



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE PARTERAS**

**Dificultades del tratamiento oportuno para Bacteriuria Asintomática en los  
controles obstétricos realizados por Obstetras Parteras en los Centros de  
Salud de Cerro y Hospital Saint Bois**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Carla Galli

Br. Lucía Martínez

TUTORA: Prof. Obst. Part. Eliana Martínez

Montevideo, Diciembre 2020

## AGRADECIMIENTOS

Como principal agradecimiento nos gustaría destacar el apoyo incansable de nuestras familias y amigos, pilar fundamental no sólo en esta recta final, sino a lo largo de esta hermosa carrera.

Agradecemos a nuestra tutora, Profesora Obstetra Partera, Directora de la Escuela de Parteras, Eliana Martínez, quien sin dudarlo nos brindó su apoyo, nos guio en este último paso y nos impulsó siempre sin dejarnos rendir.

Agradecer a las Obstetras parteras del Centro de Salud Cerro y Hospital Saint Bois, quienes nos brindaron su apoyo y ayuda para que esta investigación sea llevada a cabo, siempre con humor y buena disposición.

Por último y no menor a la Academia, la que nos ha formado científicamente pero también humanamente. Por cada docente que ha pasado en nuestra formación, dejando huella en nuestra vida. Y también a los miembros no docentes de la misma, que han estado presentes en nuestro camino, a veces de formas invisibles, pero sin duda que fundamentales para llegar a destino.

## TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	2
TABLA DE CONTENIDO .....	3
RESUMEN / ABSTRACT .....	4
INTRODUCCIÓN.....	4
Objetivos: .....	6
Preguntas que este trabajo pretende responder.....	6
Diseño Metodológico: .....	7
MARCO TEÓRICO .....	8
OBJETIVOS.....	12
METODOLOGÍA.....	12
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS .....	15
CONSIDERACIONES FINALES / CONCLUSIONES .....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	27

## RESUMEN / ABSTRACT

### INTRODUCCIÓN

Existen patologías que se presentan durante la gestación de forma asintomática. Por presentar esa característica la mujer desconoce que cursa la afección, tal como es el caso de la *bacteriuria asintomática*. Paradójicamente los riesgos de la evolución y las potenciales alteraciones que causan en el embarazo y en la mujer hacen que se considere un riesgo grave para la salud del binomio.

El tratamiento oportuno considerado como aquel que se realiza durante el estadio de la enfermedad en donde se curaría sin evolucionar, minimizando los riesgos toma fundamental importancia en el control obstétrico y seguimiento de la gestante.

Por lo antes mencionado es que surge la inquietud de la realización del tratamiento de esta patología, en aquellas embarazadas que son controladas por Obstetra Parteras las cuales si bien cuentan desde el reglamento profesional con el libre ejercicio (Art. 1), la obligación de conocer las patologías y tratar en ausencia del ginecólogo (Art. 4), académicamente cuentan con los conocimientos y habilidades para realizar diagnósticos y tratamientos de patologías asociadas con el embarazo, que es el profesional idóneo para el control de embarazo de bajo riesgo, siendo capaz de solicitar exámenes, interpretarlos y realizar diagnósticos, no se encontraban habilitadas para prescribir. Por lo que surge la cuestión de cómo se realizaba el tratamiento oportuno de ciertas patologías.

La infección del tracto urinario se define según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, como aquella en la cual se haya la presencia de bacterias en el tracto urinario, las que producen alteraciones morfológicas y/o funcionales (SEGO, 2013) Las infecciones del tracto urinario se dividen generalmente en dos: aquellas del tracto urinario bajo y las del tracto urinario alto. Si bien la forma más común de presentación son aquellas englobadas dentro del tracto urinario bajo, también puede presentarse en forma de pielonefritis o sepsis urológica, lo que consecuentemente incrementa las tasas de parto pretérmino, incidencia de bajo peso al nacer y la mortalidad neonatal. Según esta sociedad, la infección del tracto urinario constituye una de las complicaciones médicas más frecuentes durante el embarazo, alcanzando una incidencia entre el 5-10% del total de embarazos y de ellos el 2-11% corresponde a bacteriuria asintomática. Es importante destacar que la falta de tratamiento de una bacteriuria asintomática da lugar a una pielonefritis en una incidencia del 25-40% de los casos, y si es tratada disminuye hasta un 3% (SEGO, 2013) Por lo cual nos resulta importante abarcar dentro de todas las infecciones del tracto urinario ésta en particular.

Podemos decir que estamos ante una bacteriuria asintomática cuando contamos con la presencia de más de 100.000 unidades formadoras de colonia (UFC) por ml, de un único uropatógeno, tomado por medio de una micción limpia. La SEGO indica que si bien con un único cultivo de orina se considera suficiente para su diagnóstico, ellos recomiendan que sean dos urocultivos consecutivos. Para esto en Uruguay los lineamientos del Ministerio de Salud Pública (MSP) indican 3 urocultivos de rutina, uno

en cada trimestre, con el objetivo de detectar una bacteriuria asintomática. Tal como muestra la revisión de la Cochrane 2007 el screening precoz y el tratamiento de la bacteriuria asintomática en la gestación tiene beneficios maternos y fetales.

