

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

UNIDAD CENTRAL.

FACULTAD DE MEDICINA.

ESCUELA DE MEDICINA.



**CUMPLIMIENTO DEL PLAN NACIONAL PARA LA DETECCIÓN
TEMPRANA, ABORDAJE Y SEGUIMIENTO DE INFECCIÓN DE VÍAS
URINARIAS E INFECCIONES VAGINALES EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS EN LA UCSF SAN JUAN NAHUISTEPEQUE, SAN PEDRO
NONUALCO, LA PAZ, ENERO A DICIEMBRE 2017.**

Informa final presentado por:

Mario Gerardo Cornejo Castro.

Roque Luis López Rivas.

Francis Ricardo Lucero López.

Para optar por el título de:

DOCTORADO EN MEDICINA

ASESOR: Dr. Francisco Garay Cruz.

San Salvador, Septiembre 2018.

AUTORIDADES.

Maestro Roger Armando Arias Alvarado.

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

Dra. Maritza Mercedes Bonilla

DECADA DE LA FACULTAD DE MEDICINA.

Dra. Dina Guadalupe Gómez de Padilla

COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE TRABAJO DE GRADO.

JURADO CALIFICADOR.

Dr. Francisco Garay Cruz.

Dra. Marta Jeannine Calderón Moreira.

Dra. Dina Guadalupe Gómez de Padilla.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS: creador del universo, que nos ha permitido llegar hasta este momento tan importante de nuestras vidas.

A NUESTROS PADRES: gracias por todo su esfuerzo y sacrificio, por estar ahí cada día de nuestra carrera, por el apoyo incondicional, este triunfo es de ustedes.

A NUESTROS DOCENTES: agradecemos cada una de sus enseñanzas, y no solo en el rubro medico sino también de la vida y sobre todo del trato al paciente que es a quien nos debemos.

A NUESTROS AMIGOS: gracias por acompañarnos en este largo camino y compartir cada uno de los triunfos y tropiezos durante esta bonita carrera.

CONTENIDO.

CAPÍTULOS

I. INTRODUCCIÓN:	4
II. OBJETIVOS:	5
III. MARCO REFERENCIAL:	6
IV. HIPÓTESIS	21
V. DISEÑO METODOLÓGICO	22
VI. RESULTADOS	28
VII. DISCUSIÓN	54
VIII. CONCLUSIONES	57
IX. RECOMENDACIONES	59
X. BIBLIOGRAFÍA	61
XI. ANEXOS	62

RESUMEN.

El siguiente estudio se enfocó en constatar el cumplimiento del plan nacional para la detección temprana, abordaje y seguimiento de infección de vías urinarias e infecciones vaginales en adolescentes embarazadas que consultaron en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Juan Nahuistepeque, municipio de San Pedro Nonualco, La Paz, en el periodo de enero a diciembre 2017. Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, retrospectivo; la información se captó a través de una lista de chequeo evaluando los expedientes clínicos de adolescentes embarazadas con infección de vías urinarias e infecciones vaginales.

El embarazo en adolescentes se considera un amplio y complejo problema de salud pública que ha aumentado en los últimos años. Las infecciones del tracto urinario e infecciones vaginales son la principal causa de prematuridad y por consiguiente bajo peso al nacer en el departamento de La Paz, comparado con los datos de la región paracentral en el primer nivel del sistema nacional de salud. En el municipio de San Pedro Nonualco en el año 2017 se registró un total de 14 recién nacidos vivos prematuros, 3 de ellos pertenecen al área urbana y 11 al área rural, además, se registraron 4 muertes infantiles por prematuridad extrema; en el año 2018 se reportan 2 nacidos vivos prematuros.

Los resultados encontrados en esta investigación reflejan una alta prevalencia de infección de vías urinarias así como de infecciones vaginales en adolescentes embarazadas, por lo tanto, a través de esta investigación pretendemos verificar el cumplimiento del plan en estudio. A través de criterios de inclusión y exclusión definimos nuestra población de estudio de la siguiente manera: mujeres entre 10 y 19 años, embarazadas con diagnóstico de infección de vías urinarias, infecciones vaginales o en su defecto ambas; encontramos un total de 19 pacientes que reunieron los criterios anteriores. Se encontraron 14 pacientes con diagnóstico de infección del tracto urinario, en el rubro de infecciones vaginales, fueron detectadas 11 pacientes, y se diagnosticaron 6 pacientes con ambas infecciones.

CAPÍTULO I.

INTRODUCCIÓN:

El plan nacional de infección de vías urinarias e infecciones vaginales fue creado por el Ministerio de Salud con el propósito de fortalecer las estrategias para impactar en la reducción de la prematurez y el bajo peso al nacer a través de la detección temprana, manejo terapéutico adecuado y seguimiento integral de las embarazadas con infecciones del tracto urinario e infecciones vaginales, sin embargo, esta investigación pretende evaluar el cumplimiento del plan nacional antes mencionado e indagar que beneficios ha traído al sistema de salud pública con la ejecución del mismo.

La infección del tracto urinario así como las infecciones vaginales representan las complicaciones médicas más frecuentes durante el embarazo, se asocian principalmente a partos prematuros y bajo peso al nacer, esta relación se encuentra ampliamente documentada. Según datos de morbilidad y estadísticas vitales SIMMOW, en el año 2017 a nivel nacional se registraron 199 nacidos con extremadamente bajo peso, 285 nacidos con muy bajo peso y 1,546 nacidos con bajo peso al nacer, además se registraron 5,124 partos prematuros. En el departamento de La Paz para el año 2017 se registraron un total de 10 nacidos con extremadamente bajo peso, 28 nacidos con muy bajo peso, 378 nacidos con bajo peso al nacer y 247 partos prematuros.

Partiendo de esta perspectiva nace la necesidad de constatar el cumplimiento del plan nacional de infección de vías urinarias e infecciones vaginales específicamente en adolescentes embarazadas de la unidad comunitaria de salud familiar de San Juan Nahuistepeque y así poder inferir en las condiciones que contribuyen al parto prematuro y bajo peso al nacer, de tal manera que se puedan orientar las medidas a tomar para poder incidir positivamente en estos indicadores, además, estos indicadores reflejan que es importante poner atención a la detección oportuna de las infecciones de vías urinarias e infecciones vaginales en el embarazo, así como el abordaje integral de las mismas, 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.

CAPÍTULO II.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Constatar el cumplimiento del plan nacional de infección de vías urinarias e infecciones vaginales en adolescentes embarazadas que consultaron en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Juan Nahuisteque, municipio de San Pedro Nonualco, La Paz; enero a diciembre 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar la prevalencia de infección de vías urinarias, vaginosis, o ambas, en las adolescentes embarazadas.
2. Verificar la toma de comburtest y examen ginecológico en cada uno de los controles prenatales.
3. Corroborar la prescripción de tratamiento acorde al tipo de infección en la adolescente embarazada.
4. Constatar el seguimiento por parte del promotor de salud de la embarazada adolescente con infección de vías urinarias y/o vaginosis según el programa.
5. Comprobar que la embarazada adolescente con infección de vías urinarias y/o vaginosis haya asistido a su cita para seguimiento por médico.

CAPÍTULO III.

MARCO REFERENCIAL:

ADOLESCENTE.

Para la OMS es la edad comprendida entre los 10 a los 19 años de edad.¹

INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS (IVU).

La infección urinaria se caracteriza por la invasión, multiplicación y colonización de agentes bacterianos en el tracto urinario que habitualmente provienen de la flora intestinal, o de la región perineal y ascienden por la uretra alcanzando la vejiga pudiendo afectar los uréteres y riñones. Las embarazadas están expuestas mayormente a sufrir infecciones del tracto urinario debido a los cambios normales asociados con el embarazo. Actualmente constituyen una de las principales amenazas en la integridad de la salud formando así un importante problema de salud pública. Se presentan en algún momento de la gestación, ocasionando con ello una seria morbilidad materna y perinatal, por lo que es importante el manejo desde la aparición de una bacteriuria asintomática en estas pacientes. La importancia de detectar oportunamente cualquier tipo de infección durante la gestación radica en la posibilidad de prevenir una serie de complicaciones graves del embarazo que van desde el aborto espontáneo, muerte fetal in útero, prematuridad, retardo de crecimiento intrauterino, malformaciones fetales, infecciones congénitas en el recién nacido, sepsis neonatal, secuelas post natales de la infección e infección puerperal y sepsis materna. Sin embargo, a pesar de los riesgos que estas infecciones conllevan en la madre y su feto, la falta de un diagnóstico oportuno o de cumplimiento estricto de las indicaciones médicas dadas, como no completar el tratamiento que se prescribe a la madre gestante por

¹ Desarrollo en la adolescencia, un período de transición de crucial importancia, OMS tomado de: URL: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

falsos temores al uso de la terapia antibiótica durante el embarazo, puede llevar a las complicaciones serias ya mencionadas.²

APARATO URINARIO.

El aparato urinario comprende los riñones, que elaboran la orina y la evacuan por vías excretoras: los cálices y la pelvis renal. Es un sistema cerrado que drena la orina desde los riñones hacia la vejiga y, por último, al exterior a través de la uretra. En circunstancias normales todo el tracto urinario es estéril. Existen varios mecanismos de defensa que impiden la infección del tracto urinario. El flujo urinario de salida sirve para eliminar los microorganismos, es probable que este sea el mecanismo de defensa más importante y puede eliminar el 99% de los microorganismos inoculados en forma experimental en la vejiga. La propia orina tiene características que dificultan el crecimiento bacteriano, entre ellas un pH ácido (5.5).³

CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y ANATÓMICOS DEL TRACTO URINARIO DURANTE EL EMBARAZO.

El tracto urinario experimenta un gran cambio en el embarazo. Existe una disminución del tono y de la actividad muscular en la pared del uréter lo que se traduce en una disminución en el paso de orina a través del sistema excretor urinario. Una dilatación ureteral significativa aparece ya a partir de la sexta semana de gestación, aumentan progresivamente hasta el término del embarazo para volver a la normalidad. Esta dilatación ureteral es más relevante en el lado derecho (9 de cada 10 pielonefritis agudas del embarazo están localizadas en este lado) debido a dos fenómenos: El uréter se comprime entre el estrecho superior de la pelvis y los vasos ilíacos por un lado y el útero grávido por el otro, la dextro rotación habitual

² Hofman, Schorge Schaffer Halvarson Bradshaw, capítulo 3: infecciones ginecológicas, Ginecología de Williams, segunda edición. Editorial Mc Graw Hill latinoamericana Estados Unidos, 2009 págs. 65-66.

³ Ministerio de Salud, Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia, Gobierno de El Salvador.

del útero explica el predominio derecho de la estasis. Aparece una dilatación del uréter superior y también de los cálices renales, lo que se traduce en la llamada “Hidronefrosis fisiológica del embarazo”. Esta hidronefrosis sería la consecuencia de la acción de la progesterona, sustancia miorelajante que actúa a nivel de tono muscular del uréter y de su peristalsis y también por la compresión del útero grávido al aumentar su tamaño. Igualmente se producen cambios significativos a nivel de la pared vesical. Son destacables la disminución del tono muscular de su pared, el incremento de su capacidad, y el incompleto vaciamiento de la vejiga durante el acto miccional. Todos estos hechos predisponen al reflujo vesico-ureteral. El conjunto de la hipotonía de la musculatura vesical, el reflujo vesico-ureteral y la dilatación del uréter y la pelvis renal traen como consecuencia que la orina se transforme en una columna estática a nivel del uréter lo que facilita la migración ascendente de las bacterias hacia el tracto urinario superior después que se haya establecido la colonización bacteriana de la vejiga urinaria. También es posible que sean los cambios en las propiedades físico-químicas de la orina durante el embarazo los que predispongan a la existencia de una bacteriuria y a partir de ella una infección ascendente. Por un lado el pH urinario está aumentado durante el embarazo debido en parte a un incremento en la excreción urinaria de bicarbonatos; la glucosuria, muy frecuente en la gestación puede incidir en la tasa de reduplicación bacteriana y también el aumento en la excreción urinaria de estrógenos puede influir en la patogénesis de las infecciones urinarias sintomáticas. El efecto acumulativo de estos cambios fisiológicos es la causa del incremento en el riesgo de que se presenten infecciones bacterianas ascendentes desde la vejiga urinaria hacia los riñones.²

² Hofman, Schorge Schaffer Halvarson Bradshaw, capítulo 3: infecciones ginecológicas, Ginecología de Williams, segunda edición. Editorial Mc Graw Hill latinoamericana Estados Unidos, 2009 págs. 65-66.

FACTORES DE RIESGO.

EDAD Y PARIDAD: Aunque la pielonefritis es más frecuente en primigestas, varios estudios sugieren que la bacteriuria aumenta con la edad y la paridad. Entre dos y cinco por ciento de las primigestas menores de 21 años de edad tienen bacteriuria, en comparación con siete a diez por ciento de las grandes multíparas mayores de 35 años de edad.

NIVEL EDUCATIVO: El nivel educativo de las embarazadas quizás sea un impedimento para comprender la importancia que tiene para su salud el control prenatal y los cuidados personales que deben continuar en sus hogares durante el embarazo, facilitándole saber expresar o no sus manifestaciones clínicas.

OCUPACIÓN: Esta característica relacionada con la ocupación de la gestante incide en la adquisición y desarrollo de Infección del tracto urinario dado que el tiempo dedicado al auto cuidado puede ser menor cuando permanece fuera del hogar y el período de exposición puede ser mayor (limitantes para evacuar vejiga urinaria) cuando se labora fuera del hogar.

PROCEDENCIA: Cuando una paciente proviene de un área rural con escasas condiciones de salubridad, se le facilita a la embarazada desarrollar con facilidad procesos infecciosos urinarios más frecuentes que aquellas que residen en áreas urbanas dotadas de las condiciones básicas necesarias en cuanto a servicios sanitarios.

AGENTES CAUSALES.

La mayor parte de las infecciones urinarias se deben a microorganismos Gram negativos que habitan el intestino grueso en forma habitual. *Escherichia coli* o cocobacilo es el germen más habitual en los urocultivos de las pacientes afectadas en infección urinaria extra hospitalaria, y en las infecciones urinarias en las embarazadas no son una excepción. Con mucha frecuencia encontramos *proteus* y *Klebsiella*. Aun menos frecuentes son *Enterobacter*, *Enterococo*, *Estreptococo* del

grupo B y Estafilococo (*E. saprofitico* y *Epidermidis*). La responsabilidad del Estreptococo B ha sido cuestionada pues su presencia en los urocultivos podría traducir la contaminación de la muestra de orina por un germen vaginal, pero parece ser que si podría ser el responsable directo de algunas infecciones urinarias en el embarazo.

FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA.

