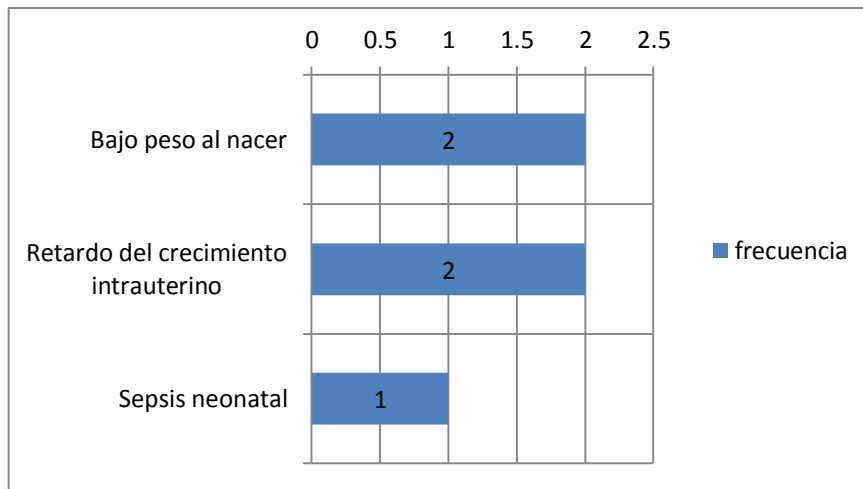


Fuente: Instrumento de recolección de datos, matriz de vaciamiento de datos

El gráfico detalla cuales son las complicaciones presentadas en las gestantes con diagnóstico de IVU, en orden de mayor a menor frecuencia: infecciones de vías urinarias recurrentes las reportaron 15 pacientes; pielonefritis aguda 4, amenaza de aborto 4, abortos 2 (un aborto fallido y un aborto incompleto), una de las pacientes verifico amenaza de parto prematuro, y 1 parto pretérmino.

Grafico N° 2:

Principales complicaciones fetales presentadas en las madres gestantes con infección de vías urinarias, durante el embarazo y en el puerperio en la población de estudio de marzo a mayo de 2016.



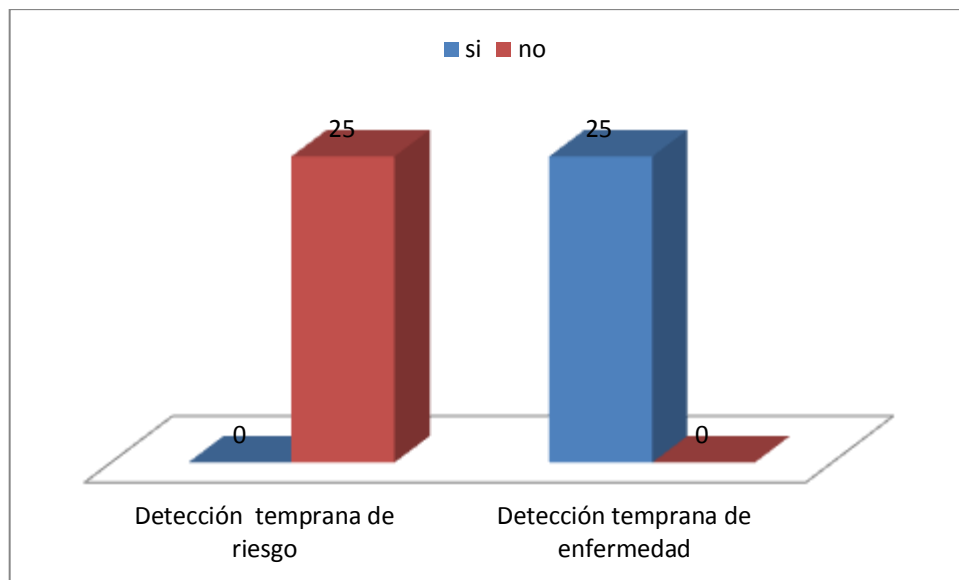
Fuente: Instrumento de recolección de datos, matriz de vaciamiento de datos

En cuanto a las complicaciones fetales, se presentaron un total de 5 complicaciones, 2 reportaron durante la gestación retardo en el crecimiento intrauterino, 2 recién nacidos con bajo peso al nacer y 1 caso de sepsis neonatal.

Objetivo n°2

Conocer las intervenciones que se realizaron, y están establecidas en el plan nacional para la detección temprana de factores de riesgo en las embarazadas con diagnóstico de infección de vías urinarias que presentaron complicaciones.

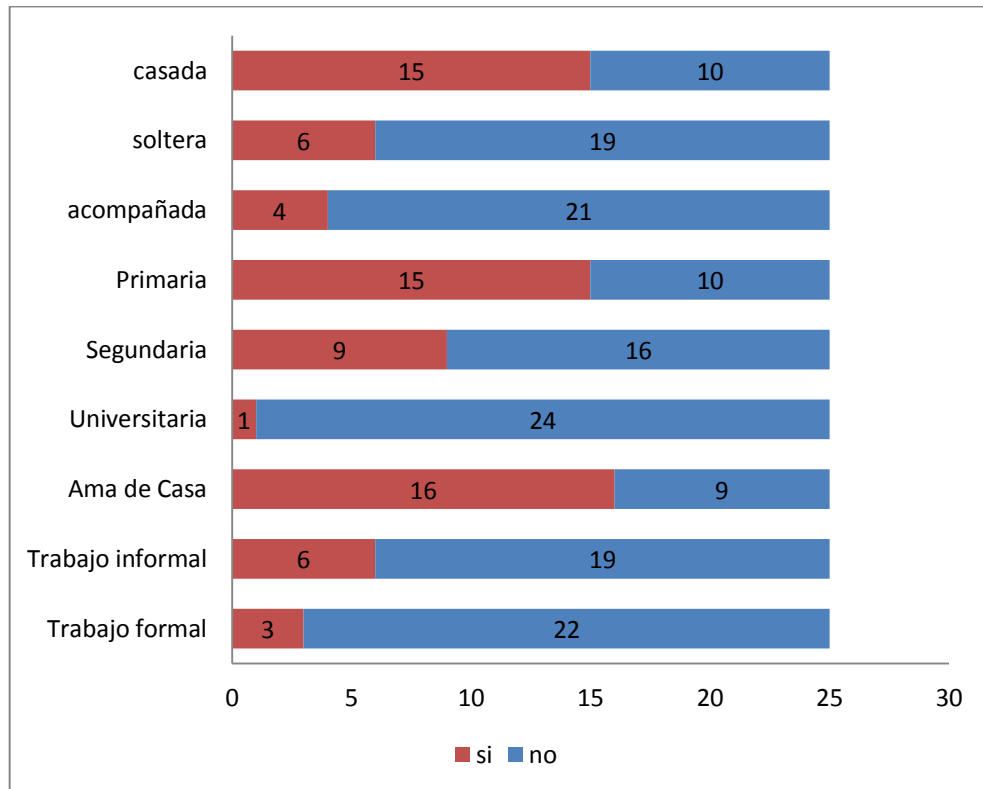
Grafico N° 3: Detección de riesgo en las embarazadas con diagnóstico de infección de vías urinarias que presentaron complicaciones.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, matriz de vaciamiento de datos

Se puede observar que de las 25 mujeres de la población de estudio a ninguna se le realizó detección temprana de riesgo ya que ninguna había recibido atención preconcepcional no obstante podemos observar que a las 25 se les realizó detección temprana de la enfermedad.