Como mencionábamos la bacteriuria asintomática sin tratar evoluciona a pielonefritis gravídica entre un 25-40%, pero esta no es la única complicación que se da si no es tratada precozmente. Entre las complicaciones que afectan a la mujer encontramos además anemia, hipertensión, infección urinaria posparto y cambios estructurales renales. Dentro de las complicaciones fetales y neonatales tenemos la prematuridad, aumento de morbilidad y mortalidad perinatales, bajo peso al nacer, retraso de crecimiento fetal intrauterino y secuelas neurológicas.

Por todo lo dicho anteriormente, el tratamiento tendrá como objetivo la esterilización de la orina, para evitar las complicaciones maternas y fetales reduciendo al máximo la cronificación y las recidivas. En cuanto a la duración del mismo la SEGO recomienda pautas cortas, siempre que se tenga un control y seguimiento posterior.

Los lineamientos del MSP para el tratamiento de esta afección dentro del territorio nacional, son tratarla según el antibiograma, además de medidas higiénico - dietéticas.

La legislación y reglamentación eficaces son indispensables para el ejercicio de calidad y el mejoramiento de las normas de atención, lo que se verá reflejado en una mejora de la prevención en salud de la embarazada y el tratamiento oportuno, así como la recuperación y restauración de la salud.

El rol de las obstetras parteras, dado que la bacteriuria asintomática es una patología con gran potencial de evolución y agravamiento, siendo la misma silenciosa, será primordial en la detección precoz y el tratamiento oportuno de las usuarias.

Desde la obstetricia consideramos pertinente visibilizar a través de este trabajo, la dificultad que presentaba no poder brindarles a las usuarias un tratamiento oportuno e inmediato en la consulta con la obstetra partera. Consideramos un compromiso y una responsabilidad en dar respuesta de las dificultades que encontraban y desarrollaban las obstetras parteras, para poder proponer una asistencia efectiva a la patología. Este trabajo también quiere plantear un análisis que sirva de insumo para encontrar propuestas visibles a la problemática identificada.

## Objetivos:

### General

- Indagar las dificultades del tratamiento oportuno para la bacteriuria asintomática en los controles obstétricos realizados en el primer nivel de atención, por parte de obstetras parteras, en Montevideo, en los centros de salud del Cerro y del hospital Saint Bois, entre agosto 2018 y agosto 2019.

### Específicos

- Dar cuenta de si los centros referentes de estudio poseen las herramientas apropiadas para el tratamiento oportuno.
- Conocer las dificultades con las que se enfrentan las obstetras parteras para establecer el tratamiento oportuno.

### Preguntas que este trabajo pretende responder

1. ¿Qué métodos utilizan las obstetras parteras para un acceso rápido por parte de la usuaria al tratamiento de la bacteriuria asintomática?
2. ¿Existe un seguimiento de las usuarias diagnosticadas con bacteriuria asintomática, distinto a las pautas del MSP para confirmar el acceso al tratamiento?
3. ¿Qué porcentaje de las usuarias diagnosticadas en el plazo agosto 2018 a agosto 2019, tuvieron dificultades para el acceso del tratamiento oportuno y completo?

## **Diseño Metodológico:**

Se realizará una investigación cualitativa, con entrevistas semi estructuradas a las obstetras parteras que realicen controles obstétricos en los centros mencionados anteriormente.

Estudio que dará cuenta lo indagado en el plazo de un año. Se estableció ese lapso de tiempo debido al permanente cambio de lugar de trabajo, de las obstetras parteras, por lo cual podría suceder que alguna de ellas no hubiera estado ahí más de un año. Se seleccionó hasta agosto del 2019, para que los datos fueran lo más recientes posibles.

Se entrevistará a obstetras parteras que realicen controles obstétricos, en las policlínicas dependientes del centro coordinado del Cerro y en el Hospital Saint Bois. Se considera adecuado el estudio en dichos centros dado que las consultas obstétricas en su mayoría son realizadas por aquellas. También son considerados centros de referencia periféricos por el volumen de embarazadas asistidas. Por lo tanto la muestra seleccionada será la más representativa para que los resultados de esta investigación sean significativos.

## MARCO TEÓRICO

En la exposición de este marco teórico trabajaremos la dimensión de las dificultades del tratamiento oportuno, la bacteriuria asintomática y atención primaria en centros de salud de ASSE, Centro de Salud Cerro y hospital Saint Bois.

De las enfermedades que puede cursar una mujer en el transcurso de un embarazo, las infecciones urinarias son en un porcentaje elevado asintomáticas y a medida que se agrava el cuadro adquieren una característica sintomática.

Si bien es una enfermedad que puede aparecer a lo largo de la vida de la mujer, durante el embarazo, algunos elementos predisponen a su aparición de forma más frecuente que fuera del mismo. Dentro de los elementos predisponentes, encontramos mecánicos propios de los cambios morfológicos de la anatomía humana durante una gestación y, aquellos que surgen por cambios bioquímicos en el organismo, también consecuencia de una gestación en curso. (SEGO, 2013)

El crecimiento del útero junto con su contenido a medida que avanza la gestación, produce una compresión mecánica de los uréteres, ocasionando como consecuencia una dilatación de los mismos, lo que produce un estancamiento de la orina. El enlentecimiento en el avance de la orina también puede ser propiciada por el aumento de la progesterona en el organismo de la mujer. Esta hormona provoca una relajación del músculo liso provocando como consecuencia el enlentecimiento del pasaje de orina desde los riñones hacia la vejiga.