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA. Se define como bacteriuria asintomática a la colonización bacteriana persistente del tracto urinario sin que exista sintomatología. Se hace el diagnóstico de bacteriuria asintomática cuando se cultivan más de 100.000 unidades formadoras de colonia por mililitro –UFC/ml-, de un solo agente uropatógeno, en dos muestras consecutivas de la primera orina de la mañana, bajo las condiciones de asepsia, tomadas de la mitad del chorro miccional en mujeres embarazadas sin sintomatología urinaria. La repetición de la bacteriuria oscila entre el 2 y el 11%. Es bastante frecuente que en la primera visita ya se detecten las bacteriurias, siendo más fácilmente detectables entre las semanas 9 y 16 de la gestación. Por eso se recomienda pruebas de detección sistemática para bacteriuria durante la primera visita prenatal. Es probable que el origen de la bacteriuria en las pacientes embarazadas refleje la situación antes de la concepción. En el 1 al 4 % de las mujeres embarazadas se desarrolla pielonefritis, cifra que aumenta en las mujeres con 18 bacteriuria no tratada. En las mujeres que desarrollan pielonefritis durante el embarazo entre el 60 y el 70% la adquieren durante el tercer trimestre, cuando la hidronefrosis y la estasis en las vías urinarias son más pronunciadas. Entre el 10 y el 20% de las mujeres embarazadas que desarrollan pielonefritis la vuelven a adquirir antes o justo después del parto.

CISTITIS.

La cistitis es una inflamación de la vejiga causada por bacterias. Es una forma de infección urinaria de las vías bajas, muy sintomática en la mayor parte de los casos. La incidencia de cistitis es del 1,5% durante el embarazo y no se ve disminuida su

incidencia aunque se trate la bacteriuria asintomática dado que no se desarrollan a partir de ella.

PIELONEFRITIS AGUDA.

La pielonefritis es una infección ascendente de las vías urinarias, que se localiza principalmente en la pelvis renal. Por lo común, una mayor o menor parte de parénquima renal se afecta al mismo tiempo que la pelvis. La enfermedad produce una inflamación del tejido conjuntivo intersticial del riñón, aunque sin llegar a afectar la nefrona. Es la complicación sería más frecuente de las embarazadas. Es más frecuente en aquellas embarazadas con historia de bacteriuria asintomática y menos en las de alto nivel socio económico. Ocurre comúnmente durante la segunda mitad del embarazo. Constituye un problema grave que puede desencadenar parto prematuro, muerte fetal intrauterina e incluso muerte materna debido a las complicaciones médicas que pueden aparecer tales como shock séptico y síndrome de dificultad respiratoria. Los síntomas casi siempre aparecen de forma repentina, estos son: fiebre, escalofríos, dolor lumbar, disuria y polaquiuria. El término no se debe utilizar en ausencia de dolor lumbar. Las náuseas y los vómitos son síntomas comunes y, si la infección está asociada a la bacteriemia, las mujeres que pueden presentar fiebre alta, escalofríos e hipotensión. El diagnóstico se hace a través de urocultivo.²

TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO:

- a) **UROANÁLISIS.** La muestra ideal para el uroanálisis es la primera de la mañana, inmediatamente al momento de levantarse. Una muestra de orina puede ser sometida a varios análisis, entre los más importantes están: examen físico y examen químico.⁴

² Hofman, Schorge Schaffer Halvarson Bradshaw, capítulo 3: infecciones ginecológicas, Ginecología de Williams, segunda edición. Editorial Mc Graw Hill latinoamericana Estados Unidos, 2009 págs. 65-66.

⁴ Harrison. Principios de Medicina Interna, 18e capítulo 288, página 2387.

Los elementos más importantes a medir son los nitritos y la esterasa leucocitaria. Criterios diagnósticos: nitritos (+) con esterasa leucocitaria (+) brindar tratamiento y en caso de IVU alta: puede haber piuria leucocitaria, hematuria, cilindros leucocitarios en el examen general de orina.

- b) UROCULTIVO. La prueba estándar para cualquier forma de IVU es el urocultivo. A veces, no se considera necesario un urocultivo en pacientes ambulatorios con IVU, porque es debida a un uropatógeno prevalente; sin embargo, siempre debería realizarse el uro cultivo y, si es positivo, solicitar un perfil de sensibilidad extra. El urocultivo más el antibiograma tiene dos tiempos: el primero, suele ser de 24 horas, lo que normalmente tarda en hacerse patente el crecimiento del uropatógeno; y un segundo, en el que se hace la identificación y se determina la susceptibilidad, tarda entre 48 y 72 horas. La sensibilidad y especificidad del cultivo utilizando como punto de corte la concentración tradicional de 10 UFC/mL es de 51% y 95%, respectivamente.

El mejor método diagnóstico para IVU asintomática es el urocultivo efectuado entre las 12-16 semanas de gestación o en la primera atención prenatal.

TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS.

El tratamiento de las infecciones de vías urinarias puede llevarse a cabo ambulatoriamente en los casos de bacteriuria asintomática o cuando la infección se limita a la vejiga. La meta por cumplir es mantener la orina estéril durante todo el transcurso del embarazo y así evitar las complicaciones asociadas a la infección de vías urinarias. La elección del antibiótico debe hacerse en principio asumiendo que el agente causal es *Escherichia Coli*, lo cual sucede en la mayoría de los casos. Cuando se cuente con los informes del cultivo y antibiograma, puede sustituirse el antibiótico, si es necesario, por otro más adecuado. Las infecciones por *E. coli* responden sobre todo a las sulfonamidas, la nitrofurantoina y la ampicilina; Las pacientes con pielonefritis aguda por muchas razones deben ser tratadas en el

hospital, que tiene como objetivo: manejar la infección y vigilar la presencia de posibles complicaciones obstétricas.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO.⁵

Bacteriuria asintomática

Esquema de 7-10 días:

- Nitrofurantoina 100mg vo cada 12horas.
- Amoxicilina 500mg vo cada 8 horas.
- Ampicilina 500mg vo cada 6 horas.
- Cefalexina 500mg vo cada 6 horas.
- En mujeres con bacteriuria recurrente se puede indicar tratamiento supresor: nitrofurantoina 100mg vo a acostarse (no usarla ante un parto inminente por riesgo de hemólisis fetal por inmadurez enzimática).
- Cefalexina 500mg vo cada día hasta el parto.

Urocultivo post tratamiento: tome cultivo de orina dos semanas después de tratamiento. Si resulta positivo y el control se está brindando en el primer nivel, refiera al segundo nivel de atención.

Cistitis.

El manejo es ambulatorio e incluye:

- Reposo relativo
- Líquidos orales abundantes
- Corrección de ámbitos miccionales
- Higiene
- Tratar vaginitis si aplica.
- Tomar urocultivo antes de iniciar el antibiótico en pacientes con IVU sintomática.
- Antibioticoterapia:

⁵ Memorandum N° 2015-6013-12, emitido por la dirección de enfermedades infecciosas del Ministerio de Salud al 05 de febrero de 2015

- Nitrofurantoina 100mg vo cada 12 horas por 7 días.
- Amoxicilina 500mg vo cada 8 horas por 7 días.
- Ampicilina 500mg vo cada 6 horas por 7 días.
- Amoxicilina/ácido clavulanico 500mg vo cada 8 horas por 7 días.
- Trimetoprim sulfametoxazol 160/800mg cada 12 horas por 7 días.

Pielonefritis

- Manejo ingreso hospitalario.

CONTRAINDICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS.

- ✓ Las sulfonamidas y el trimetroprin debido a su efecto antifolato son consideradas de potencial riesgo en el embarazo, por sus efectos teratógenos. No se recomienda su uso en el tercer trimestre por el riesgo de hiperbilirubinemia y kernicterus.
- ✓ Las tetraciclinas no se recomiendan durante el embarazo por su alto riesgo de hepatotoxicidad. Además de ello se ha demostrado que cruzan la placenta provocando malformaciones congénitas y alteraciones esqueléticas.
- ✓ Se ha demostrado que los amino glucósidos no son muy recomendados en mujeres embarazadas por el alto de nefrotoxicidad y ototoxicidad especialmente con estreptomycinina y kanamicina.

INFECCIONES VAGINALES.

VAGINOSIS BACTERIANA.

Este enigmático síndrome clínico frecuente y complejo refleja la presencia de flora vaginal anormal. Ha recibido diversos nombres como vaginitis por Haemophilus, por Corynebacterium, por anaerobios o por Gardnerella y vaginitis inespecífica. Por razones desconocidas, la relación simbiótica de la flora vaginal cambia y aparece un crecimiento excesivo de bacterias anaerobias como Gardnerella vaginalis, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis y especies de Mobiluncus y de Prevotella. Además, la

vaginosis bacteriana se acompaña de una reducción considerable o ausencia de lactobacilos que producen peróxido de hidrógeno. Las mujeres con vaginosis bacteriana tienen un riesgo aumentado de Enfermedad pélvica inflamatoria, infección posquirúrgica de la colpotomía después de una histerectomía, y alteraciones en la citología. Las embarazadas con vaginosis bacteriana tienen riesgo de rotura prematura de membranas, riesgo del parto prematuro y parto pretérmino, corioamnionitis y endometritis posesoria.

DIAGNÓSTICO.

La vaginosis bacteriana es la causa más común de síntomas vaginales en las consultas ginecológicas. De los síntomas, el más característico es una fétida secreción transvaginal no irritante, que no siempre aparece.⁶ La vagina no suele encontrarse eritematosa y el examen del cuello uterino no revela anomalías. Los criterios para el diagnóstico clínico, que comprenden: 1) la valoración microscópica de una preparación en fresco de la secreción vaginal; 2) la medición del pH vaginal, y 3) la liberación de aminas volátiles producidas por el metabolismo anaerobio. El valor positivo predictivo de esta prueba en cuanto a presencia de vaginosis bacteriana es de 95%. La adición de hidróxido de potasio al 10% (KOH) a una muestra fresca de secreción vaginal libera aminas volátiles con olor a pescado. El olor se manifiesta incluso sin el hidróxido de potasio.

TRATAMIENTO.

- Metronidazol 2 gramos V.O dosis única.
- Metronidazol 500 mg V.O dos veces al día por 7 días (puede usarse en embarazadas en 2do y 3er trimestre).

⁶ Jonathan S. Berek MD, MMS “Ginecología de Novak” capítulo 16 infecciones urogenitales y enfermedades de transmisión sexual catorce edición. Editorial Wolters Kluwer Health, España 2008 página 54.

- Gel de metronidazol al 0.75% 5gm intravaginal al día por 7
- Crema de clindamicina al 2% 5gm intravaginal al día por 7 días.
- Clindamicina 300 mg V.O. dos veces al día por 7 días.

MICOSIS.

Casi siempre son causadas por *Cándida albicans*, que puede encontrarse en la vagina de pacientes asintomáticas y es un comensal de la boca, del recto y de la vagina. En ocasiones participan otras especies de *Cándida*, que incluyen *C. tropicalis* y *C. glabrata*, entre otras. La candidiasis es más frecuente en los climas cálidos y en las pacientes obesas. Además, la inmunodepresión, la diabetes mellitus, el embarazo y el uso reciente de antibióticos de amplio espectro predisponen a las mujeres a contraer infecciones⁸. La candidiasis vaginal, se estima que un 75% de las mujeres la sufren. *Cándida Albicans* es el responsable del 85% al 90% de todas las infecciones vaginales por hongos. Se puede transmitir por vía sexual y muchos estudios han reportado una asociación entre la candidiasis y el sexo oro genital.

DIAGNÓSTICO.

Hallazgos frecuentes en casos de candidiasis son prurito, dolor, eritema vulvar y edema con excoiaciones. La secreción vaginal típica es similar al requesón. El pH vaginal es normal (<4.5) y el examen microscópico de la secreción con solución salina o KOH al 10% permite identificar al agente etiológico. *Candida albicans* es un hongo dimorfo, con gemación y micelios. Por lo general no se recomienda realizar un cultivo de secreción vaginal para *Cándida* excepto cuando el tratamiento empírico fracasa.

TRATAMIENTO.

En los casos típicos son muy eficaces los compuestos azólicos, pero se debe recomendar a las pacientes que regresen a consulta si el tratamiento no tiene

éxito. Las mujeres que padecen cuatro o más episodios de candidiasis en un año se clasifican dentro del grupo de infecciones complicadas y se deben tomar cultivos para confirmar el diagnóstico. Los hongos de un género diferente a *Cándida* no responden tan bien al tratamiento tópico con compuestos azólicos. En estos casos algunas veces es necesario recurrir a un esquema intravaginal prolongado añadiendo fluconazol oral, de una a tres veces por semana.

Tratamiento intravaginal:

- Crema de clotrimazol al 1% 1 aplicador (5 mg) al día por 7 días.
- Clotrimazol tableta vaginal 100 mg por 7 días.

Tratamiento oral:

- Fluconazol 150 mg V.O. dosis única.
- Itraconazol 100 mg V.O. cada 12 horas por 3 días.

TRICOMONIASIS.

La tricomonosis se diagnostica por lo general en mujeres puesto que la mayoría de los varones permanecen asintomáticos. Sin embargo, hasta el 70% de las parejas masculinas de mujeres con tricomonosis vaginal alberga trichomonas en las vías urinarias. Este parásito por lo general indica una conducta sexual de alto riesgo y a menudo coexiste con otros microorganismos patógenos que se transmiten por vía sexual, en especial con *Neisseria gonorrhoeae*. *Trichomonas vaginalis* tiene cierta predilección por el epitelio escamoso y las lesiones facilitan el acceso a otros microorganismos que se contagian por el coito. También es posible la transmisión vertical durante el parto, que puede persistir durante un año.

DIAGNÓSTICO.

El periodo de incubación de *T. vaginalis* es de tres días a cuatro semanas y se ubica en la vagina, la uretra, el endocervix y la vejiga. Hasta el 50% de las

mujeres no advierte ningún síntoma y la colonización persiste durante meses o años. En aquellas con molestias la secreción vaginal es fétida, líquida y de color amarillento o verdoso. A menudo se acompaña de disuria, dispareunia, prurito vulvar y dolor. En ocasiones los signos y síntomas son idénticos a los de la enfermedad pélvica inflamatoria aguda. En la tricomonosis la vulva puede estar eritematosa, edematosa y con excoriaciones. La vagina tiene la secreción descrita y además hemorragias sub epiteliales o “manchas de fresa” en la vagina o el cuello uterino. La tricomonosis se diagnostica por medio de la identificación microscópica de los parásitos en una preparación de la secreción con solución salina. Es posible observar las tricomonas en un frotis de Papanicolaou (sensibilidad cercana a 60%). Si se informa la presencia del parásito en una prueba de Papanicolaou, se sugiere la confirmación mediante examen microscópico de una preparación salina antes del tratamiento.⁶

TRATAMIENTO.

- Metronidazol 2 gramos V.O. dosis única o
- Metronidazol 500 mg V.O. dos veces al día por 7 días.

COMPLICACIONES DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS E INFECCIONES VAGINALES.

Las complicaciones obstétricas relacionadas con la infección urinaria e infecciones vaginales son múltiples: parto pretérmino, bajo peso al nacer, restricción en el crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membranas,

⁶ Jonathan S. Berek MD, MMS “Ginecología de Novak” capítulo 16 infecciones urogenitales y enfermedades de transmisión sexual catorce edición. Editorial Wolters Kluwer Health, España 2008 página 54.

preeclampsia, anemia gestacional, malformaciones fetales, mortalidad perinatal, aborto.²

El informe de labores 2014-2015 del MINSAL: “Salud y Equidad hasta el último rincón del El Salvador”, en la página 192, 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.