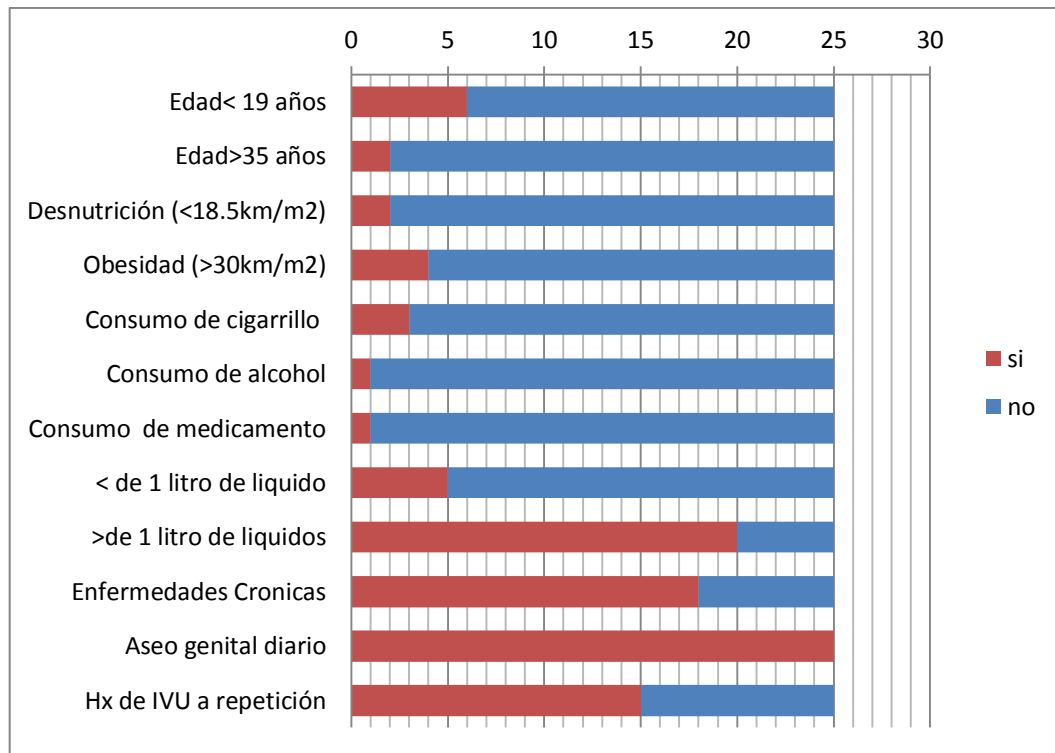
Grafico N° 4: Factores de riesgo sociales identificados en la población de estudio que se consideran aumentan el riesgo en embarazadas con diagnóstico de Infección de vías urinarias en la población de estudio.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, matriz de vaciamiento de datos

En el grafico n°3 se observan de color rojo la frecuencia con que cada factor de riesgo social se presenta en las embarazadas con complicaciones, respecto al estado civil se pudieron encontrar 15 casadas, 6 solteras, 4 acompañadas, en cuanto nivel educativo 15 estudiaron hasta primaria, 9 hasta secundaria, 1 termino sus estudios universitarios, en cuanto al trabajo que realizan 16 son amas de casa, 6 realizan trabajo informal y 3 trabajo formal.

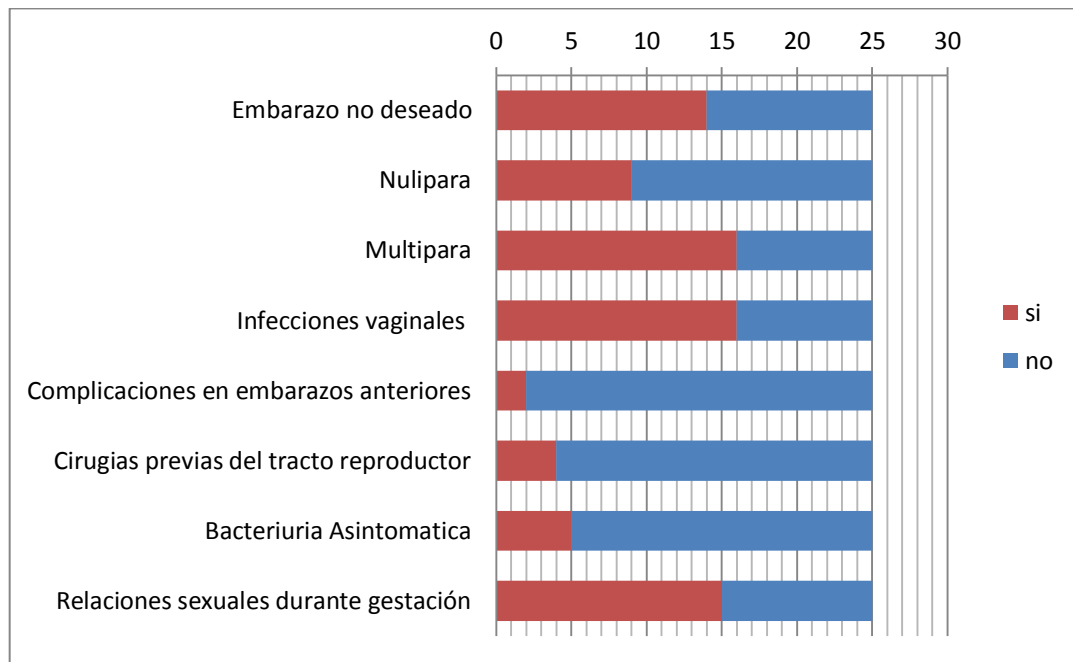
Grafico N° 5: Factores de riesgo biológico que se identificaron en la población de estudio que aumentan el riesgo en las embarazadas con diagnóstico de Infección de vías urinarias.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, matriz de vaciamiento de datos

En el grafico n°4 se observan de color rojo la frecuencia con que cada factor de riesgo biológico fue encontrado en las embarazadas con complicaciones, en cuanto a edad : 6 son menores de 19 años, 2 son mayores de 35 años, respecto al Índice de Masa Corporal 2 se encuentran en desnutrición y 4 en obesidad. En los hábitos de consumo 3 consumen cigarrillos, 1 alcohol, 1 medicamentos, 5 consumen menos de 1 litro de agua al día y 15 más de 1 litro al día. 13 pacientes padecen enfermedades crónicas las cuales se detallan en el anexo 7, grafico N°18, las 25 pacientes realizan aseo genital diario, y 15 de las 25 presentaron infección urinaria a repetición.

Grafico N° 6: Factores de riesgo obstétrico que se identificaron en la población de estudio que aumentan el riesgo en las embarazadas con diagnóstico de Infección de vías urinarias.