El estancamiento de la orina ocasionado de forma mecánica y el enlentecimiento de su paso provocado por las hormonas, junto con el aumento del PH por la elevación de la excreción de bicarbonato en la embarazadas, origina un medio propicio para la reproducción de microorganismos, que eventualmente producirán una infección de no ser eliminados. (SEGO, 2013)

Definimos a la infección del tracto urinario como aquella en la cual contamos con presencia de bacterias en cualquier segmento del mismo, capaz de originar cambios a nivel funcional y/o morfológico (SEGO, 2013). La infección del tracto urinario, constituye una de las patologías más frecuentes durante el embarazo. Un estudio realizado en 2008 en EE.UU., concluyó que es la segunda causa de morbilidad en la embarazada con un 9% de frecuencia (Pérez Sánchez, 2011) y podemos encontrar en la SEGO, 2013 rangos de cifras entre 5 y 10% de frecuencia.

A destacar, la forma de infección es ascendente, por lo cual en primera instancia podremos encontrar más cantidad de infecciones a nivel de la vejiga y en segundo lugar a nivel del riñón. Por este motivo, creemos importante concentrarnos en la bacteriuria asintomática que siendo tratada correctamente evitara que la infección siga ascendiendo provocando un agravamiento del cuadro urinario.

Entendemos a la bacteriuria asintomática como aquella afección en la cual tenemos presencia de bacterias pero sin sintomatología por parte de la embarazada. Para que la misma pueda ser diagnosticada como tal, deberemos encontrar un recuento microbiano mayor o igual a cien mil unidades formadoras de colonia, por mililitro de orina (100.000U/ml) del mismo microorganismo bacteriano. (MSP, 2014)

Las incidencias de la bacteriuria asintomática pueden ser variables dependiendo de los factores de riesgo asociados, sin embargo podemos encontrar una frecuencia de entre 4 a 7% (Schwarcz, 2005) y 2 a 11% (SEGO, 2013). Si bien parecen cifras bastante

reducidas, cabe mencionar que de no ser tratada la afección, podrá evolucionar a pielonefritis aguda en un 20 a 40% de los casos. La correcta erradicación de la bacteriuria asintomática reducirá en un 80% su evolución a pielonefritis aguda (SEGO, 2013)

Dentro de las complicaciones aún existe controversia sobre la asociación de la bacteriuria asintomática con la prematuridad y el bajo peso al nacer (SEGO, 2013). Aun así una revisión sistemática de la base de datos de Cochrane mostró que el tratamiento antibiótico de la bacteriuria asintomática comparada con placebo o no tratamiento, fue efectiva en tratarla. La incidencia de pielonefritis se redujo, el tratamiento antibiótico se asoció con una reducción en la incidencia de recién nacidos de bajo peso, y no se observaron diferencias en relación a la incidencia de partos de pretérmino. (Pérez Sánchez, 2011)

Los principales factores de riesgo para padecer infección del tracto urinario, dentro de la cual se encuentra la bacteriuria asintomática, son el bajo nivel socioeconómico, asociado a la mala alimentación e hidratación, y consecuentemente la deficiente higiene multiplica por cinco el riesgo de bacteriuria asintomática. (SEGO, 2013) La multiparidad, la diabetes gestacional, infecciones urinarias previas, y otras patologías como trasplantes renales, o lesiones medulares también son factores de riesgo que no se deberán despreciar.

Etiológicamente, las infecciones del tracto urinario son causadas por bacterias, siendo *Escherichia Coli* el germen más frecuentemente aislado (hasta un 85 % de los casos). Otros bacilos gram negativos como *klebsiella spp*, *proteus mirabilis*, *enterobacter spp*, *serratia spp* y *pseudomonas spp* son más frecuentes en las infecciones del tracto urinario complicadas y en pacientes hospitalizadas. Entre los Cocos gram positivos destaca *streptococcus agalactiae*.

El Ministerio de Salud Pública uruguayo ha determinado que de ser detectada una bacteriuria asintomática en un cultivo mayor o igual a 100.000UFC/ml. El profesional idóneo deberá seguir el antibiograma para el tratamiento de la misma. Además profilácticamente también recomienda abundante ingesta de líquidos, correcta higiene, micción frecuente y de detectarse un estreñimiento deberá ser tratado con dieta rica en fibras. (MSP, 2014)

En los casos donde la usuaria curse un embarazo de bajo riesgo y esté haciendo su seguimiento con Obstetra Partera, de detectarse que este cursando una bacteriuria asintomática, la profesional de la salud, deberá derivar la usuaria a medicina general o a ginecología, para el comienzo del tratamiento. Las Obstetras Parteras en el momento de iniciada esta investigación, no contaban con Vademécum habilitando el uso de antibióticos en estos casos, por lo cual no podían ser quienes iniciaran y mantuvieran el tratamiento de la usuaria.

Los prestadores de salud de todo el país, tanto públicos como privados, así como también los seguros de salud, deberán seguir un claro lineamiento de atención. En caso de solicitar una consulta externa con Ginecobstetricia el plazo otorgado deberá ser menor a veinticuatro horas desde el momento de la solicitud de la misma. (Decreto N° 359/007, Art. 1). De esta manera, siguiendo este decreto podremos lograr un tratamiento oportuno de la bacteriuria asintomática, evitando complicaciones ya expuestas.