Los datos reportados por la Dirección de Vigilancia Sanitaria del 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%, los departamentos con un índice mayor al promedio nacional son: Chalatenango, San Salvador, Ahuachapán, La Libertad y La Paz. 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, en adelante BPN, fue de 9.9% y que del total del recién nacidos con bajo peso al nacer el 49.5% están asociados también a prematurez, los departamentos con un porcentaje de BPN mayor al promedio nacional son: San Vicente, Santa Ana, Chalatenango, San Miguel, Sonsonate, La Paz, Ahuachapán, San Salvador y La Libertad.

El análisis realizado en las auditorias 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, 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

² Hofman, Schorge Schaffer Halvarson Bradshaw, capítulo 3: infecciones ginecológicas, Ginecología de Williams, segunda edición. Editorial Mc Graw Hill latinoamericana Estados Unidos, 2009 págs. 65-66.

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.

Parto Prematuro: (PP) El 40% de PP son asociados a una etiología infecciosa, pero no se sabe con claridad cuántos de estos podrían ser clasificados como vaginosis bacteriana. Se ha sugerido que la producción de endotoxinas en la flora de la vaginosis, estimula susceptibilidad, en ciertas mujeres, de activar la cascada de prostaglandinas y citoquinas que inician la labor de parto. Múltiples estudios solo han evidenciado una asociación estadísticamente significativa cuando han restringido los análisis al grupo de mujeres consideradas con alto riesgo para parto pretérmino.

Aborto: Usualmente muchos no son reportados, ya que el embarazo, posiblemente, no haya sido puesto en control, no dejando clara cualquier asociación con la vaginosis; Un estudio de aborto en mujeres en el primer trimestre de embarazo que se sometían a fertilización in vitro, mostró que aquellas que tenían vaginosis, tenían un riesgo significativo de aborto. Esta asociación continua significativa luego de ajustar otros factores de riesgo que se conocen que aumentan la probabilidad de aborto, sin embargo, no nos muestra como es el riesgo en mujeres que han concebido de forma natural.⁷

⁷ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) El Salvador, Mapa de Embarazos en Niñas y Adolescentes en El Salvador 2015, primera edición Julio de 2016.

CAPITULO IV.

HIPÓTESIS.

El plan nacional de infección de vías urinarias e infecciones vaginales en pacientes adolescentes embarazadas que consultaron en la UCSF básica de San Juan Nahuistepeque de enero a diciembre 2017 fue ejecutado y se cumplió adecuadamente en el 100% de las usuarias.

Criterios de inclusión:

- Edad de 10 a 19 años.
- Estado de Gravidez.
- Presentar infección del tracto urinario, infección vaginal o ambas.
- Que resida en el municipio de San Pedro Nonualco, departamento de La Paz.
- Haber consultado y estar registrada en el libro de infección de vías urinarias e infecciones vaginales de la UCSF San Juan Nahuistepeque.

Criterios de exclusión:

- Pacientes embarazadas que consultan a San Juan Nahuistepeque pero que no pertenecen al grupo de edad antes estipulado.
- Pacientes embarazadas que consultan a San Juan Nahuistepeque que aun perteneciendo al grupo etario de entre 10 y 19 años no han sido diagnosticadas con infección de vías urinarias o infección vaginal.
- Pacientes adolescentes diagnosticadas con infección del tracto urinario, infección vaginal o ambas, pero que no se encuentran en estado de embarazo.

CAPÍTULO V.

DISEÑO METODOLÓGICO.

TIPO DE INVESTIGACIÓN: descriptiva de corte transversal, retrospectivo: describe de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés, no se limita a la mera recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Y transversal porque mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad en un momento dado; este tipo de estudio busca las causas a partir de un efecto que ya se presentó, y a partir de la frecuencia observada en cada uno de los grupos expuestos al factor en estudio se realiza un análisis estadístico.

PERIODO DE INVESTIGACIÓN: del primero de enero al 31 de junio de 2018.

UNIVERSO: la población total de la comunidad de San Juan Nahuistepeque es de aproximadamente 3,447 habitantes, de las cuales 1,782 son mujeres. Se seleccionó a mujeres adolescentes entre 10 a 19 años siendo un total de 19 embarazadas en este periodo.

MUESTRA: el total de mujeres adolescentes embarazadas de entre 10 a 19 años de San Juan Nahuistepeque, siendo un total de 19 embarazadas en este periodo.

VARIABLES.

- Características socio-demográficas.
- Estado de embarazo.
- Infección del tracto urinario.
- Vulvovaginitis.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

OBJETIVO	VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	TECNICA	INSTRUMENTO
Caracterizar a la población en estudio según edad y estado de gravidez.	Adolescentes entre las edades de 10-19 años	Estado de embarazo	Tiempo comprendido desde la fecundación del ovulo hasta el parto, durante el cual en la cavidad uterina se forma y desarrolla un nuevo ser	Factores de riesgo de embarazo en adolescentes.	Sexo femenino Edad 10-19 años Prueba de embarazo positiva	Observación	Lista de chequeo
Determinar la prevalencia de IVU, vaginosis, o ambas; en las adolescentes embarazadas.	Adolescentes embarazadas	Infección de vías urinarias y/o vaginosis	IVU se define como invasión, multiplicación y colonización de agentes bacterianos en el tracto urinario. Vaginosis: Proceso inflamatorio de la mucosa vaginal que por lo general se acompaña de incremento de la secreción vaginal.	Factores predisponentes para adquirir infecciones de vías urinarias y/o vaginosis.	Clínica sugestiva de infecciones de vías urinarias y vaginales. Comburtest positivo Examen general de orina Pruebas KOH	Observación	Lista de chequeo

<p>Verificar toma de comburtest y examen ginecológico en cada uno de los controles prenatales.</p>	<p>Controles prenatales</p>	<p>Toma de comburtest Examen ginecológico</p>	<p>Comburtest: método utilizado con tira reactiva para identificar infección de vías urinarias. Inspección, palpación y colocación de especulo para el diagnóstico de vaginosis.</p>	<p>Técnica adecuada para realización de prueba. Examen físico sistemático para diagnóstico adecuado</p>	<p>Comburtest: positivo Presencia de leucorrea y cambios cervicales</p>	<p>Observación</p>	<p>Lista de chequeo</p>
--	-----------------------------	---	--	---	---	--------------------	-------------------------

<p>Corroborar la prescripción de tratamiento acorde a tipo de infección en la adolescente embarazada.</p>	<p>Infección en embarazadas</p>	<p>Tratamiento médicos</p>	<p>Todas aquellas medidas terapéuticas farmacológicas utilizadas para el control y erradicación de patológica infecciosas</p>	<p>Tratamiento farmacológico según normativa</p>	<p>Expediente clínico</p>	<p>Observación</p>	<p>Lista de chequeo</p>
<p>Constatar el seguimiento por parte del promotor de salud de la embarazada adolescente con IVU o/y vaginosis según el programa.</p>	<p>Embarazadas adolescentes con infección</p>	<p>Seguimiento por promotor de salud</p>	<p>Toda embarazada debe tener seguimiento por vaginosis al cuarto día del diagnóstico. Toda embarazada debe tener seguimiento por vaginosis al quinto día del diagnóstico.</p>	<p>Visita domiciliar por promotor de salud</p>	<p>Cumplimiento de tratamiento</p>	<p>Observación</p>	<p>Lista de chequeo</p>

<p>Comprobar que la embarazada adolescente con IVU y/o vaginosis haya asistido a su cita con el médico para seguimiento de infección</p>	<p>Embarazada en tratamiento.</p>	<p>Cita médica de seguimiento por infección.</p>	<p>Toda embarazada debe tener seguimiento por vaginosis al séptimo día del diagnóstico. Toda embarazada debe tener seguimiento por vaginosis al décimo día del diagnóstico.</p>	<p>Consulta médica.</p>	<p>- Registro diario de consulta. -Expediente clínico.</p>	<p>Observación</p>	<p>Lista de chequeo</p>
--	-----------------------------------	--	---	-------------------------	--	--------------------	-------------------------

FUENTES DE INFORMACIÓN: datos estadísticos y de consulta de UCSFB San Juan Nahuistepeque.

TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.

- Recopilación de datos de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas que consultan al ECOSFB DE San Juan Nahuistepeque.
- Libro y plataforma de embarazadas de ECOSFB San Juan Nahuistepeque.
- Libro de Infecciones de Vías Urinarias y Vaginosis de UCSFB San Juan Nahuistepeque.
- Sistema de Información de Morbimortalidad Vía Web.

MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS

DATOS: los investigadores generaran un instrumento que sirva para exponer los datos confidenciales al escrutinio público. Por lo que a la base de datos solo tendrán acceso las autoras, las autoridades y miembros del centro de salud en estudio. Los nombres de los pacientes no constan en la base de datos, para garantizar la confidencialidad de los pacientes.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

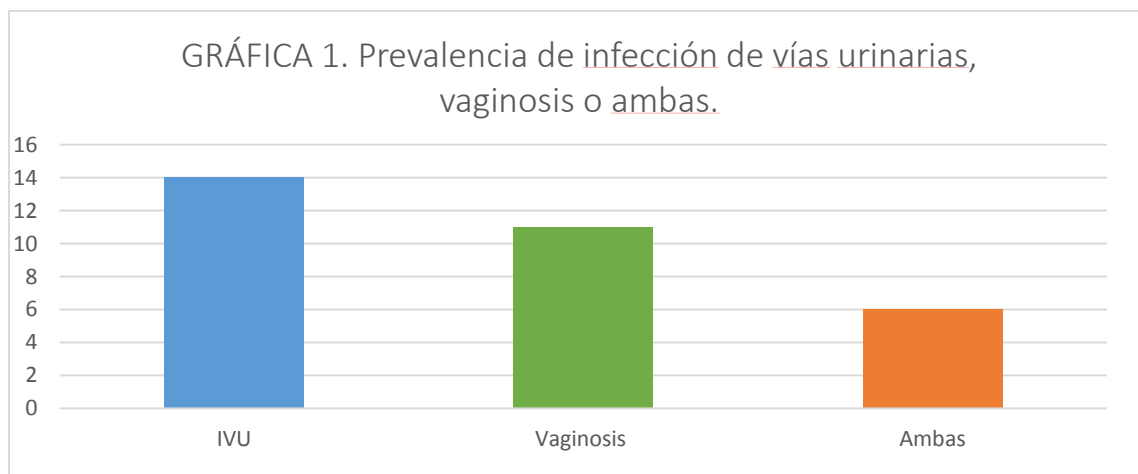
- Para la recolección de la información se utilizara el programa Office Word 2017.
- Para el ordenamiento, procesamiento y análisis de la información recolectada, se utilizara el programa Office Excel 2017.
- Para la presentación del informa final, se utilizara el programa Office Power point 2017.
- Se realizara en base a dos variables:
 - Cualitativa: Estado de embarazo, infección de tracto urinario o vaginosis. Las cuales se representaran por medio de frecuencia y porcentaje.
 - Cuantitativa: Grupo de edad (adolescente).

CAPÍTULO VI.

RESULTADOS.

TABLA N° 1. Prevalencia de infección de vías urinarias, infecciones vaginales o ambas.

Prevalencia de infección de vías urinarias, vaginosis o ambas.	
Infección de vías urinarias	14
Vaginosis	11
Ambas infecciones	6



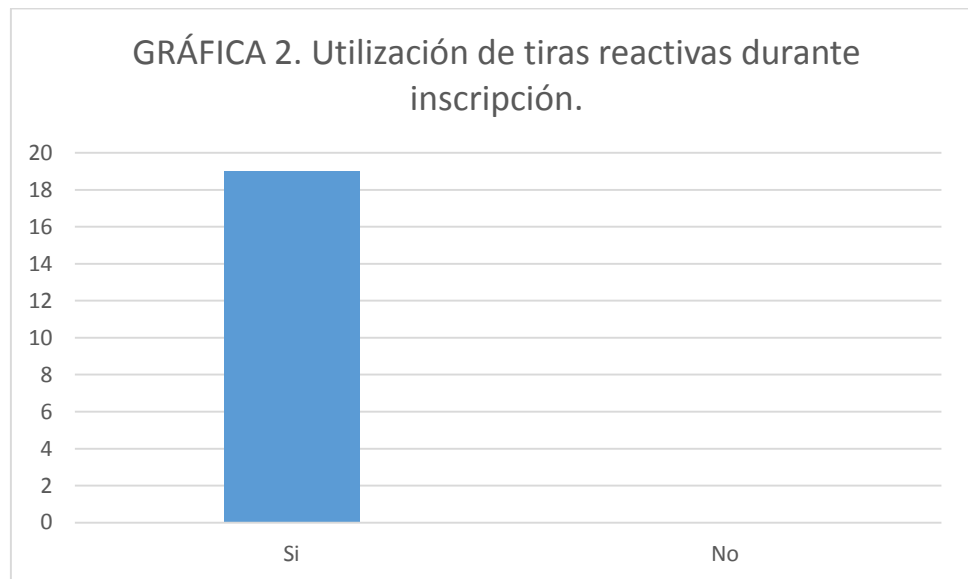
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: según los datos obtenidos, podemos observar que se diagnosticaron 14 pacientes con infección del tracto urinario, 11 con infecciones vaginales y un total de 6 pacientes con ambas infecciones.

Interpretación: la infección del tracto urinario como las infecciones vaginales son altamente prevalentes en las embarazadas adolescentes que consultaron en la UCSF de San Juan Nahuistepeque, esto permitió que el desarrollo de nuestra investigación fuera factible y de relevancia en el rubro de salud pública.

TABLA N° 2. Utilización de las tiras reactivas en la inscripción.

Utilización de la tira reactiva en la inscripción.	
Si	19
No	0
Total	19

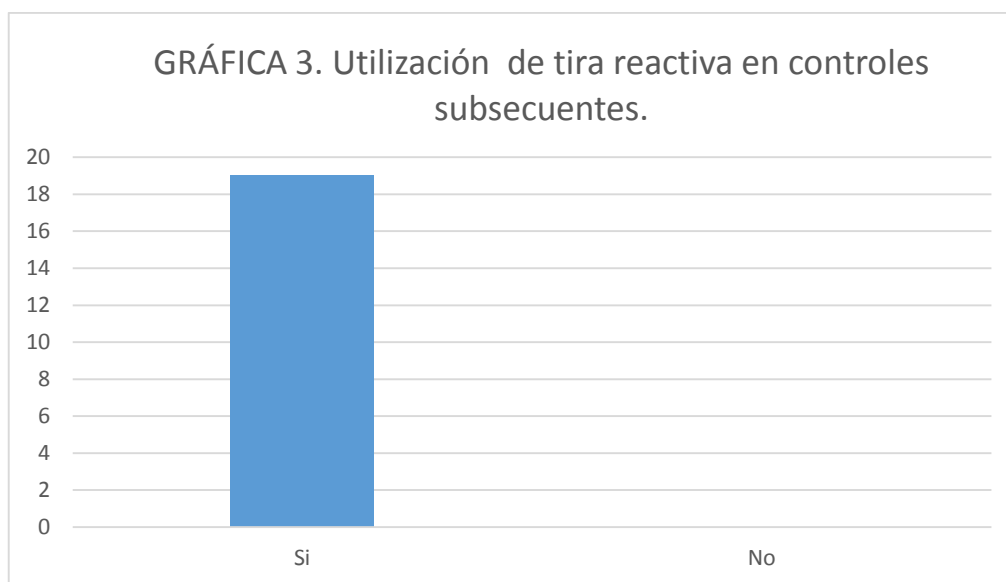


Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: según los datos obtenidos el total del 100% (19 pacientes) estudiados se le toma la tira reactiva de comburtest al momento de la inscripción de embarazo prenatal.