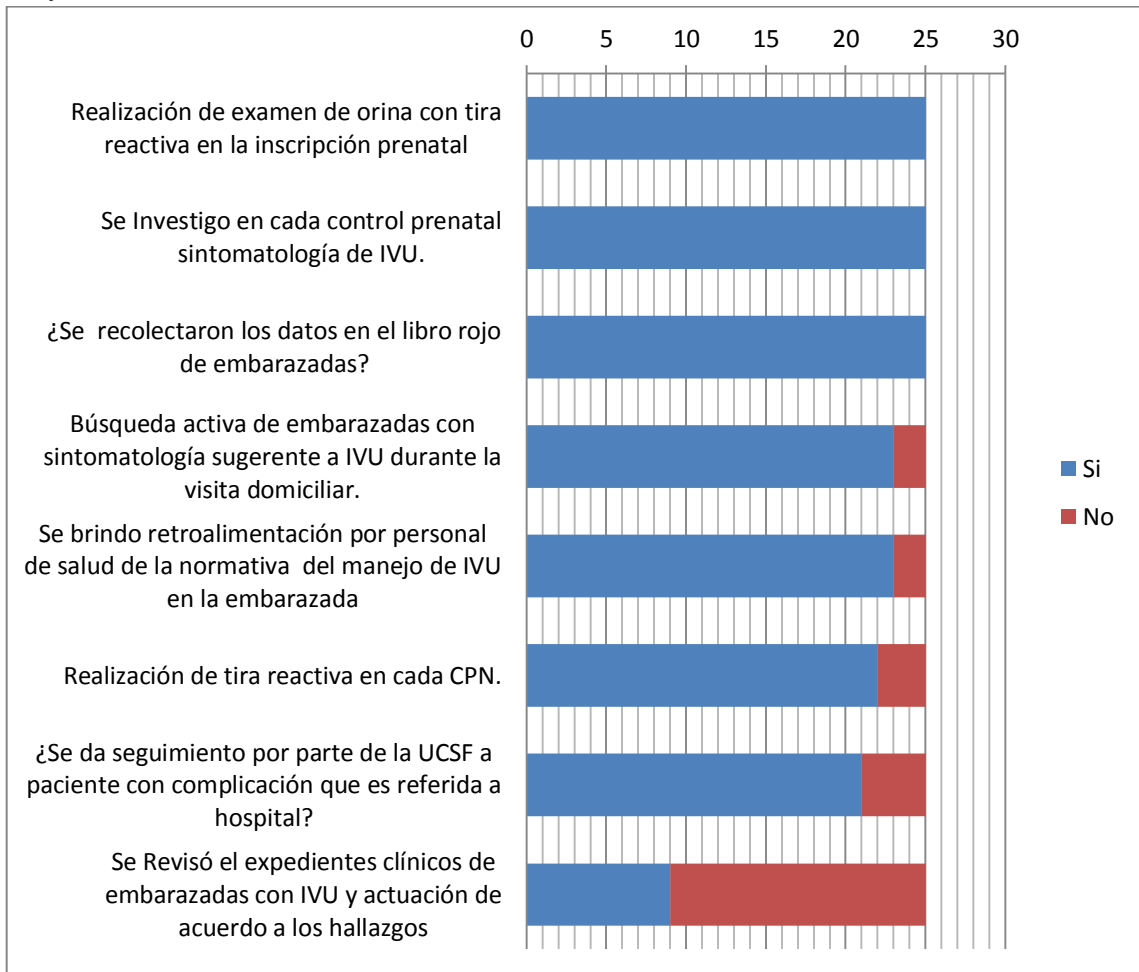
Fuente: Instrumento de recolección de datos, matriz de vaciamiento de datos

En el grafico n°5 se observan de color rojo la frecuencia con que cada factor de riesgo obstétrico fue encontrado en las embarazadas con complicaciones; 14 con embarazo no deseado, 9 nulíparas, 16 múltíparas, 16 presentaron infecciones vaginales concomitantes, 2 presentaron complicaciones en embarazos previos, 5 presentaron bacteriuria asintomática y 15 mantuvieron relaciones sexuales durante el embarazo.

Objetivo n° 3

Identificar las competencias técnicas normativas realizadas y que están establecidas para el abordaje integral, oportuno y efectivo de las embarazadas con infección de vías urinarias, en el personal de salud de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Soyapango.

Grafico N° 7: cumplimiento de las competencias técnicas implementadas por el personal de salud según la normativa del Plan de atención en las diferentes interacciones con las embarazadas con infección de vías urinarias de marzo a mayo 2016.

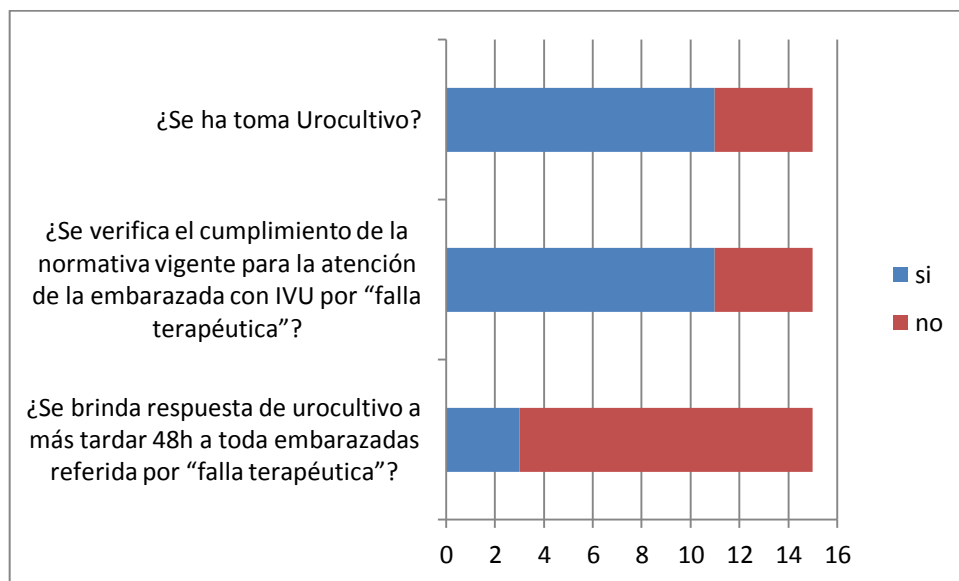


Fuente: Instrumento de recolección de datos, matriz de vaciamiento de datos

Se observa en este gráfico que a las 25 pacientes se les somete al examen de orina con tira reactiva en su inscripción, así como también se investigó en las 25

pacientes si estas presentaban sintomatología sugestiva de IVU. Todas las pacientes fueron enlistadas en libro rojo de embarazos para su seguimiento respectivo. A 23 de las pacientes se les brindó retroalimentación por parte del personal de salud acerca del manejo de IVU en el embarazo según la normativa. En 22 de las pacientes se realizó tira reactiva en cada control prenatal. Se observa además, que a 4 pacientes no se les realizó el seguimiento al ser referidas al hospital. En cuanto a la revisión de expedientes clínicos, solo se hizo en 9 pacientes.

Grafico N° 8: Cumplimiento de las competencias implementadas por el personal de salud según la normativa del plan de atención en las embarazadas con infección de vías urinarias recurrentes de marzo a mayo 2016.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, matriz de vaciamiento de datos

En este gráfico se puede observar que de las 15 pacientes con infección de vías urinarias a repetición a 11 se le tomo urocultivo, en 11 pacientes se cumplió la normativa por falla terapéutica y solo a 3 se le brindó respuesta en menos de 48 horas de urocultivo.

Objetivo n° 4

Verificar el seguimiento continuo en base a la normativa para embarazadas con infección de vías urinarias que presentaron complicaciones brindado por las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.

Tabla N°1 Actividades de seguimiento continuo en base a la normativa para embarazadas con infección de vías urinarias que presentaron complicaciones de marzo a mayo 2016.