Las Obstetras Parteras, de acuerdo a la reglamentación del ejercicio de la profesión de partera, deberán ser capaces de detectar patologías que estén asociadas al embarazo. De

la misma manera este decreto habilita a dichas profesionales a adoptar medidas de urgencia, realizar tratamientos y emplear medicaciones en caso de ausencia de ginecotocólogo/a, y de encontrarse en riesgo la salud fetal o materna. (Decreto 445/007, Art. 4 y Art. 14)

Basándonos en el decreto 445/007 art 3, dónde se menciona que la partera es la profesional capacitada para la asistencia del embarazo de bajo riesgo. Podemos estimar que aquellos embarazos de bajo riesgo que consultan en primer nivel de atención son atendidos en gran medida por obstetras parteras. Siendo en menor medida aquellos que son atendidos por ginecólogos o médicos de familia, quienes son los profesionales idóneos para el seguimiento de embarazos de alto riesgo.

Considerando que en el decreto mencionado, en el artículo 14, menciona el uso de medicación farmacológica para situaciones en las que haya un riesgo de vida materna o fetal, en ausencia de ginecotocólogo. Entendemos que sí las parteras están capacitadas para indicar fármacos durante una emergencia, en los cuales las situaciones son más apremiantes y demandan mayor precisión en cuanto al actuar, las dosis y los fármacos ideales. Se encuentra una cierta inconsistencia en que durante la atención de un embarazo de bajo riesgo no puedan indicar antibióticos para el tratamiento oportuno de la bacteriuria asintomática.

En un artículo de prensa del diario EL PAÍS, se informa sobre la no publicación de los tiempos de espera para consulta externa de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). En dicho artículo se explica que los tiempos de espera para dichas consultas tienen una media de treinta y seis horas. (González, 2018)

Entendiendo que según el decreto 359/007 el tiempo de espera para ginecología deberá ser menor a veinticuatro horas, que según el decreto 445/007 las parteras están autorizadas para indicar medicación en ausencia de ginecotocólogo, si la paciente se encuentra en riesgo de vida, y que son el profesional idóneo para la atención del embarazo de bajo riesgo. Estimamos una dificultad en el acceso al tratamiento oportuno y precoz, en embarazadas de bajo riesgo que estén cursando una bacteriuria asintomática. Hipótesis que desarrollaremos más adelante en la investigación.

Hay una experiencia reciente en varios países desarrollados y subdesarrollados, en los cuales la faltante de profesionales médicos, obligó a otros profesionales de la salud, a capacitarse para establecer tratamientos farmacológicos y sus seguimientos posteriores, siendo la figura del médico un consultante externo para tratamientos de mayor complejidad. En dicha investigación realizada por Cochrane, se menciona el uso de enfermeras como sustitutas de los doctores en medicina en el primer nivel de atención.

El estudio realizado parte de dieciocho ensayos tomados aleatoriamente de distintos países en los que encontramos países subdesarrollados y desarrollados. Se analizó aquellas enfermeras que trabajaban en el primer nivel de atención y algunas en puertas de emergencia, en donde actuaban como sustitutos de los médicos asistiendo pacientes con patologías agudas y crónicas, estableciendo y siguiendo sus tratamientos. En muchos casos dichas enfermeras podían acceder, de notarlo necesario, a un contacto con un médico que las guiaría.

Como conclusión, en algunos casos se encontró que el tratamiento precoz realizado por las enfermeras, disminuyó complicaciones e incluso redujo la mortalidad en comparación con la atención por doctores en medicina. La intervención de las enfermeras logró una mejora en la calidad de vida de los pacientes, y también aumentó

la fidelidad de los usuarios al sistema de salud, logrando mantener estables los tratamientos con mayor efectividad que los seguidos por médicos.  
El autor concluye que en enfermeras entrenadas para tratamientos de enfermedades crónicas o agudas, la calidad de atención es igual e incluso superior si son tratadas por estas frente a médicos de atención primaria. (Cochrane, 2018)

## OBJETIVOS

- General

Indagar las dificultades del tratamiento oportuno para la bacteriuria asintomática en los controles obstétricos realizados en el primer nivel de atención, por parte de obstetras parteras, en Montevideo, en los centros de salud del Cerro y del hospital Saint Bois, entre agosto 2018 y agosto 2019.

- Específicos

Dar cuenta de si los centros referentes de estudio poseen las herramientas apropiadas para el tratamiento oportuno.

Conocer las dificultades con las que se enfrentan las obstetras parteras para establecer el tratamiento oportuno.

## METODOLOGÍA

El presente trabajo comprende un enfoque de investigación cualitativa. Abordaremos el enfoque cualitativista, desde el paradigma interpretativista, el cual tiene por objetivo comprender e interpretar la realidad desde diferentes formas y aspectos, partiendo desde los casos mismos y no así desde las variables, por lo cual en este tipo de abordaje, no aparecerá el uso de estadísticas. (Batthyány y Cabrera, 2011)

### Diseño

El diseño del trabajo propone un corte transversal. La técnica de recolección de datos se hará por medio de encuestas personales, para lo que se concurrirá a los Centros de Salud del Cerro y Hospital Saint Bois, en diferentes horarios. Se aplicará la encuesta de forma anónima previa información del trabajo y entrega del consentimiento informado.