TABLA N° 3. Utilización de la tira reactiva en cada uno de los controles prenatales normados.

Utilización de la tira reactiva en controles subsecuentes	
Si	19
No	0
Total	19



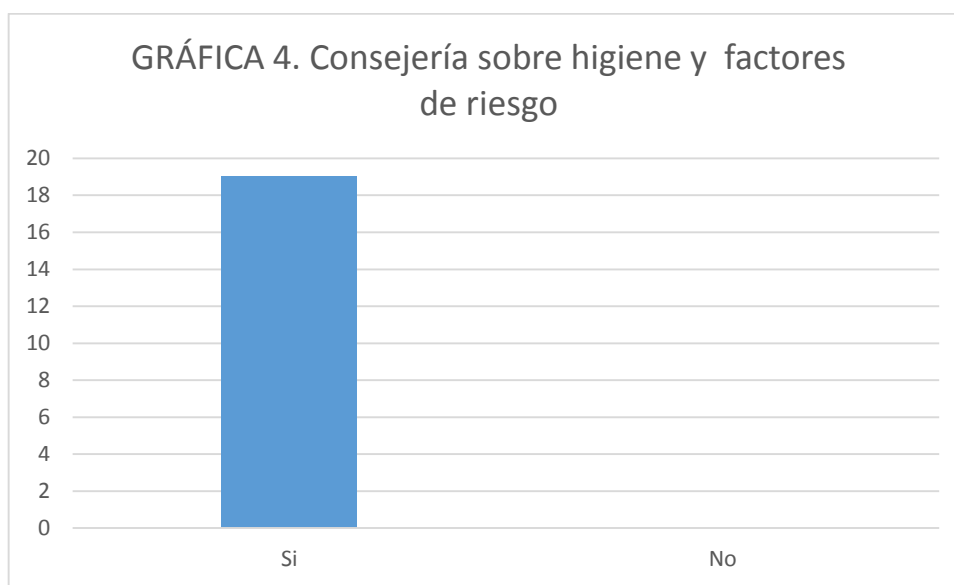
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: conforme los datos obtenidos al 100% (19 embarazadas adolescentes) se le toma la tira reactiva de comburtest en cada control de embarazo prenatal.

Interpretación: las tiras reactivas para análisis de orina, también conocidas como “comburtest”, se utilizan como una herramienta fundamental y rápida para el análisis oportuno y permanente de las embarazadas que consultan a los establecimientos del Ministerio de Salud; con el objetivo de detectar una infección del tracto urinario o en su defecto alguna anomalía que requiera tratamiento o estudios más específicos para conservar la salud y el bienestar de la madre gestante y el producto. Debe ser tomada esta prueba en cada control prenatal.

TABLA N° 4. Consejería sobre higiene sexual, higiene genital, ingesta de líquidos abundante y otros factores de riesgo, para la prevención de infecciones de vías urinarias.

Consejería sobre higiene y factores de riesgo	
Si	19
No	0
Total	19



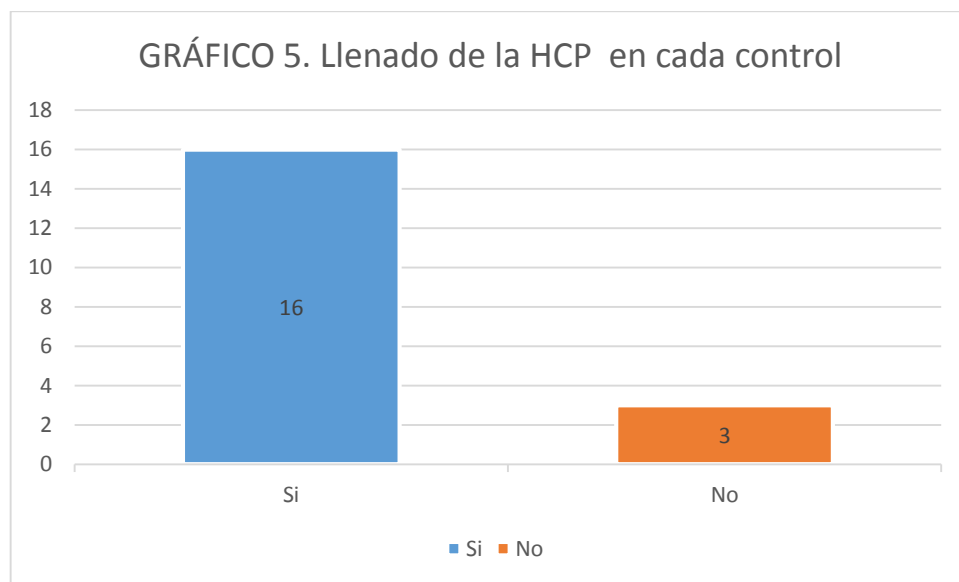
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: los datos que arroja el ítem anterior nos dicen que la totalidad del universo estudiado recibió las consejerías pertinentes a las buenas prácticas y a la prevención de factores de riesgo para infección de vías urinarias y vaginales.

Interpretación: la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles es la medida más efectiva para disminuir drásticamente la morbilidad de una población específica. Es indicación del Plan Nacional de Infección de Vías Urinarias y Vaginales el brindar a las usuarias consejerías para que practiquen buenos hábitos higiénicos y así reducir el riesgo de este tipo de infecciones, además de un consumo abundante de agua que estimula el efecto de barrido bacteriano y contribuye a evitar adquirir infecciones en el tracto urinario.

TABLA N° 5. Llenado de la historia clínica perinatal (HCP) para el seguimiento y análisis longitudinal del control prenatal.

Llenado de la HCP en cada control	
Si	16
No	3
Total	19



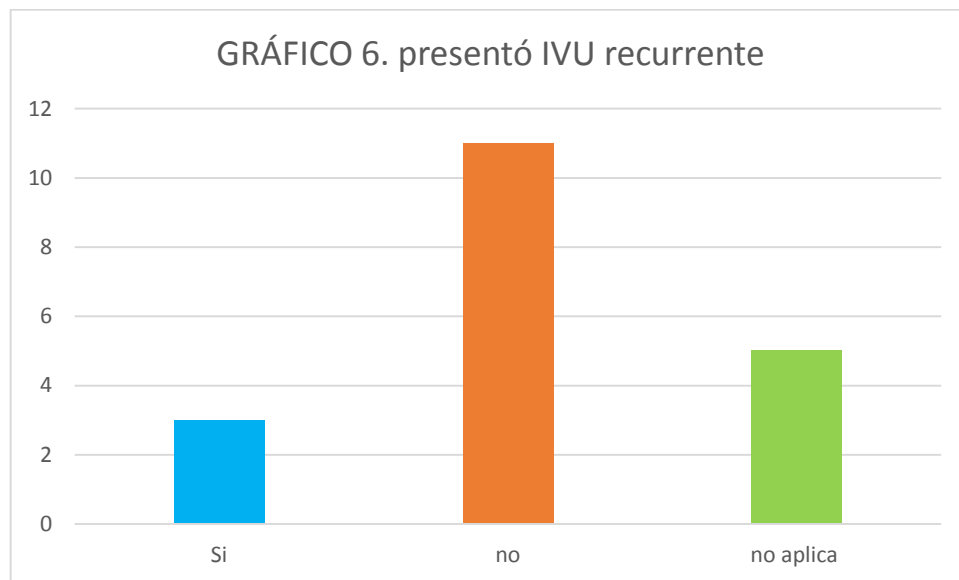
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: en el gráfico anterior podemos ver que únicamente a 16 pacientes se les llenó correctamente la historia clínica perinatal en cada uno de los controles prenatales lo que corresponde al 84.2%, lo que nos deja 3 pacientes a los que no se les hizo un correcto y completo llenado, 15.7%, del total de 19 embarazadas.

Interpretación: la historia clínica perinatal (CLAP), es un instrumento diseñado para realizar una historia integral y completa de las mujeres embarazadas, sus antecedentes y principales factores de riesgo, así como para documentar de manera sistemática los hallazgos encontrados y las acciones preventivas y de salud realizados en la inscripción prenatal y en cada uno de los controles subsecuentes. De tal manera que su correcto y oportuno consolidado nos es de imperante ayuda en la atención de este importante grupo poblacional.

TABLA N° 6. Presentó infección de vías urinarias (IVU) persistente la embarazada.

Presento IVU persistente.	
Si	3
No	11
No aplica	5
Total	19



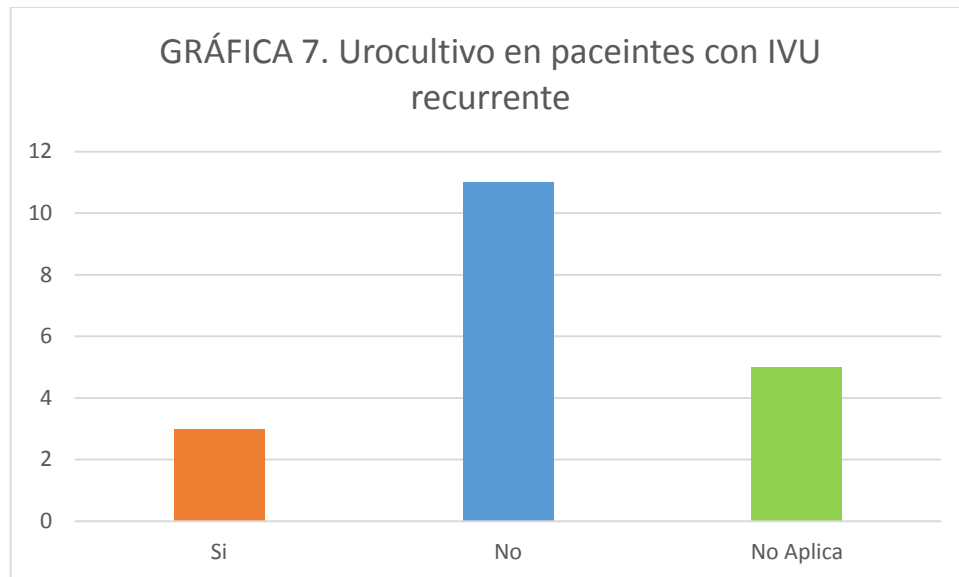
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: podemos observar en el grafico anterior que de 19 embarazadas objeto de estudio (100%), 16 de ellas fueron diagnosticadas con infección del tracto urinario; de las cuales 3 presentaron recurrencia y 3 de ellas no; comprendiendo el 15.7% y 68.4%.

Interpretación: la infección de vías urinarias persistente se define como aquella que no negativiza en las pruebas tomadas posterior un adecuado tratamiento tanto en tipo de medicamento, dosis y tiempo de administración; estas se catalogan como “persistentes”.

TABLA 7. Se envió urocultivo a las pacientes con IVU recurrente.

Se envió urocultivo a las pacientes con IVU recurrente.	
Si	3
No	11
No Aplica	5
Total	19



Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis:

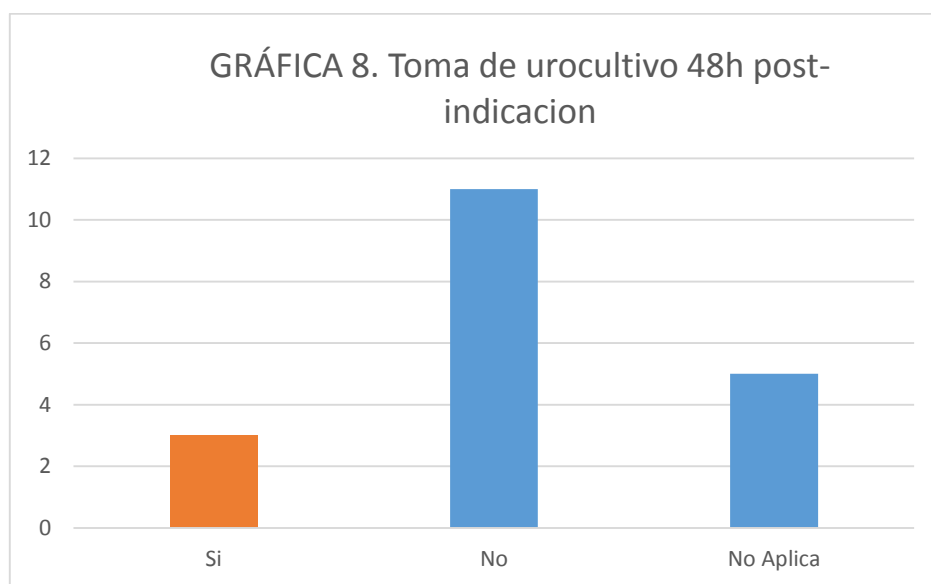
Según los resultados anteriores las 3 pacientes que fueron diagnosticadas con infección de vías urinarias y recurrencia de la misma, contaron con uro cultivo para determinar la bacteria específica responsable y darle tratamiento oportuno.

Interpretación:

A toda paciente embarazada con infección de vías urinarias catalogada como “infección persistente” se le debe referir a segundo nivel para toma de urocultivo.

TABLA N° 8. El cultivo fue tomado dentro de las 48 horas posteriores a la indicación.

Toma de urocultivo 48h post indicación	
Si	3
No	11
No Aplica	5
Total	19



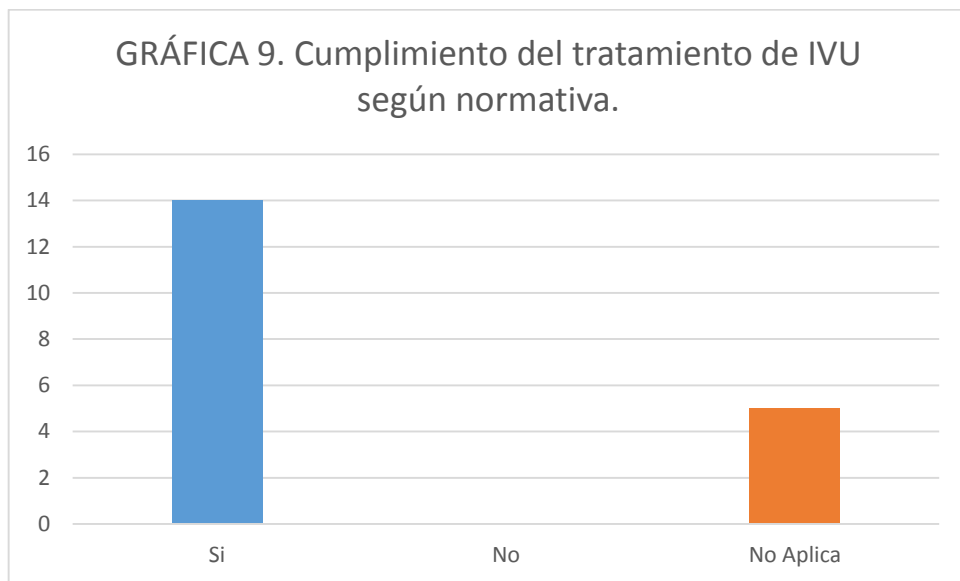
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: a las 3 embarazadas diagnosticadas con infección del tracto urinario recurrente se les realizo uro cultivo dentro de las primeras 48 horas tal como dicta la norma.