ACTIVIDADES	si	no
¿Se incluye en el libro de seguimiento a las embarazadas ya existente el registro de embarazadas diagnosticadas con IVU?	X	
¿Se coloca en el registro de embarazadas las fechas de control al quinto día de haber iniciado el tratamiento para IVU y recordatorio del próximo control?	X	
¿Se coloca en el registro de embarazadas las fechas del control que se realiza en la UCSF al finalizar el 10 día de tratamiento para evaluación de la paciente y decidir conducta a seguir?	X	
¿Se reporta de forma semanal a la dirección del establecimiento de salud el listado de las embarazadas faltistas a tratamiento por IVU?	X	
¿Se realiza visita domiciliar a embarazadas faltistas al tratamiento por IVU, para que asistan a su control y brindar consejería?		X
¿Se brinda consejería sobre el parto prematuro, higiene sexual, higiene de genitales, evaluación de prácticas sexuales de riesgo, cumplimiento de tratamiento y la necesidad de volver a su control de seguimiento a las embarazadas a las cuales se les realiza la visita domiciliar?	X	
¿Se realizan sesiones educativas con grupos de embarazadas con IVU en áreas donde no hay promotor de salud, para abordar temas en relación de la IVU con el parto prematuro, hábitos higiene sexual, higiene de genitales, ingesta de líquidos abundantes y otros factores de riesgo asociados según cada caso?	X	

Fuente: Instrumento de recolección de datos, matriz de vaciamiento de datos

En la tabla n°1 se constata que todas las actividades para el seguimiento si fueron realizadas en la UCSF pero las visitas domiciliarias no se han efectuado por la falta de promotor. En el grafico 11 del anexo 7 se presentan las diferentes consejerías que se imparten.

Objetivo n°5

Identificar las intervenciones de promoción y educación sanitaria realizadas y que están establecidas en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud de forma continua y con calidad para la prevención de infección de vías urinarias en las embarazadas

Tabla N° 2 Intervenciones de promoción y educación sanitaria realizadas calidad para la prevención de infección de vías urinarias en las embarazadas en la UCSFI de Soyapango.

Intervenciones	si	no
¿Se ha elaborado e implementado intervenciones de Información, Educación y Comunicación para la prevención y control de las IVU a nivel de RISS con participación comunitaria?	x	
¿Se ha elaborado y reproducido material educativo para IVU en las Embarazadas, en consultorios y unidad de enfermería?	x	
¿Se ha estandarizado la temática acerca de las IVU en las embarazadas en las cartas didácticas implementadas en las sesiones educativas para las embarazadas?	x	

Fuente: Instrumento de recolección de datos, matriz de vaciamiento de datos

En la tabla n°2 se observa que todas las intervenciones de promoción y educación sanitaria se han realizado según el Plan Nacional.

VII. DISCUSION

El problema de las infecciones de vías urinarias en las embarazadas, es preocupante en diversos países, y El Salvador no es la excepción ya que actualmente existe una tendencia a la alza y consigo las complicaciones que ponen en riesgo al binomio madre- hijo.

Al basarse en un modelo de atención con enfoque integral en las pacientes gestantes, se logra evidenciar que hay múltiples medidas que el sistema de salud está poniendo en marcha para efectuarlas en la mayoría de los casos a través de políticas, normas y planes para una detección oportuna de todas aquellas características físicas, biológicas, sociales, ambientales y obstétricas que constituyan un riesgo para el desarrollo del embarazo y son estas condiciones y circunstancias propias de cada mujer las que pueden influir consistentemente en el estado de salud de dicho binomio.

Es así como surge el Plan Nacional para la detección temprana, abordaje y seguimiento integral de las embarazadas con diagnóstico de infección de vías urinarias para la intervención de la disminución morbimortalidad y se vuelve eficiente y logra sus objetivos en la medida que se apega al cumplimiento de los objetivos estratégicos en dicho plan; que buscan generar un impacto en el diagnóstico, tratamiento, detección oportuna de las pacientes con complicaciones, búsqueda activa y seguimiento por parte del personal de salud, y como último fin ejercer un componente educativo en la población blanco para prevenirlas. Sin embargo el enfoque de atención integral en el periodo de la preconcepción es aislado y no forma parte de las estrategias enmarcadas del plan pero si se retoman en un Plan de atención aparte llamado “Lineamientos Técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional” para la detección de los factores riesgos que presentan cada mujer antes de quedar embarazada por lo tanto en la realidad que se ha establecido deja vacíos que merecen su discusión.

Las intervenciones realizadas en el Plan Nacional se enmarcan bajo el concepto que todas las pacientes poseen al menos un factor de riesgo ya sea biológico, social, u obstétrico, además del riesgo implícito que conlleva la morbilidad infección de vías urinarias. El nivel de cumplimiento de la detección de los factores de riesgo es nulo ya que los riesgos ya forman parte de la condición de la embarazada con infección de vías urinarias y son tomados en cuenta hasta que ya se ha atravesado el horizonte de la enfermedad porque

el plan no posee una medida o actividades que tenga la finalidad de disminuir o prevenir un factor de riesgo previo como es empleado en diferentes guías latinoamericanas. El otro punto estratégico del plan son las competencias técnicas del personal de salud, las cuales reflejan que se debe fortalecer el seguimiento de las pacientes con una infección de vías urinarias y hacer énfasis en las que presentan complicaciones como lo son las de infecciones de vías urinarias recurrente, ya que es esta complicación la que más prevalece en estas pacientes, y pese a ello no hay una medida efectiva y oportuna que asegure que en una paciente se pueda lograr la curación de la patología. El establecimiento de salud y su personal de salud son los encargados de asegurar que toda paciente detectada con infección de vías urinarias no culmine en una complicación para el binomio madre-hijo, por lo tanto deben buscar los medios para verificar dicho seguimiento, en este sentido la normativa exige la apertura de libros de seguimiento de las pacientes con IVU, visitas domiciliarias a faltistas de tratamiento, consejería, educación continua, participación comunitaria y movilización social a fin de hacer efectivas las intervenciones de promoción y educación en la población. En el caso del establecimiento que forma parte de estudio, se verifico que se disponen de todos los medios para verificar el cumplimiento y seguimiento de las embarazadas con infección de vías urinarias, sin embargo hay debilidades en cuanto a la continuidad de cada caso, lo que se evidencia en los expedientes clínicos de las pacientes por lo que el seguimiento tienen dificultades y vacíos en el cumplimiento por la incongruencia de los objetivos, metas y actividades a realizar.

En el presente estudio tales hallazgos son notorios, todas las pacientes de la población de estudio tienen factores de riesgo que son agravantes pero no son detectados hasta que la morbilidad ya está instalada por lo que los indicadores de este Plan Nacional no son prevenirlos ni modificarlos antes si no evitar que el binomio madre-hijo presente una complicación por la morbilidad de las infecciones del tracto urinario.

El cumplimiento de los objetivos estratégicos del plan nacional, tienen un cumplimiento parcial ya que en los extremos de dicho plan es decir en el abordaje. Primero encontramos debilidades en la detección inicial de las gestantes, dicho tipo de detección se debería originar desde la preconcepción, pero al no haber una consulta y cuidados preconcepcional no se puede ofrecer

un óptimo cuidado y desarrollo del embarazo dándonos así una alza del riesgo y una alza en las complicaciones que presentaran las embarazadas con infecciones de vías urinarias , ya que no se detecta oportunamente los factores reproductivos, biológicos y sociales; y la segunda debilidad es en el momento del seguimiento de las pacientes que poseen el diagnóstico de infección de vías urinarias ya que por la falta de promotores de salud no se realiza el seguimiento domiciliar de dichas pacientes no así se pone de manifiesto que se intenta cumplir con algunas de las actividades por medio del personal de enfermería pero se les dificulta cumplirlo según la norma .