La encuesta consta de 7 preguntas estructuradas, abiertas, formuladas en base a los principales elementos que se propone analizar.

El presente trabajo toma como población objetivo a obstetras Parteras en ejercicio de su profesión, en los lugares mencionados arriba, activas en los mismos desde al menos julio 2018, dado que la investigación abarcara desde agosto 2018 a agosto 2019.

### Plan de Análisis

Se analizarán las respuestas obtenidas de las encuestas realizadas a la población objetivo que cumplan con los criterios de inclusión.

Se toma el universo de población a estudiar en un total de 17 obstetras parteras número proporcionado por datos de la Dirección del Hospital de Saint Bois y la Dirección del Centro de Salud del Cerro, como el número total de profesionales Obstetras Parteras contratadas por dichos centros. Una muestra representativa es una pequeña cantidad de personas que refleja, con la mayor precisión posible, a un grupo más grande, nos da mayor certeza de que las personas que estén incluidas cumplan con el objetivo representativo del estudio. Sitio web: (<https://www.questionpro.com/blog/es/muestra-representativa-para-investigacion/>), en

este caso un 10% correspondería a 2 parteras obstetras. En el caso de este trabajo se aspirara a lograr una muestra mayor al 70% del total.

A partir del análisis de datos se pretende conocer de la población objetivo que métodos utilizan para proporcionar un tratamiento oportuno ante los resultados de paraclínica recibidos en los controles prenatales que informan bacteriuria asintomática, si existe algún tipo de seguimiento a las usuarias diagnosticadas con esta patología, distinto de lo pautado por el MSP.

Se realizará el análisis de las 7 respuestas, las mismas serán utilizadas para construir patrones y categorías. En este contexto será central la interpretación de lo que se ve, se oye y se comprende.

El tiempo estimativo según un simulacro hecho de forma informal, es de máximo 30 minutos por encuesta. Se abarcaran las encuestas en el ámbito laboral de las profesionales, por lo cual se estima una encuesta por día. Al ser 17 obstetras parteras el objetivo de la investigación, la recolección de datos nos llevará un tiempo estimado de 3 semanas para esta etapa.

### Etapas y actividades

ETAPAS	ACTIVIDADES
Etapa 1 : Comité de Etica	1-1 Presentación del protocolo de investigación, nota de solicitud de aprobación, y consentimiento informado ante el comité de ética del Centro Hospitalario Pereira Rossell.
Etapa 2: Diseño de herramientas.	2-1 diseño de encuestas
Etapa 3: Identificación de la Población	3-1 identificación del número general de obstetras parteras que cumplen los criterios de inclusión.
Etapa 4: Recolección de datos	4-1 Aplicación de encuestas en forma personal
Etapa 5: Sistematización y análisis de datos	5-1 Sistematización de los datos proporcionados por la encuesta. 5-2 Creación de categorías y patrones según el análisis de las encuestas.
Etapa 6: Conclusiones	6-1 Realizar conclusiones de la investigación

### **Aspectos Éticos:**

La presente investigación contempla las consideraciones éticas inherentes al trabajo con seres humanos. En ese sentido la participación es libre, voluntaria y anónima. Podrán desistir de participar por su sola voluntad en cualquier momento del proceso, en donde se informará previamente del trabajo además del consentimiento informado (Ver Anexo), haciendo regir el principio de Autonomía establecido en el Art. N° 4 del Capítulo 2 del Decreto de Ley N°515 para la “Investigación con Seres Humanos”.

A fin de salvaguarda y proteger la confidencialidad y privacidad de las profesionales participantes de esta investigación, se proponen las siguientes consideraciones a cumplir en este proceso de investigación:

- Toda profesional será previamente informada sobre la encuesta a realizar y se le informará que dicha encuesta es totalmente anónima.
- Se trabajara de forma tal que la protección de la identidad y la confidencialidad de las participantes no se vean comprometidas en el proceso de análisis, sistematización y publicación de los datos.
- Las participantes serán informadas sobre la naturaleza del estudio y como fueron seleccionadas.
- No se juzgará a las participantes por sus respuestas, ya que cada encuesta será utilizada para la recolección de todos los datos brindados, sin excluir o diferenciar alguno de ellos.

### **Cronograma de ejecución**

MESES	1	2	3	4	5	6
Etapa 1	x	x				
Etapa 2	x	x				
Etapa 3	x	x	x			
Etapa 4				x		
Etapa 5					x	x
Etapa 6					x	x

## PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS

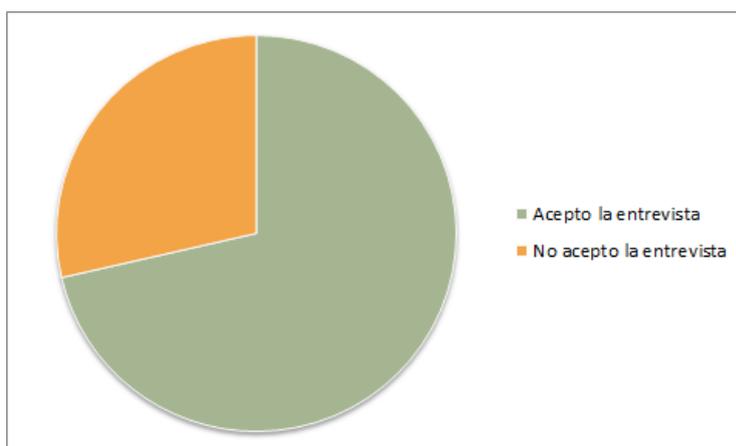
Para la realización de este trabajo, elegimos dos centros de ASSE, “Centro de Salud Cerro” y “Hospital Saint Bois”

El motivo que nos impulsó a la elección de ambos centros, fue que allí el número de consultas y controles de embarazo realizados por obstetras parteras es considerado significativo.