Resultados: a las pacientes embarazadas diagnosticadas con infección de vías urinarias persistente se les debe indicar urocultivo en segundo nivel de atención como antes se indicó. Es importante destacar que dicho debe ser tomado dentro de las primeras 48 horas de haber hecho el diagnóstico.

TABLA 9. Cumplimiento del tratamiento de infección de vías urinarias (IVU) según la normativa vigente.

cumplimiento de tratamiento IVU	
Si	14
No	0
No Aplica	5
Total	19



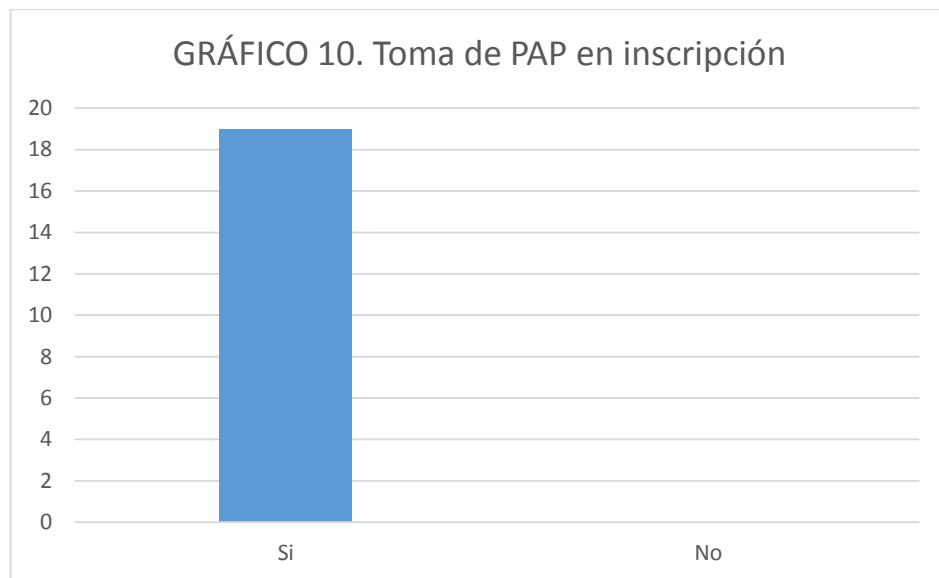
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: Según los datos obtenidos en nuestro estudio 14 pacientes embarazadas fueron diagnosticadas con infección de vías urinarias, y las 14 recibieron el tratamiento indicado por norma, es decir, 100%.

Interpretación: el tratamiento correcto para una paciente embarazada diagnosticada con infección de vías urinarias es de Nitrofurantoina Retar 100mg vo. Cada 12 horas por 10 días, o Nitrofurantoina no Retar 100mg. Vo. Cada 8 horas por 10 días; o en su defecto Amoxicilina 1 gramo vo cada 8 horas por 10 días; además de recomendaciones en hábitos alimenticios y abundantes líquidos orales. Debe repetirse el Comburtest, examen general de orina o urocultivo al finalizar el tratamiento.

TABAL N° 10. Toma de PAP durante la inscripción prenatal

Toma de PAP en inscripción	
Si	19
No	0
Total	19



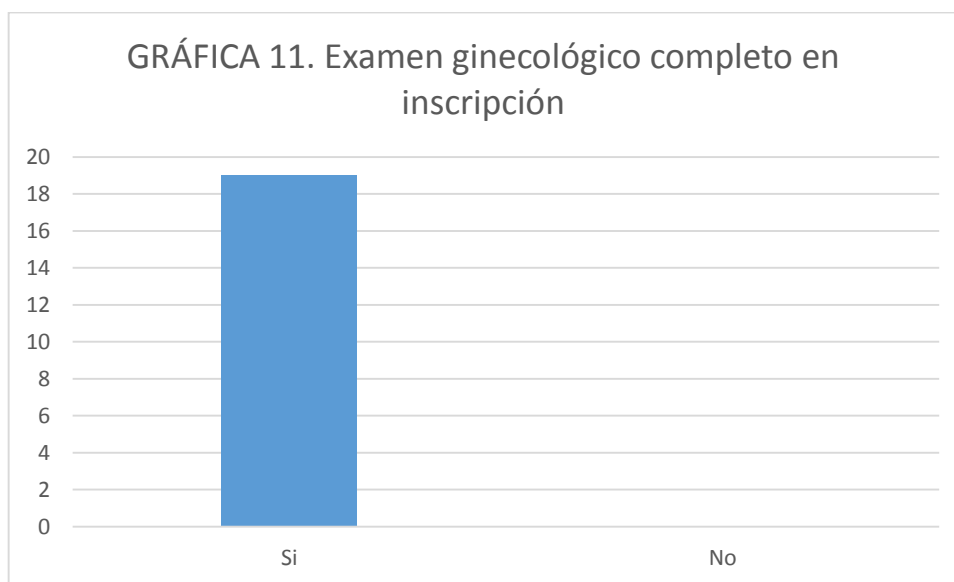
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: según los datos obtenidos al total de las 19 embarazadas adolescentes de nuestro universo de estudio se le toma PAP durante la inscripción prenatal, lo que se traduce en el 100 %.

Interpretación: es indicación del Plan Nacional de Infección de vías urinarias y vaginales que a toda mujer embarazada se le coloque especulo y se le tome citología cérvico uterina al momento de la inscripción prenatal.

TABLA N° 11. Examen ginecológico completo durante la inscripción prenatal

Examen ginecológico completo en inscripción.	
Si	19
No	0
Total	19



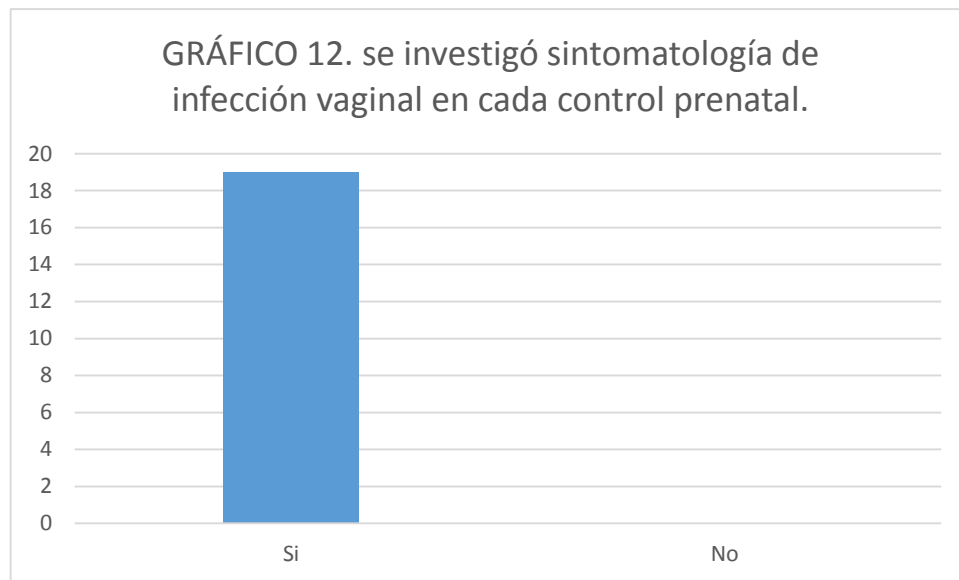
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: de la muestra de 19 embarazadas adolescentes se le realizó examen ginecológico en la inscripción prenatal a todas y cada una de ellas, en otras palabras, al 100%.

Interpretación: al momento de la inscripción prenatal se debe realizar examen físico completo de la paciente embarazada lo que incluye examen ginecológico para descartar o confirmar una infección vaginal tanto bacteriana como por hongos.

TABLA N° 12. Se investigó en cada control prenatal sintomatología de infección vaginal

Investigo sintomatología de infección vaginal	
Si	19
No	0
Total	19



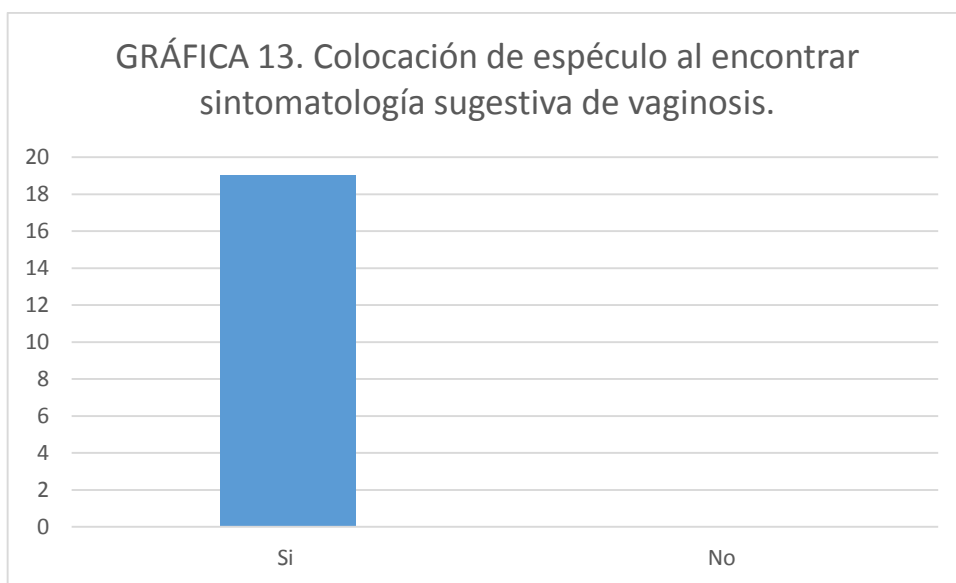
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: en este gráfico podemos observar que al 100% de la población en estudio le es investigada sintomatología sugestiva de infección vaginal. Lo que representa al 100% de la población total en estudio.

Interpretación: dentro de la anamnesis de las pacientes embarazadas que es parte integral de la historia clínica es necesario indagar si estas, presentan síntomas de infección del tracto urinario. Como pueden ser disuria, cambios físicos en el color u olor de la orina, o incluso síntomas sistémicos como fiebre y vómitos; lo que se traduce en altas sospecha de infección de vías urinarias que debe ser confirmada por estudios complementarios.

TABLA N° 13. Colocación de especulo al encontrar sintomatología sugestiva de vaginosis.

Colocación de especulo al encontrar sintomatología sugestiva de vaginosis.	
Si	19
No	0
Total	19



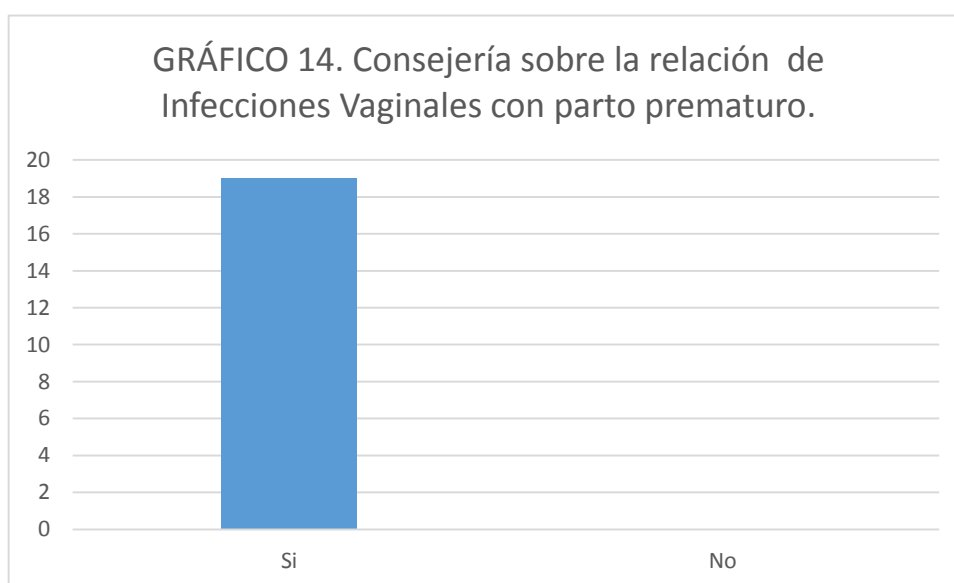
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: de la muestra de 19 embarazadas adolescentes se le coloco especulo en la inscripción prenatal a todas y cada una de ellas, en otras palabras, al 100%.

Interpretación: después de la inscripción prenatal, es decir, en los controles prenatales subsecuentes, si en la anamnesis del paciente, este refiere sintomatología sugestiva de infección vaginal, debe colocarse especulo para por medio de inspección directa se confirme o descarte la infección, y se reconozcan las características físicas de la misma y clasificarla como bacteriana, micótica o mixta; y de esa manera dar el tratamiento oportuno.

TABLA 14. Consejería sobre la relación de las infecciones vaginales (IV) con el parto prematuro, higiene sexual y genital y uso de condón.

Consejería relación de IV con parto Prematuro	
Si	19
No	0
Total	19



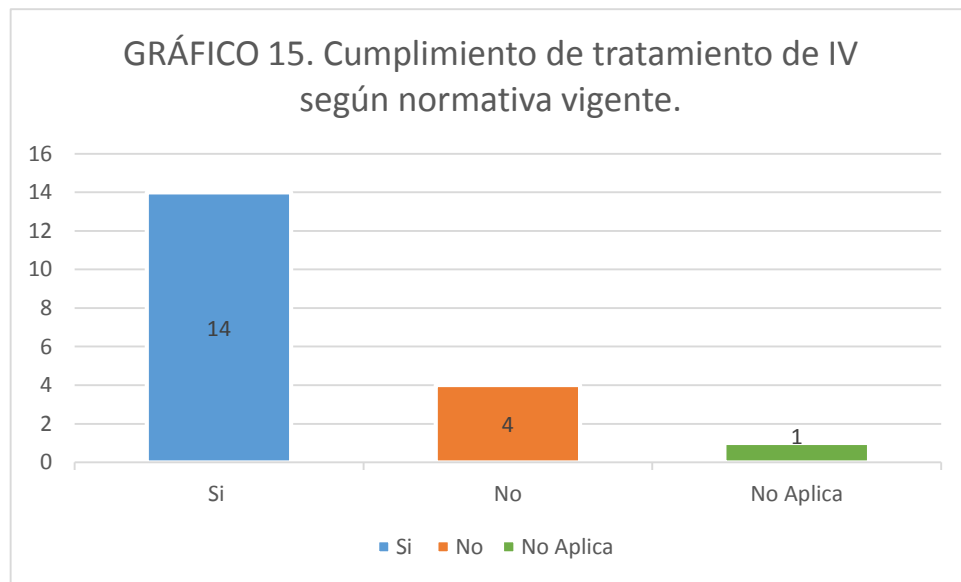
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Índice: el grafico anterior nos muestra que se le brinda consejería de la relación existente entre infección vaginal y parto prematuro a todas y cada una de las embarazadas en nuestra muestra, en otras palabras, al 100%.

Interpretación: está ampliamente documentado la relación existente entre la infección genital y el parto prematuro en mujeres embarazadas; dicha relación debe ser abordada en la consulta prenatal con los pacientes, esto con el objetivo que se empoderen de su condición y comprendan lo importante de asistir a sus controles prenatales y lo critico que es acatar las instrucciones medicas con respecto al tratamiento de esta infección en el caso de ser diagnosticada con la misma.