Según los datos recabados podemos decir que dichas complicaciones fueron IVU recurrentes, pielonefritis, amenaza de abortos, amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino; y las complicaciones fetales bajo peso al nacer, retardo del crecimiento intrauterino y sepsis neonatal corroborando así lo que la literatura menciona.

Por lo tanto los datos distan de ser un hallazgo incidental, debido al tipo de investigación y es más bien un punto esclarecedor en el cumplimiento del plan tiene vacíos que están principalmente en la detección de riesgo que es el pilar fundamental para evaluar el comportamiento natural de la enfermedad y también en el seguimiento de la problemática estudiada que si se retoma en el área administrativa pero en el campo con la población afectada es nula.

VIII. CONCLUSIONES

1. Establecer las principales complicaciones presentadas en las gestantes con infección de vías urinarias, durante el embarazo y en el puerperio en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Soyapango.
 - a) Las principales complicaciones maternas encontradas fueron: infección de vías urinarias recurrentes con una frecuencia de 15 mujeres seguida por la amenaza de aborto cuatro casos y pielonefritis cuatro casos.
 - b) Las principales complicaciones fetales fueron: retardo del crecimiento intrauterino en dos casos y bajo peso al nacer en dos casos.
2. Conocer las intervenciones que se realizaron, y están establecidas en el plan nacional para la detección temprana de factores de riesgo en las embarazadas con diagnóstico de infección de vías urinarias que presentaron complicaciones.
 - a) En cuanto a las intervenciones para detección temprana de factores de riesgo en el plan no se contemplan actividades para el cumplimiento de este objetivo pero si para la detección temprana de la enfermedad por lo cual se obtuvo como resultado que en ninguno de los casos se realizó detección temprana de riesgo pero en las 25 pacientes se realizó detección temprana de la enfermedad.
 - b) Los factores de riesgos encontrados en la población de estudio se lograron dividir en factores biológicos, factores sociales y factores obstétricos concluyendo así que los que con más repetición vemos son los sociales, seguidos de los obstétricos y por último los biológicos.
3. Identificar las competencias técnicas normativas realizadas y que están establecidas para el abordaje integral, oportuno y efectivo de las embarazadas con infección de vías urinarias, en el personal de salud de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Soyapango.
 - a) En el 100% de las pacientes de estudio se realiza la prueba rápida con la tira reactiva durante la inscripción prenatal, se indaga sintomatología sugestiva de infección de vías urinarias y se recolectaron datos en el libro rojo de las embarazadas.

- b) Se encuentra que la principal falla por parte del personal de salud es en el seguimiento de las pacientes con infección de vías urinarias ya que de 15 pacientes con infección de vías urinarias a repetición solamente a 3 se brindo respuesta de urocultivo en 48 horas.
- 4. Verificar el seguimiento continuo en base a la normativa para embarazadas con infección de vías urinarias que presentaron complicaciones, brindado por las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.
 - a) Las actividades de seguimiento continuo si se realizan en el área administrativa; se cuenta con libros de seguimiento a las embarazadas con infección de vías urinarias, se coloca en el registro de embarazadas las fechas de control al quinto día de haber iniciado el tratamiento y recordatorio del próximo control, se brinda consejería sobre el parto prematuro, higiene de genitales, entre otros.
 - b) El seguimiento a las embarazadas con infección de vías urinarias faltistas al tratamiento no se cumple en cuanto a las visitas domiciliarias debido a la falta de personal.
- 5. Identificar las intervenciones de promoción y educación sanitaria realizadas y que están establecidas en las la Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud de forma continua y con calidad para la prevención de infección de vías urinarias en las embarazadas.
 - a) Las intervenciones de promoción y educación sanitaria se han realizado según lo establecido el Plan Nacional se evidencia en libros de actas la realización de sesiones educativas y clubes de embarazadas donde se aborda el tema de infección de vías urinarias en el embarazo y las complicaciones maternas como fetales que se pueden presentar.

IX. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud de El Salvador:

- Realizar revisión integral del Plan Nacional para la detección temprana, abordaje y seguimiento integral de las embarazadas con infección de vías urinarias, infecciones vaginales e infecciones bucales en la RIIS, a fin de establecer indicadores en función de los objetivos para poder lograr las metas.

Al personal de la UCSF intermedia de Soyapango:

- Socializar los resultados de la investigación a fin de buscar mecanismos locales que permitan valorar el riesgo en las pacientes para poder identificar o evitar el daño a través de un enfoque de riesgo.
- Brindar consejería sobre prevención de infección de vías urinarias a las embarazadas y los signos y síntomas que acompañan esta morbilidad.
- Identificar embarazadas y puérperas con factores de riesgo para infección de vías urinarias y realizar las intervenciones necesarias para modificarlos o disminuirlos.
- Brindar atención integral a las embarazadas con infección de vías urinarias enfatizando en la dosis de medicamento y la duración del tratamiento para prevenir recurrencias y resistencia bacteriana.
- Promover el envío de hoja de retorno hospitalario con información relevante y completa de la atención brindada en este nivel.
- Valorar los elementos que generaron dificultades para cumplir al 100% el Plan para la detección temprana, abordaje y seguimiento integral de las embarazadas con infección de vías urinarias; a fin de buscar soluciones y mejorar en su cumplimiento.

Al personal médico en servicio social:

- Motivar a la realización de investigaciones más profundas a fin de aportar conocimiento desde una perspectiva más investigativa a la solución de los problemas que enfrenta la población en el primer nivel de atención.

X. BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de salud de El salvador, plan nacional para la detección temprana, abordaje y seguimiento integral de las embarazadas con infección de vías urinarias, infecciones vaginales e infecciones bucales en la RIIS.", El salvador 2015.
- Ministerio de salud de El salvador, lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido, El Salvador 2011.
- Ministerio de salud de El salvador, Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia, San Salvador, febrero de 2012.
- F.Gary Cunningham ,Kenneth J.Leveno, Steven L. Bloom , Williams obstetricia ,23ª Edition, editorial McGraw-Hill Interamericana, México 2006.
- Cervantes, Byron, Infecciones bacterianas en el tracto urinario en mujeres embarazadas. Tesis de Grado. Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Manabí 2011.
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador, Infección de vías urinarias durante el embarazo, Guía Práctica clínica, Ecuador 2013.
- Andrés flores Romero, Carmen Cecilia Gómez, Jhonny Beltran, Departamento de Medicina Interna e Investigaciones Bogotá, Factores de riesgo para infección de vías urinarias por entero bacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido o *ampc* adquiridas en la comunidad, Colombia 2013.
- Luis Ulla, Claudio Giomi, Guía para la Elaboración de Proyectos Sociales, Colección Liderazgo Social. Espacio Editorial, Buenos Aires, Argentina 2006.
- M López, T Cobo, M Palacio, A Goncé, Hospital Clínic de Barcelona, Protocolo: Infección Vías Urinarias, Barcelona España, Junio 2012.

- Ministerio de Salud Pública Dirección Nacional de Normalización de Ecuador, Infección de vías urinarias en el embarazo, Guía para la embarazada, Quito 2014.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Infecciones del tracto urinario en la embarazada, Ediciones Mayo SA. Barcelona 2011.
- El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía Metodológica para la Elaboración de Protocolos de Investigación en Salud, San Salvador, 2001.