Entre ambos centros mencionados, contamos con un total de 14 obstetras parteras, las cuales abarcan cargos de policlínica realizando atención primaria, incluidos control de embarazos, en las que cuentan con un elevado número de consultas obstétricas de bajo riesgo. También se encuentran en funciones a las puertas de emergencias de ambos centros, realizando controles en salud y vinculadas en la emergencia.

Por lo dicho anteriormente, y entendiendo que tanto el Hospital Saint Bois como el Centro de Salud Cerro, cuentan con una gran población para control de embarazos, y los mismos son controlados en su gran mayoría, por obstetras parteras, es que ambos centros fueron seleccionados, para esta investigación. También son considerados centros de referencia periféricos por el volumen de embarazadas asistidas. Por lo tanto la muestra seleccionada será la más representativa para que los resultados de esta investigación sean significativos

De un total de catorce obstetras parteras, encargadas de las distintas policlínicas, diez fueron quienes aceptaron formar parte de esta investigación. Siendo que el porcentaje de entrevistadas supera el 80% del total, entendemos que es un porcentaje adecuado para que este trabajo, arroje resultados significativos.

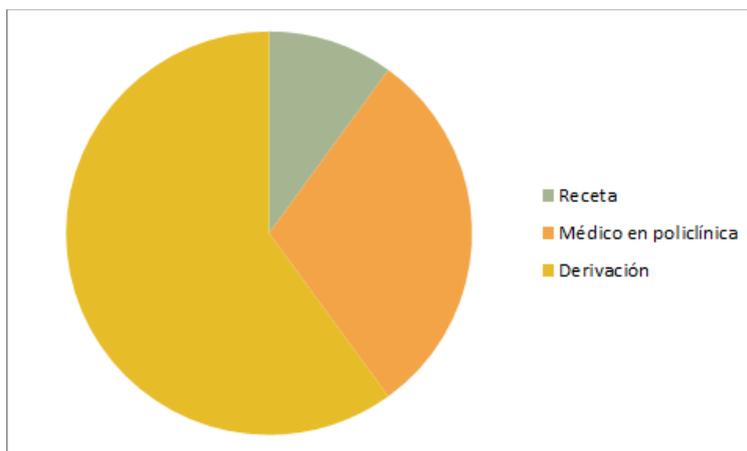


El análisis cualitativo, fue realizado a partir de diez entrevistas realizadas a obstetras parteras, en los centros mencionados anteriormente.

A continuación se presentan los principales resultados obtenidos, durante esta investigación.

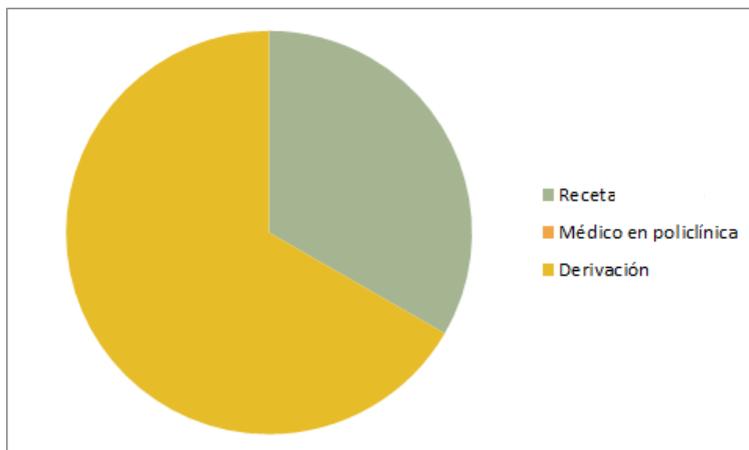
**En lo que respecta a él, o los métodos más usados por las obstetras parteras en la policlínica, para que las usuarias puedan acceder al tratamiento oportuno de la bacteriuria asintomática.**

De las personas entrevistadas (n=10) el 10% relató contar con recetas médicas las cuales utilizaban para la indicación del tratamiento, logrando así que el mismo fuera oportuno para la usuaria. El 30% relató, abandonar su consulta en búsqueda de otra consulta activa con médico general, médico de familia o ginecólogo, para relatar la historia clínica, compartir la paraclínica y solicitar la receta médica correspondiente al caso. El 60% de las entrevistadas, relató derivar a las usuarias a otras consultas o a puerta de emergencia para que accedan al tratamiento oportuno de la bacteriuria asintomática.