TABLA 15. Cumplimiento del tratamiento de infecciones vaginales (IV) según la normativa vigente.

Cumplimiento de tratamiento de IV según normativa vigente.	
Si	14
No	4
No Aplica	1
Total	19



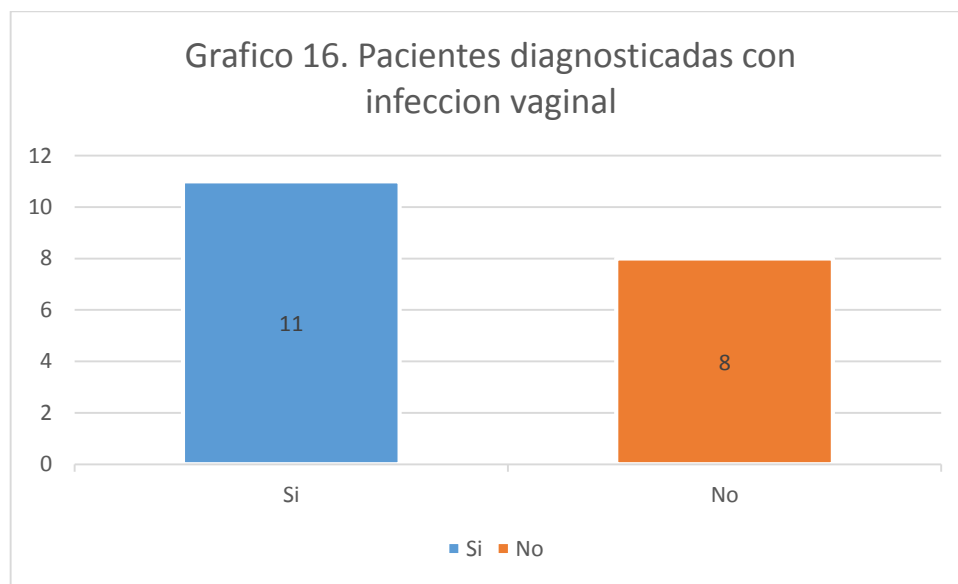
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: podemos observar que 18 pacientes en nuestra muestra de 19 fueron diagnosticadas con infección vaginal, y de ellas solo 14 recibieron tratamiento adecuado, 73.6%; 4 no lo recibieron, 21%. Y una paciente no presentó dicha infección, 5.26%.

Interpretación: el tratamiento de las infecciones vaginales obedece al tipo de infección diagnosticada; de tratarse de una infección micótica se debe indicar clotrimazol vaginal cada noche por 7 días; y en el caso de infecciones bacterianas, estas se tratan con metronidazol vaginal cada noche por 7 días. Puede presentarse una infección mixta, en cuyo caso se trata al paciente con una combinación de los tratamientos antes mencionados

TABLA N° 16. Pacientes diagnosticadas con infección vaginal.

Diagnosticadas con infección vaginal	
Si	11
No	8
Total	19



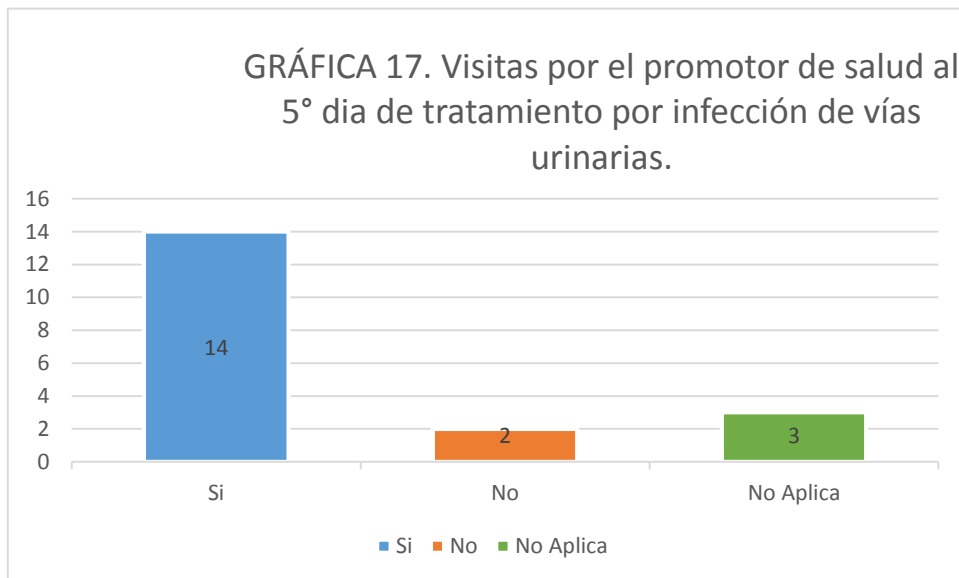
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: de los datos obtenidos se desglosa que 11 pacientes embarazadas presentaron infección vaginal cuyo porcentaje corresponde al 57.8%. y 8 pacientes embarazadas no se diagnosticaron con la antes mencionada infección, dato correspondiente al 42.2% del total de la población en estudio.

Interpretación: el diagnostico de infección vaginal se hace a través de la sintomatología sugestiva obtenida a través de la anamnesis y el examen ginecológico adecuado y completo; es de suma importancia hacer este diagnóstico oportunamente para tratar la infección y evitar las complicaciones tan delicadas que conlleva en la embarazada y su producto.

TABLA N° 17. Se registran las visitas al quinto día de haber iniciado con tratamiento para las IVU por promotor de salud.

Visitas al 5° día de tratamiento	
Si	14
No	2
No Aplica	3
Total	19



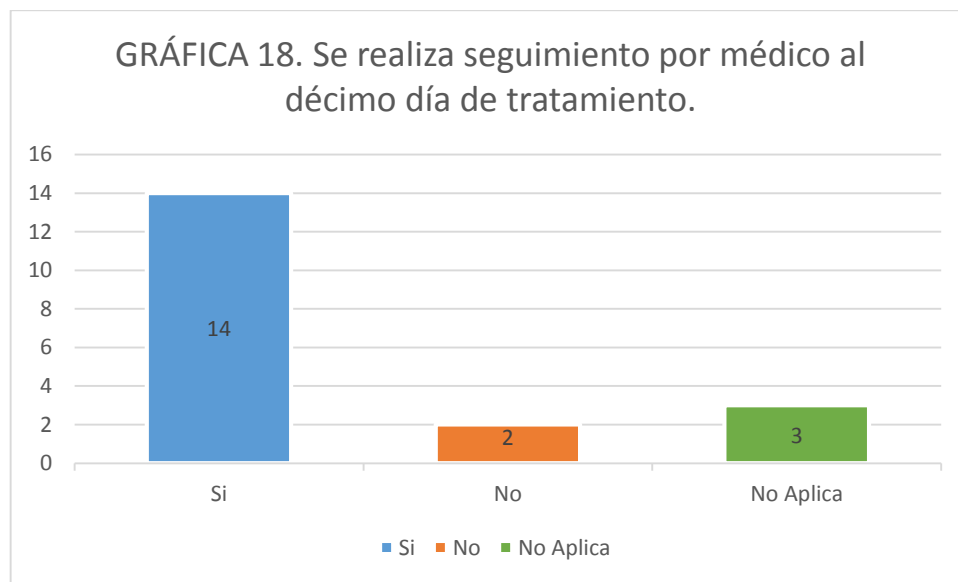
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: del total 19 embarazadas, solamente se le realiza visita comunitaria al quinto día posterior al diagnóstico de infección de vías urinarias a 14 de ellas, 2 no recibieron tal visita y los 3 restantes no tenían diagnóstico de infección de vías urinarias; conformando el 73.6%, 10.5% y 15.7% respectivamente.

Interpretación: todas las embarazadas diagnosticadas con infección del tracto urinario y a las que se les indico el tratamiento pertinente deben ser referidas al promotor de salud para ser visitadas en su comunidad al quinto día de tratamiento; el objetivo de esta visita consiste en determinar el estado de salud del paciente, la evolución de los síntomas y el apego al tratamiento.

TABLA N°18. Se realiza seguimiento por médico al décimo día de tratamiento.

Se realiza seguimiento por médico al décimo día de tratamiento.	
Si	14
No	2
No Aplica	3
Total	19



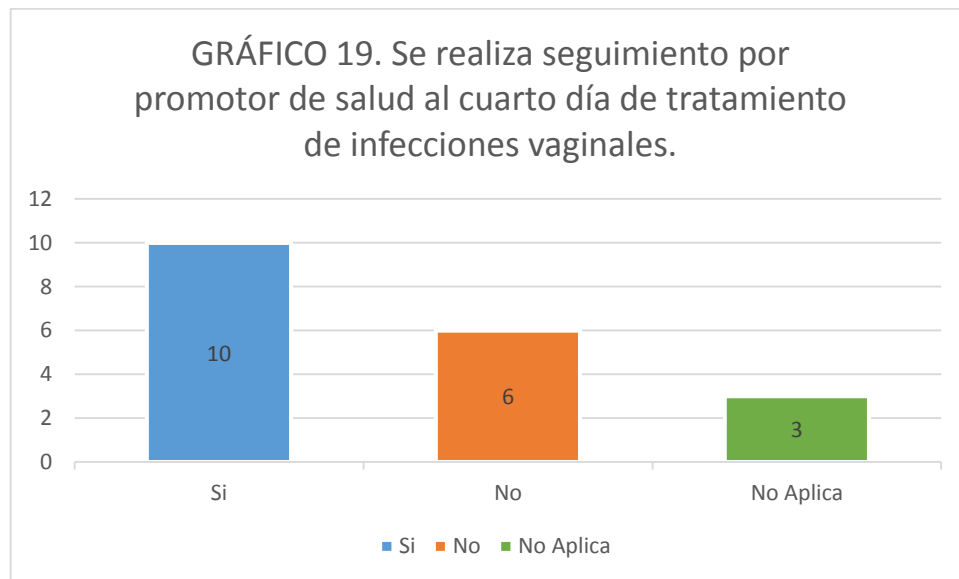
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: 14 de las embarazadas en estudio cumplen con seguimiento al décimo día de tratamiento de infección del tracto urinario, 2 no cuentan con seguimiento y los 3 restantes no tenían diagnóstico de infección de vías urinarias; conformando el 73.6%, 10.5% y 15.7% respectivamente.

Interpretación: 10 días posterior al diagnóstico de infección del trato urinario, cada paciente debe acudir al establecimiento de salud donde es correspondiente a consulta con su médico para el seguimiento de la infección antes mencionada; el objetivo de esto es corroborar que tomo su medicamento en la forma y el tiempo indicado, realizar un nuevo examen complementario para descartar una infección persistente y clasificar como infección resuelta en caso contrario. Además de brindar la educación en salud correspondiente para prevenir una nueva infección de cualquier índole.

TABLA N°19. Se realiza seguimiento por promotor de salud al cuarto día de tratamiento de infecciones vaginales.

Se realiza seguimiento por promotor de salud al cuarto día de tratamiento de infecciones vaginales.	
Si	10
No	6
No Aplica	3
Total	19



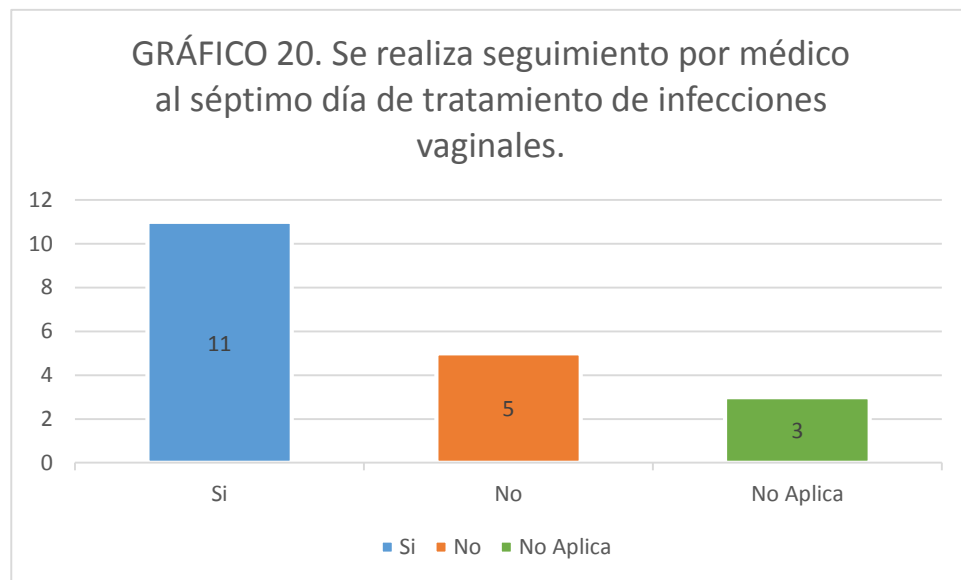
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: solamente a 10 de 19 embarazadas se les realiza visita comunitaria al cuarto días posterior al diagnóstico de infección vaginal, 6 de ellas no recibieron tal visita y los 3 restantes no tenían diagnóstico de infección vaginal; conformando el 52.6%, 31.5% y 15.7% respectivamente.

Interpretación: todas las embarazadas diagnosticadas con infección vaginal y a las que se les indico el tratamiento pertinente deben ser referidas al promotor de salud para ser visitadas en su comunidad al cuarto día de tratamiento; el objetivo de esta visita consiste en determinar el estado de salud del paciente, la evolución de los síntomas y el apego al tratamiento.

TABLA N° 20. Se realiza seguimiento por médico al séptimo día de tratamiento de infecciones vaginales.

Se realiza seguimiento por médico al séptimo día de tratamiento de infecciones vaginales.	
Si	11
No	5
No Aplica	3
Total	19



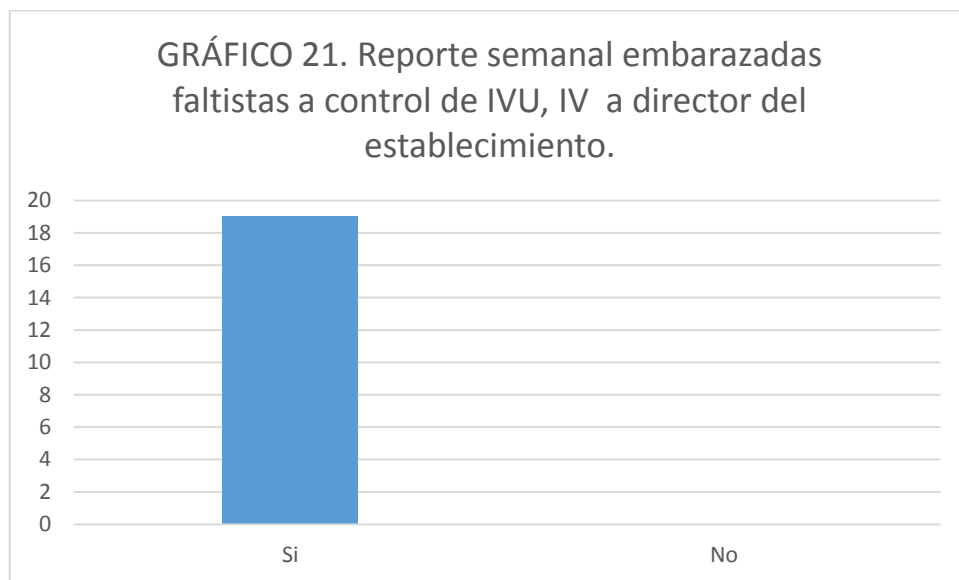
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: 11 de las embarazadas en estudio cumplen con seguimiento al séptimo día de tratamiento de infección del tracto urinario, 5 no cuentan con seguimiento y los 3 restantes no tenían diagnóstico de infección vaginal; conformando el 57.9%, 26.3% y 15.8% respectivamente.