ANEXOS

Anexo N° 1: PLAN NACIONAL PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA, ABORDAJE Y SEGUIMIENTO INTEGRAL DE LAS EMBARAZADAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, INFECCIONES VAGINALES E INFECCIONES BUCALES (CARIES, ENFERMEDAD PERIODONTAL Y RESTOS RADICULARES) EN LA RIISS.



**MINISTERIO DE SALUD
VICEMINISTERIO DE SERVICIOS DE SALUD**



"PLAN NACIONAL PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA, ABORDAJE Y SEGUIMIENTO INTEGRAL DE LAS EMBARAZADAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, INFECCIONES VAGINALES E INFECCIONES BUCALES (CARIES, ENFERMEDAD PERIODONTAL Y RESTOS RADICULARES) EN LA RIISS."

San Salvador, Octubre de 2015

Anexo N°2: Hoja filtro para detección de factores de riesgo utilizada por el Ministerio de Salud.

CONTROL PRENATAL. HOJA FILTRO

Nombre de la Paciente: _____		No. de Expediente: _____									
Dirección: _____		Tel. _____									
<p>Instrucciones: La sección "Antecedentes Obstétricos" la llenará sólo durante la inscripción. Las 2 secciones restantes serán llenadas durante la inscripción y los controles prenatales subsecuentes. Marque con una cruz la casilla correspondiente según responda la embarazada.</p> <p>La respuesta afirmativa de 1 ó más criterios significa que la mujer No es elegible para recibir Control Prenatal Básico (En el Primer Nivel). Refiérala al Control Prenatal Especializado (Utilizando la hoja de referencia y retorno) con ECO-E, Unidad de salud con ginecólogo, hospital de Segundo o Unidad periférica del ISSS. Si el ginecólogo considera que debe continuar en control prenatal especializado deberá llenar una nueva hoja filtro y actualizarla según corresponda.</p> <p>Para el ISSS, Se referirá para el Tercer Nivel de Atención las que presenten los numerales 2,6,10,12,13,14,15,16,19,22,29,30 y 31 positivos, excepto cesárea anterior</p>											
I. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		1°		2°		3°		4°		5°	
		FECHA									
		NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
1. Muerte Fetal o muerte neonatal previa.											
2. Antecedentes de 2 ó más abortos espontáneos previos.											
3. Peso al nacer del último bebé < 2,500 gr (<5.4 lb)											
4. Peso al nacer del último bebé > 4,000 gr (>8.82 lb)											
5. Hipertensión o preeclampsia/eclampsia en embarazo(s) anterior(es)											
6. Cirugías previas del tracto reproductivo: miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea previa, cerclaje cervical.											
7. Antecedentes de parto prematuro o inmaduro.											
8. Antecedente de parto difícil (Presentación anormal, duración mayor a 24 horas, desgarros grado III-IV)											
9. Antecedente de hemorragia postparto en embarazos previos.											
10. Madre Rh (-) con antecedente de Isoinmunización Rh											
11. Malformaciones congénitas previas											

Continuacion anexo N°2: Hoja filtro para deteccion de factores de riesgo utilizada por el Ministerio de Salud.

II. HISTORIA MÉDICA GENERAL	1°		2°		3°		4°		5°	
	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
1. Diabetes (tipo I ,II o Gestacional)										
2. Trastornos neurológicos (Epilepsia, paraplejia, ACV previo, anomalías de columna, entre otros)										
3. Trombosis venosa profunda (actual o previa).										
4. Cardiopatía (Congénita o adquirida)										
5. Consumo de drogas o alcohol.										
6. Trastornos depresivos.										
7. Trastornos de ansiedad.										
8. Cualquier otra enfermedad o afección médica severa Por favor especifique_____										
	1°		2°		3°		4°		5°	
III. EMBARAZO ACTUAL	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
9. Embarazada < 15 años ó >35 años de edad										
10. Estado nutricional (IMC< 18.5 Kg/m ² ó > 40 Kg/m ²)										
11. Presión arterial ≥ 140/90 mm de Hg.										
12. Violencia basada en género (Intrafamiliar / Sexual)										
13. Embarazo no deseado										
14. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple										
15. Discordancia entre edad gestacional y altura uterina o sospecha de Restricción de Crecimiento intrauterino										
16. Diagnóstico o sospecha de parto prematuro o inmaduro										
17. Hemorragia Vaginal.										
18. Infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, sífilis)										
19. Existencia de otros signos/síntomas de alarma: dolor de cabeza; dolor en epigastrio o hipocondrio derecho; problemas visuales: visión doble, visión borrosa, escotomas, fosfenos y amaurosis.										
20. Masa Pélvica										
¿ES ELEGIBLE PARA CONTROL PRENATAL BASICO?										

Anexo N°3: Hoja filtro para identificación de factores de riesgo en etapa preconcepcional utilizada por el Ministerio de Salud.

CUIDADO PRECONCEPCIONAL. HOJA FILTRO.

Instrucciones: Marque con una X la casilla de la derecha correspondiente, si la usuaria contesta "SI" a la condición o factor de riesgo explorado. Si la respuesta es afirmativa a uno o más factores de riesgos; la usuaria elegible para consulta preconcepcional especializado

FACTORES O CONDICIONES DE RIESGO

BIOLOGICOS / OBSTETRICOS		SOCIALES	
Mujer > 35 años	4 ó más embarazos	❖ Unión inestable	
Adolescencia (< 19 años)	Dos o más abortos consecutivos o no consecutivos.	Alcoholismo	
Intervalo intergenésico < 24 meses	Muerte perinatal previa.	Adicciones	
Estado nutricional deficiente (IMC < 18.5 Kg / m ²)	Recién nacido previo con defectos congénitos.	❖ Delincuencia	
Obesidad (IMC > 30 Kg / m ²)	Bajo peso al nacer (< 2,500 gr)	❖ Pobreza extrema	
Cardiopatías	Parto prematuro previo.	❖ Analfabetismo	
Asma bronquial	Hemorragia postparto previa.	❖ Baja escolaridad	
Diabetes Mellitus y gestacional	Infección puerperal previa.	Violencia sexual	
Hipertensión arterial	Embarazo múltiple previo .	Violencia intrafamiliar	
Trombosis venosa profunda actual o previa	Hipertensión inducida por el embarazo previa.	❖ Inaccesibilidad a los servicios de salud	
Endocrinopatías	Enfermedad Gestacional del Trofoblasto previa.	Prácticas sexuales de riesgo	
Colagenopatías	Embarazo ectópico previo.	Carga laboral alta (>10 horas por día; >8 horas de pie al día)	
Síndrome convulsivo	Cesárea previa.	Exposición ocupacional a tóxicos, solventes, químicos, sustancias radioactivas o exposición a altas temperaturas.	
Trastornos de la salud mental	Cirugía pélvica previa.		
Anemia antes del embarazo	Anomalía pélvica.		
IVU crónica	Malformaciones uterinas.		
Mujer viviendo con VIH / SIDA	Consumo de medicamentos Anticonvulsivantes, cumarínicos, antihipertensivos, tretina.		
Infecciones de Transmisión Sexual	Isoinmunización Rh previa.		