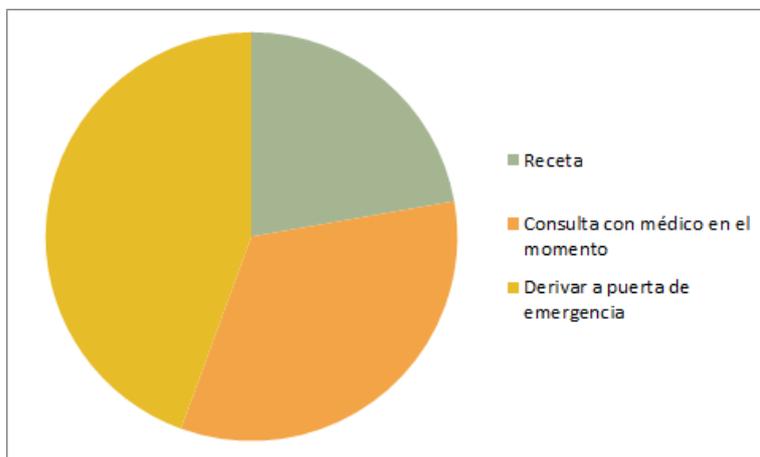
**En lo que respecta a él, o los métodos más usados por las obstetras parteras en la puerta de emergencia, para que las usuarias puedan acceder al tratamiento oportuno de la bacteriuria asintomática.**

De las personas entrevistadas (n=10) el 30% relato contar con recetas médicas, autorizadas en el mismo momento en la puerta de emergencia. Ninguna relató, abandonar su consulta en búsqueda de otra consulta activa con médico general, médico de familia o ginecólogo, para relatar la historia clínica, compartir la paraclínica y solicitar la receta médica correspondiente al caso. El 60% de las entrevistadas, relató derivar a las usuarias con un médico general o ginecólogo en la misma puerta de emergencia para que accedan al tratamiento oportuno de la bacteriuria asintomática.



**En lo que respecta a formas de facilitar por parte de las obstetras parteras, el acceso al tratamiento oportuno inmediato.**

De las personas entrevistadas (n=10) el 40% relató que el acceso a la puerta de emergencia es inmediato y que entienden que es la forma más rápida de acceso al tratamiento oportuno. El 30% relató que solicitar un número sobrante en alguna consulta activa con médico general, médico de familia o ginecólogo en el momento es la forma más rápida de acceder y facilitar de esa manera el tratamiento inmediato. El 20% dice contar con recetas médicas, las cuales utilizan para facilitar el acceso al tratamiento.



### **En cuanto al seguimiento que se le hace a las usuarias que cursaron el tratamiento**

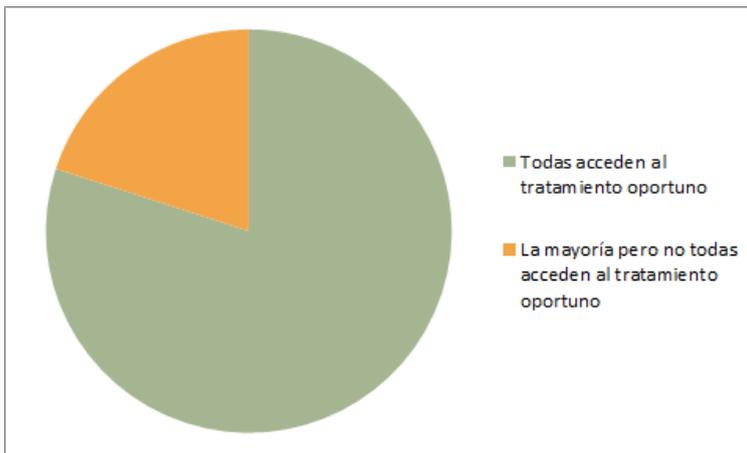
Se les consultó a las obstetras parteras, si habían encontrado estrategias distintas a las recomendadas por el Ministerio de Salud Pública hasta el momento actual, para el seguimiento post tratamiento de las usuarias.

De las personas entrevistadas (n=10) el 70% relató que otorgan la orden para el urocultivo de control post tratamiento, en la misma consulta que se envía el tratamiento, facilitando así a que la usuaria se realice el control inmediatamente al término del mismo. El 30% por otro lado, dijo seguir las pautas del MSP, esperando que la usuaria volviera con el tratamiento cumplido, para solicitar la orden de urocultivo para el seguimiento, post tratamiento.



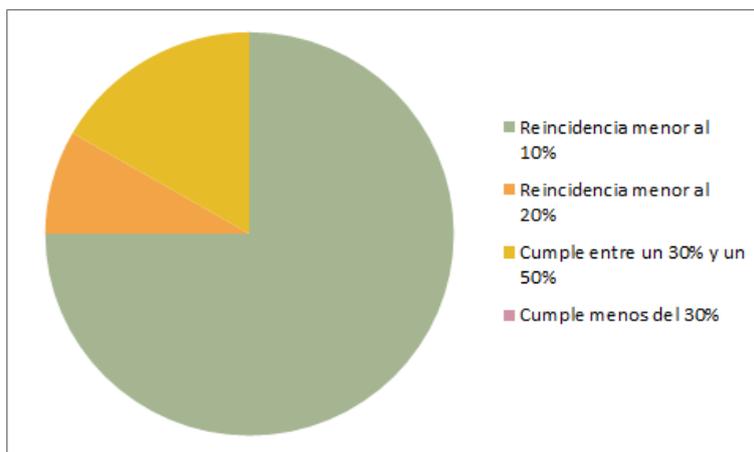
**En lo que respecta a la percepción por parte de las obstetras parteras de las usuarias que pudieron acceder al tratamiento oportuno, encontramos que:**

De las personas entrevistadas (n=10) el 80% relató que la totalidad de las usuarias acceden al tratamiento oportuno, pero el 20% de las entrevistadas relato que no todas ellas acceden al tratamiento oportuno, entendiendo que cuando se las deriva con otros profesionales de la salud, no cumplen concurriendo a esas consultas.