Interpretación: 7 días posterior al diagnóstico de infección vaginal, cada paciente debe acudir al establecimiento de salud donde es correspondiente a consulta con su médico para el seguimiento de la infección antes mencionada; el objetivo de esto es corroborar que cumplió su tratamiento en la forma y el tiempo indicado, realizar una nueva anamnesis y examen ginecológico para descartar una infección persistente y clasificar como infección resuelta en caso contrario. Además de brindar la educación en salud correspondiente para prevenir una nueva infección de cualquier índole.

TABLA N° 21. Se reporta de forma semanal al director del establecimiento las embarazadas faltistas a control de IVU, IV por el personal de enfermería.

Reporte semanal embarazadas faltistas a control de IVU, IV a director del establecimiento.	
Si	19
No	0
Total	19



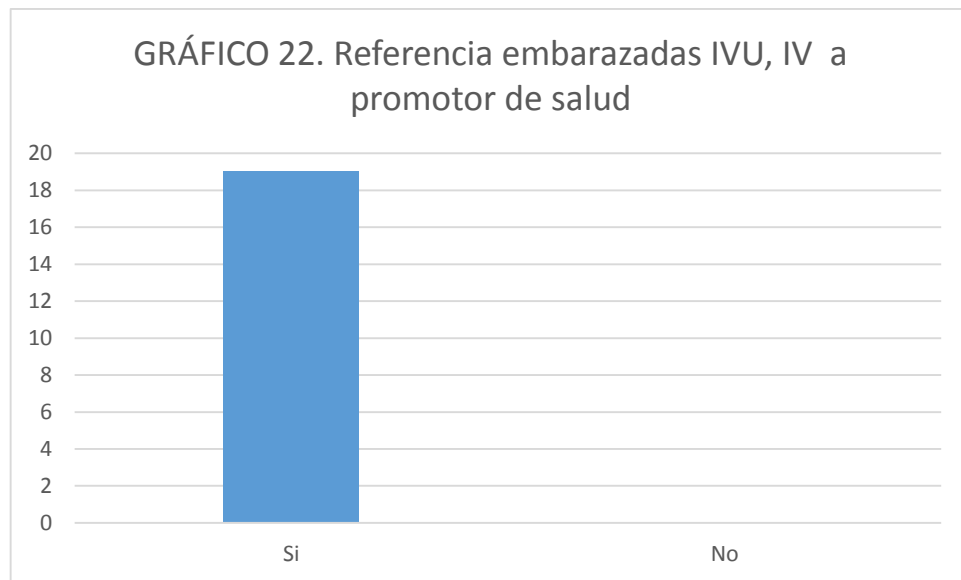
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: podemos observar que se cumple al 100% con la norma al reportar al director del establecimiento las embarazadas faltistas a sus controles de seguimiento para cada tipo de infección.

Interpretación: la razón de reportar semanalmente al director del establecimiento de las embarazadas faltistas a sus respectivos seguimientos de infección del tracto urinario y vaginal es el de movilizar los recursos necesarios para visitar a estas pacientes en su comunidad y determinar su estado de salud y la evolución de la enfermedad. En caso de infecciones persistentes por mal apego a tratamiento o porque este fallo por algún motivo, las pacientes deben ser convocadas al establecimiento de salud.

TABLA N° 22. Se dio referencia a todas las embarazadas con IVU, IV a su respectivo promotor de salud.

Referencias embarazadas IVU, IV a promotor de salud	
Si	19
No	0
Total	19



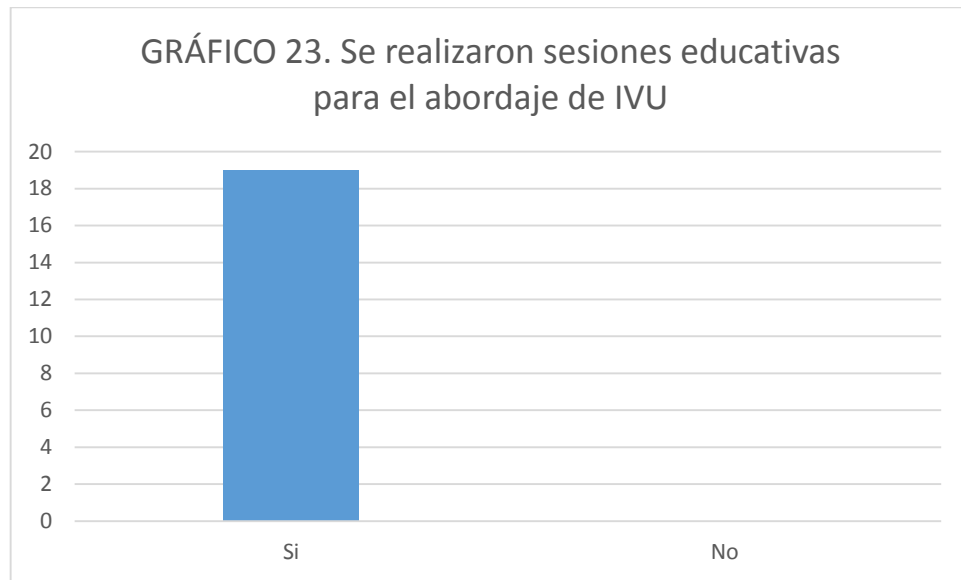
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: A cada una de las 19 embarazadas objeto de nuestro estudio se les refirió para seguimiento por promotor de salud en el tiempo indicado según cada caso.

Interpretación: según norma todo paciente femenino a quien se detecta en estado de embarazo debe tener seguimiento constante por promotor de salud del área, aun mas este seguimiento tiene un tiempo estipulado en caso que además sean diagnosticadas con infección vaginal o del tracto urinario.

TABLA 23. Se realizaron sesiones educativas para el abordaje de

Se realizaron sesiones educativas para el abordaje de IVU	
Si	19
No	0
Total	19



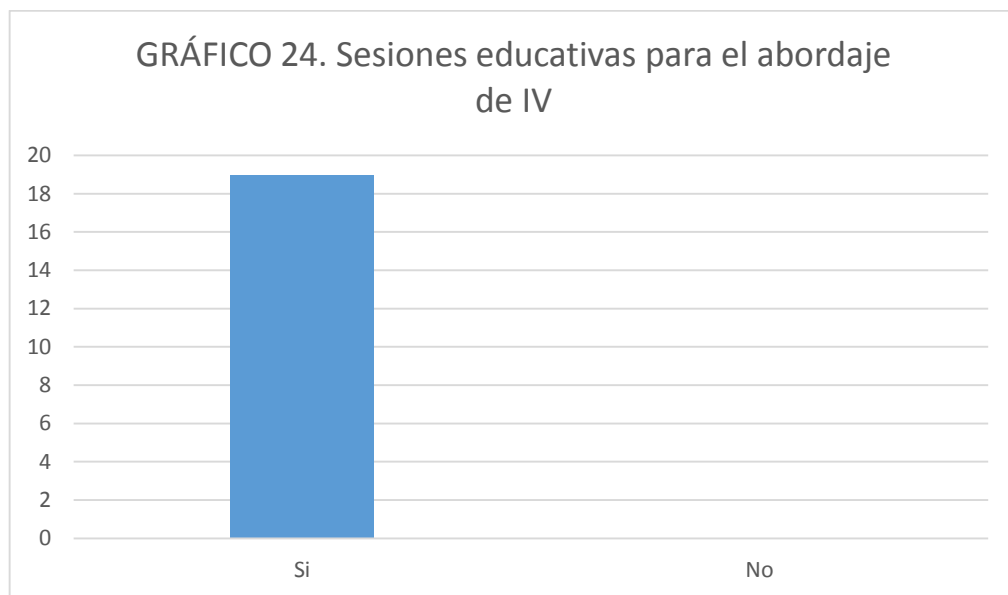
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: este grafico refleja la total cobertura de las sesiones educativas sobre infección de vías urinarias impartidas, las cuales alcanzaron el 100% de la población en estudio.

Interpretación: toda paciente embarazada en cada control prenatal haya o no sido diagnosticada con infección de vías urinarias debe recibir una charla sobre el tema para la prevención y combate de esta infección, además de educarla sobre hábitos higiénicos y las consecuencias que conllevan este tipo de patologías.

TABLA N° 24. Se realizaron sesiones educativas para el abordaje de infecciones vaginales (IV).

Se realizaron sesiones educativas para el abordaje de IV	
Si	19
No	0
Total	19



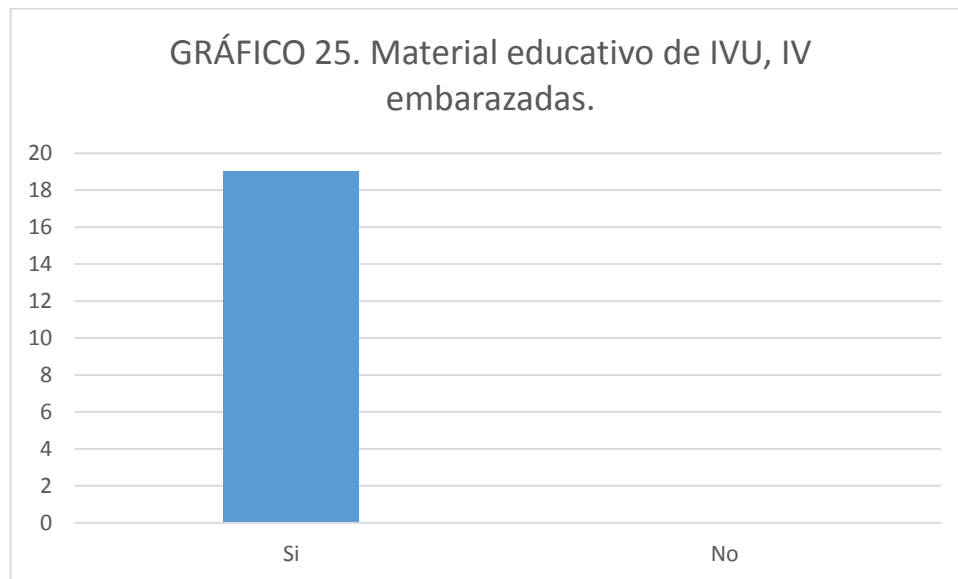
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: este grafico refleja la total cobertura de las sesiones educativas sobre infecciones vaginales impartidas que alcanzaron el 100% de la población en estudio.

Interpretación: para cada una de las pacientes embarazadas en cada control prenatal hayan o no sido diagnosticadas con infección vaginal, se debe dar una charla sobre el tema para la prevención y combate de esta infección, además de educarla sobre hábitos higiénicos y las consecuencias que conllevan este tipo de patologías en caso de no ser diagnosticadas y tratadas tempranamente.

TABLA 25. Se impartió material educativo de IVU, IV a embarazadas.

Se impartió material educativo de IVU, IV a embarazadas	
Si	19
No	0
Total	19



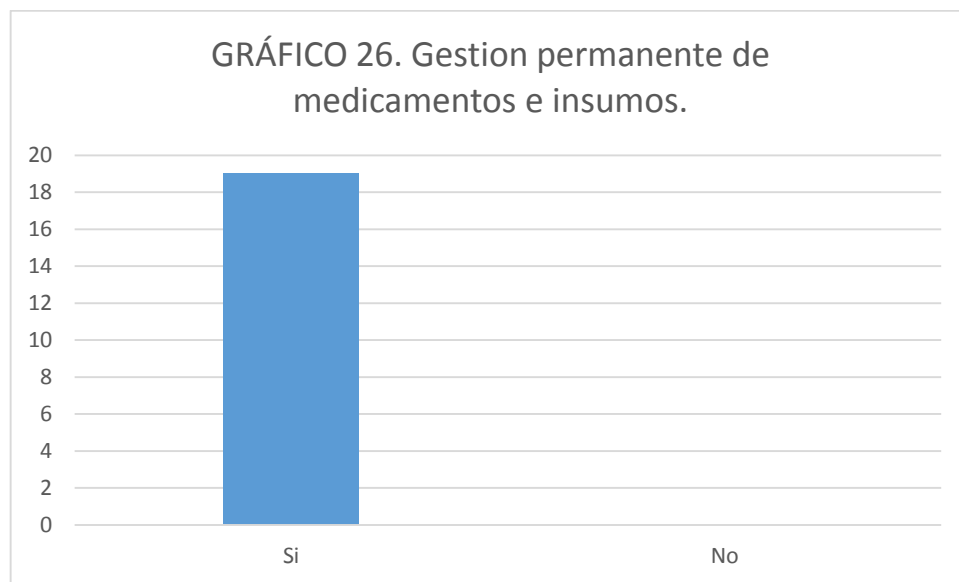
Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: se impartió material educativo para infección de vías urinarias e infecciones vaginales al total de pacientes incluidos en este estudio los cuales suman 19.

Interpretación: para poder tener un respaldo visual y aportar a la educación y consejerías para las pacientes embarazadas; con este fin el material educativo provee una gran ayuda sin mencionar la distribución informativa a toda la comunidad en zonas a las que de otra manera tal vez no se podría acceder.

TABLA 26. Se realizó la gestión para el abastecimiento permanente de medicamentos e insumos para la detección y seguimiento de las embarazadas con IVU.

Gestión permanente de medicamentos e insumos	
Si	19
No	0
Total	19



Fuente: Expedientes clínicos UCSFB San Juan Nahuistepeque.

Análisis: en cada uno de los casos de infección de vías urinarias y vaginales diagnosticados se realizó la gestión de los medicamentos e insumos necesarios, totalizando el 100% de cobertura de los mismos.

Interpretación: es imperativo contar con los insumos y medicamentos adecuados para cada una de las infecciones en las mujeres embarazadas que son usuarias del establecimiento de salud, no debe por motivos de desabastecimiento retrasar el tratamiento de estas pacientes debido a las graves consecuencias de morbilidad que esto implica para este binomio madre hijo.

CAPÍTULO VII.

DISCUSIÓN.

La infección de vías urinarias como las infecciones vaginales representan las complicaciones médicas más frecuentes en el embarazo; los cambios fisiológicos durante el embarazo predisponen al desarrollo de complicaciones que pueden afectar de manera significativa tanto a la madre como al feto. A pesar de los diversos esfuerzos realizados por el sistema nacional de salud ambas infecciones continúan asociándose a morbilidad materna y fetal. Se presentan en cualquier momento de la gestación y la importancia de detectar oportunamente cualquier tipo de infección durante la gestación radica en la posibilidad de prevenir una serie de complicaciones graves del embarazo que van desde el aborto espontáneo, muerte fetal in útero, prematuridad, retardo de crecimiento intrauterino, malformaciones fetales, infecciones congénitas en el recién nacido, sepsis neonatal, secuelas post natales de la infección e infección puerperal y sepsis materna. Sin embargo, a pesar de los riesgos que estas infecciones conllevan a la madre y su feto, la falta de un diagnóstico oportuno y la renuencia del cumplimiento estricto de las indicaciones médicas tales como no completar el tratamiento que se prescribe a la madre gestante por falsos temores al uso de la terapia antibiótica durante el embarazo, puede conllevar a las complicaciones anteriormente mencionadas.