❖ Estos los factores sociales señalados no ameritan consulta preconcepcional con especialista

Anexo N° 4: Lista de Chequeo de expedientes clínicos para evaluar la atención a la embarazada con IVU, Infecciones Vaginales y Enfermedades Bucales.

Numero de expediente clínico								
Preguntas a realizar	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Se han utilizado las tiras reactivas en la inscripción								
2. Se ha utilizado la tira reactiva en cada uno de los controles prenatales normados								
3. Existió búsqueda activa de embarazadas con sintomatología de IVU en la comunidad								
4. Se brindo consejería sobre higiene sexual, higiene genital, ingesta de líquidos abundante y otros factores de riesgo, para la prevención de infecciones de vías urinarias								
5. En cada control prenatal se realiza el llenado de la HCP para el seguimiento y análisis longitudinal del control prenatal								
6. Si la embarazada presento IVU y fue referida al hospital, se aseguro la toma y respuesta de Urocultivo y el tratamiento adecuado.								
7. El cultivo se tomó dentro de las 48 horas posterior a la indicación (Escribir No aplica sino presento IVU)								
8. Se da cumplimiento al tratamiento de IVU según la normativa vigente								

Continuación anexo N° 4: Lista de Chequeo de expedientes clínicos para evaluar la atención a la embarazada con IVU, Infecciones Vaginales y Enfermedades Bucales.

Numero de expediente clínico								
Preguntas a realizar	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
13. Se brindo consejería sobre la relación de la IV con el parto prematuro, higiene sexual y genital, uso de condón, practicas sexuales de riesgo, para la prevención de infecciones vaginales								
14. Se da cumplimiento al tratamiento de IV según la normativa vigente								
15. Se realizo la referencia odontológica la momento de la inscripción								
16. Se encuentran registros del examen bucal en el expediente clínico								
17. Se brinda la primera atención odontológica como máximo 3 días después de la inscripción prenatal								
18. Se utilizo la hoja de chequeo por Odontologo para la detección de factores de riesgo del embarazo								
19. Se brindo consejería adecuada para la higiene bucal, prevención de infecciones bucales (caries, enfermedad periodontal, restos radiculares)								
20. Se dio el alta odontológica al finalizar el tratamiento completo								

Lista de Chequeo para la revisión del seguimiento a la embarazada y de actividades de educación y promoción para la salud.		
Preguntas a realizar		
	SI	NO
1. Se incluyo en el libro de seguimiento a la embarazada:		
- Diagnosticadas con IVU		
- Diagnosticadas con infección vaginal		
- Diagnosticadas con infecciones bucales		
- Se registran las visitas al quinto día de haber iniciado con tratamiento para las IVU		
- Se realiza el próximo control al finalizar el décimo día de tratamiento para IVU		
- Se realiza la visita comunitaria al cuarto día después de haber sido detectada la IV		
- Se realiza el próximo control al finalizar el séptimo día de tratamiento para IV		
- Se colocan las fechas de consulta odontológica		
- Se termina el tratamiento odontológico requerido antes del parto		
2. Se reporta de forma semanal al director del establecimiento las embarazadas faltistas a control de IVU, IV por el personal de enfermería		
3. Se reporta de forma semanal al director del establecimiento las embarazadas faltistas a control caries y enferme por el personal odontológico		
4. Se realiza la visita domiciliar a las embarazadas faltistas a control prenatal		
5. Se dio referencia a todas las embarazadas con IVU, IV e Infecciones bucales a su respectivo promotor de salud		
6. Se realizaron sesiones educativas para el abordaje de IVU (Revisar listados de asistencia)		
7. Se realizaron sesiones educativas para el abordaje de IV (Revisar listados de asistencia)		
8. Se realizaron sesiones educativas para el abordaje de infecciones bucales (Revisar listados de asistencia)		



Anexo N° 5: Formulario de Autorización de Investigación

Universidad de El Salvador

Formulario para recolección de datos del estudio:

Dr. Ricardo Espinal

Señor director de la Unidad de Salud Comunitaria de salud Intermedia de Soyapango.

NATURALEZA Y PROPÓSITOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Le solicitamos atentamente su autorización para realizar el estudio "Cumplimiento del plan para la detección temprana, abordaje y seguimiento integral de las embarazadas con diagnóstico de infección de vías urinarias que presentaron complicaciones durante el embarazo y puerperio en la Unidad Comunitaria Salud Familiar Intermedia de Soyapango de marzo a mayo 2016. Realizado por estudiantes que se encuentran ejerciendo el año correspondiente al Servicio Social, de la carrera de Doctorado en Medicina de la Universidad de El Salvador.

Con la intención de indagar si la normativa establecida para el manejo de las embarazadas con infección de vías urinarias ha sido efectiva, a través de una mejor atención de tipo integral a las embarazadas y de esta forma reducir las complicaciones a dichas pacientes, se lleva a cabo este estudio.

Este documento describe los derechos, responsabilidades, beneficios para que cuente con la información necesaria para decidir Usted, si autoriza se realice dicho estudio en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Soyapango. Si hay alguna información que no entienda, por favor preguntar a los médicos a cargo de la investigación.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Verificar cumplimiento del plan para la detección temprana, abordaje y seguimiento integral de las embarazadas con diagnóstico de infección de vías urinarias que presentaron complicaciones durante el embarazo y puerperio en la unidad comunitaria salud familiar intermedia de Soyapango de marzo -mayo 2016.

DERECHOS DEL DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

- Usted tiene derecho a decidir si autoriza se realice el estudio en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Soyapango. Si decide no hacerlo, se le agradece su colaboración al permitir a los investigadores describir el estudio y mencionar los propósitos de su ejecución.
- Como director del establecimiento de salud tendrá acceso a la información recolectada, y al conocimiento de los resultados obtenidos de la investigación.

RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE

Si decide autorizar se realice el estudio es importante que usted:

- Esté de acuerdo en seguir y cumplir con las indicaciones que el equipo investigador mencione.
- Haga todas las preguntas que crea necesarias.
- Dígale al personal del estudio si cambia de parecer acerca de permanecer en la investigación.
- Si decide autorizar esta investigación, por favor firme este formulario de consentimiento.
- Brindar el acceso pertinente para la revisión de expedientes para la obtención de la información.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Los resultados obtenidos permitirán evaluar el impacto que ha generado la ejecución del plan nacional para la atención integral de las embarazadas con diagnóstico de infección de vías urinarias, establecido para reducir las complicaciones maternas y fetales.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de autorizar el estudio, se realizará la búsqueda en los expedientes clínicos, como fuentes secundarias de datos, de aquellas pacientes con diagnóstico de infección de vías urinarias en la gestación, y de dichas pacientes aquellas que presentaron complicaciones durante el embarazo y puerperio en la Unidad Comunitaria Salud Familiar Intermedia de Soyapango de marzo a mayo 2016.

CONFIDENCIALIDAD

En esta investigación se recolectará la información médica contenida en los expedientes clínicos, para conocimiento únicamente del equipo investigador, el cual pretende utilizar datos de la evolución clínica de una paciente sin el afán de mencionar datos personales que no competen a los fines del estudio.

RETIRO DE LA INVESTIGACIÓN

Si usted inicialmente autorizo se realice la investigación y luego cambia de parecer, usted puede libremente retirarse a de la investigación en cualquier momento.

ACLARACIONES

- Su decisión de autorizar el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no acepta se realice la investigación.
- Si decide autorizar el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, - aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de autorizar el estudio, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

ACUERDO DE LA PERSONA

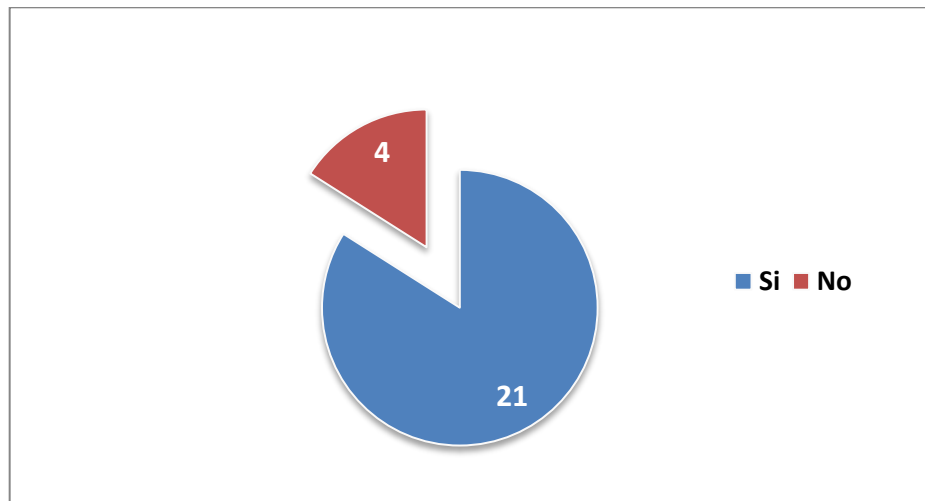
He leído la información que se proporciona arriba. He realizado todas las preguntas que tengo en este momento. En forma voluntaria acepto como representante del MINSAL y ESDOMED se realice esta investigación.

_____ / / _____
Nombre del participante Fecha Firma y sello

Anexo N° 7: Resultados según instrumento

Gráfico 9. Pacientes cuyo diagnóstico de IVU fue identificada durante controles prenatales y que presentaron complicaciones maternas o fetales.

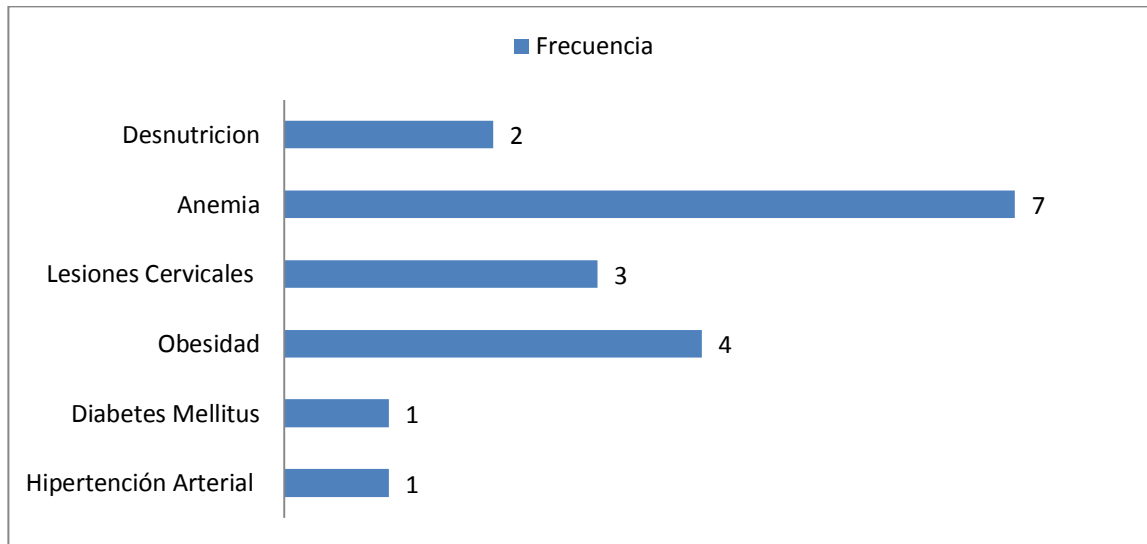
CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA
SI	21
NO	4
TOTAL	25



Fuente: Instrumento de recolección de datos, matriz de vaciamiento de datos

Del total de pacientes (25), 21 "SI" tenía controles prenatales en el momento en el cual se realizó el diagnóstico de infección de vías urinarias; 4 pacientes "NO" se encontraban en control prenatal al momento del diagnóstico.

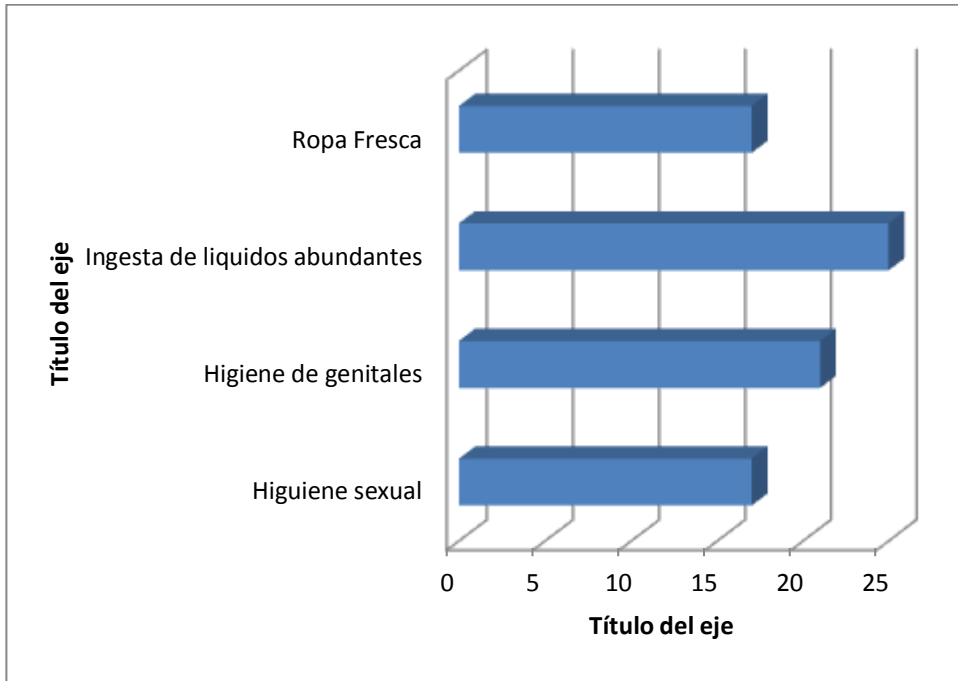
Gráfico 18 Enfermedades Crónicas que padecen las embarazadas con IVU



Fuente: Instrumento de recolección de datos, matriz de vaciamiento de datos

17 Pacientes de las 25 pacientes presentan una enfermedad crónica concomitante a la IVU a la cabeza de la lista anemia la cual la presentan 7 embarazadas, le sigue la obesidad con 4 casos, lesiones cervicales diagnosticadas con la toma de citología cervico vaginal en la inscripción con 3, desnutrición con una frecuencia de 2 y una paciente con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus.

Gráfico 22. Pacientes a las cuales se les brindó consejería relacionada prevención de IVU



Se observa que a 25 embarazadas se les aconsejo sobre la ingesta de líquidos abundantes, a 21 se les hablo de la higiene genital, y a 17 se les hablo de ropa fresca y de sobre la higiene sexual que deben de tener.