Por lo anteriormente expuesto el plan nacional de infección de vías urinarias e infecciones vaginales fue creado por el Ministerio de Salud con el propósito de fortalecer las estrategias para impactar en la reducción de la prematuridad y el bajo peso al nacer a través de la detección temprana, manejo terapéutico adecuado y seguimiento integral de las embarazadas con infecciones del tracto urinario e infecciones vaginales, sin embargo nuestra investigación se enfoca principalmente en aquellas embarazadas adolescentes ya que las cifras de embarazos en adolescentes año con año aumentan en nuestro país y es por tal

motivo que esta investigación se vuelve tan relevante, el embarazo adolescente hoy por hoy es uno de los problemas más complejos en salud pública.

El embarazo en jóvenes entre las edades 12 a 19 años tiene la característica de ser un embarazo no deseado, o no planificado, y es este mismo periodo en el que se registran el mayor número de muertes materno infantiles. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), *“la adolescencia es el periodo de vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica”*.¹ Por lo tanto, en este periodo la capacidad reproductiva continúa en desarrollo y es por tal motivo que un embarazo en esta etapa de la vida se vuelve tan delicado y peligroso tanto para la madre gestante como el feto.

A lo largo de esta investigación realizada en la unidad comunitaria de salud familiar de San Juan Nahuistepeque, en el departamento de La Paz, determinamos que la prevalencia de infección del tracto urinario así como las infecciones vaginales en adolescentes embarazadas es alta, sin embargo, pudimos verificar el cumplimiento del plan nacional de infección de vías urinarias e infecciones por parte del equipo de salud se ha cumplido de manera satisfactoria en aproximadamente un 95%, ya que cada una de las adolescentes embarazadas contaba en cada uno de sus controles prenatales con la toma adecuada de la tira reactiva más un examen ginecológico completo, cada una de las pacientes que fue diagnosticada con infección de vías urinarias o infecciones vaginales recibió un tratamiento terapéutico adecuado y acorde al tipo de infección, también constatamos que cada una de las adolescentes embarazadas recibió seguimiento por parte del promotor de salud en el tiempo estipulado por el plan nacional para la correspondiente infección previamente diagnosticada y además, constatamos que asistieron a sus seguimientos correspondientes con el médico del

¹ Desarrollo en la adolescencia, un período de transición de crucial importancia, OMS tomado de: URL: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

establecimiento de salud, comprobando que el plan nacional de detección temprana, abordaje y seguimiento de embarazadas con infecciones de vías urinarias e infecciones vaginales ha tenido un gran impacto positivo en el primer nivel de atención, sin embargo aún hay mucho que hacer para mejorar este problema de salud pública, principalmente a nivel educativo, ya que la falta de conocimiento por parte de las embarazadas adolescentes conlleva al incumplimiento del tratamiento indicado, así como la inasistencia a sus seguimientos.

El principal motivo que incentivo esta investigación fue, sentar un precedente en relación al cumplimiento del plan nacional para la detección temprana, abordaje y seguimiento de la infección de vías urinarias e infecciones vaginales, haciendo constar que el cumplimiento del plan conlleva beneficios de gran importancia para la salud pública de nuestro país.

CAPÍTULO VIII.

CONCLUSIONES.

- Al finalizar nuestra investigación pudimos constatar que el plan nacional para la detección temprana, abordaje y seguimiento de la infección del tracto urinario así como infecciones vaginales en adolescentes embarazadas en la unidad comunitaria de salud familiar de San Juan Nahuistepeque, departamento de La Paz, para el periodo de enero a diciembre de 2017 se ha cumplido aproximadamente en un 95%, lo que ha permitido tener un gran impacto en la reducción de parto prematuros y recién nacidos con bajo peso.

- La alta prevalencia en la población en estudio de las infecciones de vías urinarias incide en los cambios fisiológicos que experimenta las embarazadas adolescentes, que se traduce en la disminución del tránsito urinario a través del sistema excretor, la dilatación ureteral significativa que aparece progresivamente a partir de la sexta semana de gestación y que aumenta al término del embarazo, así como el dextro rotación habitual del útero explica el predominio derecho de la estasis. Por consiguiente, podemos no desvincular de ninguna manera esta patología, podemos determinar que el apareamiento las infecciones de vías urinarias es directamente proporcional en el embarazo. como personal de salud el compromiso es lograr identificar este factor de riesgo constitucional para la prevención de la misma.

- la ruptura de la relación simbiótica de la flora vaginal normal conlleva al apareamiento excesivo de bacterias anaerobias, hongos y parásitos, por ende, una disminución considerable o ausencia de lactobacilos. La sintomatología es florida y específica para poder diagnosticar en cada control prenatal sistemático según semanas de amenorrea en la consulta médica, que puede determinarse a través del examen ginecológico exhaustivo y la identificación de signos y síntomas. Las embarazadas con vaginosis tienen riesgo de ruptura prematura de membranas,

partos prematuros, corioamnionitis y endometritis. Nuestra investigación refleja el cumplimiento en su totalidad del plan nacional de IVU y vaginosis. Una relación de IVU y vaginosis de 14:5 de toda la población en estudio.

- El abordaje terapéutico farmacológico varía según la edad gestacional, agente causal, vía de administración, examen físico ginecológico y el tipo de infección. Una integración de todo lo antes mencionado, hace posible que el prescriptor brinde a las embarazadas el tratamiento adecuado para su patología y contexto clínico. En cada una de las embarazadas se cumplió el tratamiento terapéutico adecuado.
- Según el plan nacional de IVU Y vaginosis las pacientes embarazadas que fueron diagnosticadas con estas infecciones, cumplieron con el seguimiento en el tiempo estipulado para cada tipo de infección. la importancia que juega el trabajo de los promotores de salud es fundamental para verificar el estado de salud de la paciente, la evolución de la enfermedad y el apego al tratamiento.
- Las citas para seguimiento de por parte del médico en los casos de embarazadas con diagnóstico de IVU y vaginosis es fundamental. Si en el mejor de los casos el tratamiento fue apropiado y la infección resolvió el galeno puede continuar con los controles prenatales normales, sin antes olvidar dar consejerías y educar a la paciente y a su pareja sobre la prevención de una posible futura infección; en caso contrario se clásica como infección persistente al tratamiento y se toman las medidas necesarias en cuanto a exámenes más específicos, referencia a segundo nivel o cambio en la terapéutica.

CAPÍTULO IX.

RECOMENDACIONES.

A las embarazadas:

- ❖ Promover hábitos higiénicos en relación al aseo genital tales como baño diario, uso de ropa no ajustada preferentemente colores claros y de algodón, evitar duchas vaginales, evitar uso de jabones íntimos e idealmente el uso de jabones blancos para evitar el interferir en la simbiosis de la flora vaginal normal,
- ❖ Fomentar la educación sexual en cualquier etapa del embarazo como por ejemplo el uso de preservativo, el aseo genital pre y postcoital tanto de la paciente como de la pareja para disminuir la incidencia de las infecciones vaginales.
- ❖ Concientizar a las embarazadas sobre la importancia de asistir a todos sus controles prenatales y las citas para seguimiento de infecciones de vías urinarias e infecciones vaginales
- ❖ Educar a las embarazadas sobre la importancia de apego al tratamiento indicado en dosis y tiempo en caso de ser diagnosticada con IVU y vaginosis, para evitar resistencia farmacológica a medicamentos y persistencia de la enfermedad.
- ❖ Se recomienda a las embarazadas alta ingesta de líquidos para favorecer el efecto de barrido en el tracto y evitar la proliferación bacteriana que es causante de las infección de vías urinarias
- ❖ Orientar a las embarazadas para poder reconocer cuando un flujo genital es anormal; entre las características anormales del flujo se encuentran; fetidez, consistencia del flujo, colores característicos, prurito vaginal, tumefacción
- ❖ Concientizar a las embarazadas en caso de presentar IVU persistente asistir a su hospital de segundo nivel de referencia para darle seguimiento a dicha infección. La importancia radica en la toma de urocultivo para verificar la resistencia y la sensibilidad del microorganismo patógeno.

Al personal de salud:

- ❖ Promover campañas de educación en los establecimientos de salud, para poder identificar sintomatología sugestiva de infecciones de vías urinarias y vaginosis tales como disuria, leucorrea, fiebre y dolor abdominal.
- ❖ Dar a conocer cuáles son las consecuencias principales de una infección de vías urinarias y vaginosis como: corioamnionitis, parto prematuro, bajo peso al nacer, preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino, etc.
- ❖ El personal médico debe estar capacitado para realizar el examen ginecológico para lograr identificar signos característicos de IVU o vaginosis.
- ❖ Socializar la buena técnica de la toma de muestra orina para la realización de comburtest: aseo de manos, uso de torundas para la limpieza de introito vaginal, uso de frasco debidamente sellado, toma de muestra de medio chorro.
- ❖ El personal médico debe lograr una adecuada interpretación del comburtest correlacionado con la clínica para evitar falsos positivos al momento de brindar el abordaje terapéutico.
- ❖ Lograr la confirmación del diagnóstico de IVU persistente a través del urocultivo que es de suma importancia para la resolución de la enfermedad.
- ❖ Brindar los seguimientos por parte del promotor de salud en los días establecidos para constar la evolución y resolución de una infección de vías urinarias o infección vaginal.
- ❖ Recomendamos al personal de enfermería realizar un acucioso registro de las pacientes diagnosticadas con infecciones del tracto urinario así como de infecciones vaginales en el libro de IVU y vaginosis del establecimiento, de manera tal que podamos evitar un sub-registro o sobre-registro de pacientes.

CAPÍTULO X.

BIBLIOGRAFÍA.

¹ Desarrollo en la adolescencia, un período de transición de crucial importancia, OMS tomado de: URL: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

² Hofman, Schorge Schaffer Halvarson Bradshaw, capítulo 3: infecciones ginecológicas, Ginecología de Williams, segunda edición. Editorial Mc Graw Hill latinoamericana Estados Unidos, 2009 págs. 65-66.

³ Ministerio de Salud, Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia, Gobierno de El Salvador.

⁴ Harrison. Principios de Medicina Interna, 18e capítulo 288, página 2387.

⁵ Memorandum N° 2015-6013-12, emitido por la dirección de enfermedades infecciosas del Ministerio de Salud al 05 de febrero de 2015.

⁶ Jonathan S. Berek MD, MMS “Ginecología de Novak” capítulo 16 infecciones urogenitales y enfermedades de transmisión sexual catorce edición. Editorial Wolters Kluwer Health, España 2008 página 54.

⁷ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) El Salvador, Mapa de Embarazos en Niñas y Adolescentes en El Salvador 2015, primera edición Julio de 2016.

ANEXOS.

Anexo no. 1: Lista de Chequeo de expedientes clínicos para evaluar la atención a la embarazada con IVU e Infecciones Vaginales

Preguntas a realizar	NUMERO DE EXPEDIENTE CLINICO								NUMERO DE EXPEDIENTE CLINICO								NUMERO DE EXPEDIENTE CLINICO																							
	A-371-352-05		C-130-111-07		A-349-332-09		B-269-225-04		C-323-282-02		A-111-105-06		A-299-286-06		B-2238-200-03		A-183-172-08		C-044-040-03		C-294-249-02		C-080-066-08		A-343-327-06		B-226-193-07		A-217-206-04		A-313-327-06		001-2017		A-140-130-05		A-188-165-05			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1. Se han utilizado las tiras reactivas en la inscripción	x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x			
2. Se ha utilizado la tira reactiva en cada uno de los controles prenatales normados	x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x			
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	x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x			
5. En cada control prenatal se realiza el llenado de la HCP para el seguimiento y análisis longitudinal del control prenatal	x			x	x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x			
6. embarazo presente IVU recurrente		x	x			x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		
7. de haber presentado IVU se envió urocultivo		NO APLICA	x			NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA	x			NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA	x			NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		
7. El cultivo se tomó dentro de las 48 horas posterior a la indicación (Escribir No aplica sino presente IVU)		NO APLICA	x			NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA	x			NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA	x			NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		
8. Se da cumplimiento al tratamiento de IVU según la normativa vigente	x		x		x		x		NO APLICA	x		x		x		x		NO APLICA		NO APLICA	x		x		x		NO APLICA		NO APLICA	x		x		x		x		x		
9. Se realizó toma de PAP durante la inscripción prenatal	x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x	
10. Se realizó examen ginecológico durante la inscripción prenatal	x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x	
11. Se investigo en cada control prenatal sintomatología de infección vaginal	x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x	
12. De encontrarse sintomatología se coloco especulo	x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x	
13. Se brindo consejería sobre la relación de la IV con el parto sexuales de riesgo, para la prevención de infecciones vaginales prematuro, higiene sexual y genital, uso de condón, practicas	x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x	
14. Se da cumplimiento al tratamiento de IV según la normativa vigente		NO APLICA	x			x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		

ANEXO No. 2: Lista de Chequeo para el seguimiento con IVU, e Infecciones Vaginales																																									
Lista de Chequeo para la revisión del seguimiento a la embarazada y de actividades de educación y promoción para la salud																																									
Preguntas a realizar	A-371-352-05		C-130-111-07	A-349-332-03		B-269-225-04		C-323-282-02		A-111-105-06		A-299-286-06		B-238-200-03		A-183-172-08		C-044-040-03		C-294-249-02		C-080-066-08		A-343-327-06		B-226-193-07		A-217206-04		A-313-327-06		001-2017		A-140-130-05		A-188-175-05					
	SI	NO		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
Se incluye en el libro de seguimiento a la embarazada:		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
- Diagnosticadas con IVU	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
- Diagnosticadas con infección vaginal		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
- Se registran las visitas al quinto día de haber iniciado con tratamiento para las IVU	X		X		X		X		NO APLICA		X		X		X		NO APLICA		NO APLICA		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
- Se realiza el próximo control al finalizar el décimo día de tratamiento para IVU	X		X		X		X		NO APLICA		X		X		X		NO APLICA		NO APLICA		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
- Se realiza la visita comunitaria al cuarto día después de haber sido detectada la IV		X		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
- Se realiza el próximo control al finalizar el séptimo día de tratamiento para IV		X		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
2. Se reporta de forma semanal al director del establecimiento las embarazadas faltistas a control de IVU,IV por el personal de enfermería	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
4. Se realiza la visita domiciliar a las embarazadas faltistas a control prenatal	NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA
5. Se dio referencia a todas las embarazadas con IVU, IV a su respectivo promotor de salud	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
6. Se realizaron sesiones educativas para el abordaje de IVU (Revisar listados de asistencia)	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
7. Se realizaron sesiones educativas para el abordaje de IV (Revisar listados de asistencia)	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
10. Se impartió material educativo de IVU,IV a embarazadas (Analizar como medir esto)	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
13. Se realizó la gestión para el abastecimiento permanente de medicamentos e insumos para la detección y seguimiento de las embarazadas con IVU.	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X