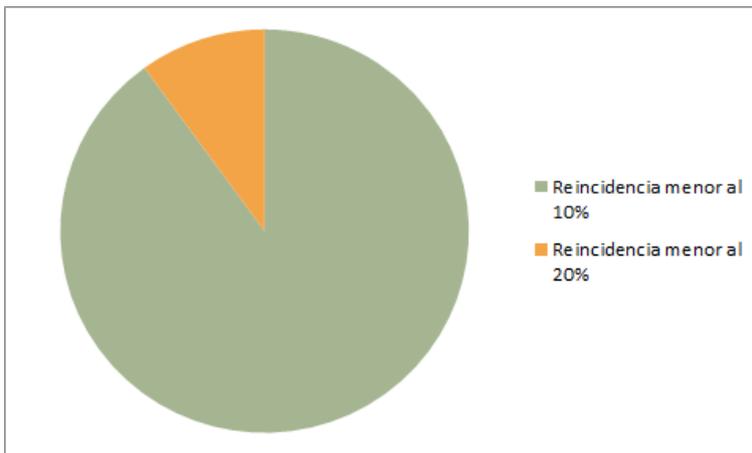
**En lo que respecta a la percepción por parte de las obstetras parteras de las usuarias que pudieron acceder al tratamiento oportuno y completaron el mismo encontramos que:**

De las personas entrevistadas (n=10) el 50% relató que las usuarias que acceden al tratamiento oportuno, lo cumplen en un 70% o más. El 30% de las entrevistadas relató que las usuarias completan el tratamiento entre un 50% a 70%. El 20% de las entrevistadas relató que un 30% a un 50% de las usuarias completa el tratamiento oportuno. Ninguna de ellas relató una cifra menor a un 30%.



**En lo que respecta a la percepción por parte de las obstetras parteras, de la cantidad de usuarias que volvieron a reincidir en una bacteriuria asintomática en el curso del mismo embarazo, encontramos que:**

De las personas entrevistadas (n=10) El 90% coincidió en que la cifra de una reincidencia es menor al 5%, y solo el 10% de las entrevistadas relató que la cifra era menor al 20% dentro del mismo embarazo.



Para el abordaje del análisis separamos la investigación en dos grandes bloques: 1) motivo o situaciones en las cuales se ve dificultado el acceso al tratamiento oportuno de la bacteriuria asintomática, por parte de las usuarias. 2) estrategias usadas por las obstetras parteras, para establecer un tratamiento oportuno de la bacteriuria asintomática.

En cuanto al primer bloque planteado anteriormente, el motivo o situaciones en las cuales se ve dificultado el acceso al tratamiento oportuno de la bacteriuria asintomática, por parte de las usuarias, durante el relato establecido por las obstetras parteras entrevistadas, se identifican dificultades para el acceso oportuno de las usuarias, al tratamiento para la bacteriuria asintomática.

Por una parte algunas alegan pérdida de tiempo y largas esperas para acceder a la receta médica, dado que durante la realización de este trabajo las obstetras parteras aún no contaban con vademecum propio. En algunas instancias las entrevistadas relatan tener que abandonar su propia consulta, para localizar otras consultas activas con médicos generales, médicos de familia o ginecólogos en el lugar. En las mismas debían esperar al término de la consulta de los mencionados profesionales, para poder acceder a ellos,

relatar la historia clínica de la paciente, mostrarle las paraclínicas y de esa manera conseguir una receta médica firmada con el tratamiento apropiado.

Esto según las entrevistadas, ocasiona una demora en sus propias consultas, por el tiempo invertido en encontrar a otros profesionales, esperar a que pudieran ser atendidas, compartir datos de la paciente y finalmente conseguir una receta médica acorde a la situación. Por otro lado ocasiona que en el menor de los casos, la usuaria cansada de la demora se retiraba de la consulta sin el tratamiento.

En otras instancias, las entrevistadas relataron que la forma de conseguir el tratamiento oportuno era derivando a las usuarias a la puerta de emergencia del lugar. Esto como ventaja tenía que no se veía afectada la consulta obstétrica que las obstetras parteras llevaban adelante, dado que la derivación se realizaba en pocos minutos, dentro de la misma consulta. Pero los tiempos de espera para la usuaria pasaban a ser mayores, dado que se le tenía que autorizar un número para puerta de emergencia, volver a entablar vínculo con profesional de la salud, presentar nuevamente su historia clínica y su paraclínica, para luego poder acceder al tratamiento oportuno. Una entrevistada destacó, que en la mitad de los casos, las usuarias no se dirigen a la puerta de emergencia, lo que ocasiona que no accedan al tratamiento para bacteriuria asintomática. Estos casos están vinculados según nos hizo saber la entrevistada, con usuarias con mala adhesión al sistema de salud, o con usuarias que no cuentan con la posibilidad de tiempos extensos para la espera en puerta de emergencia.

En cuanto al segundo bloque que planteamos como análisis, las estrategias usadas por las obstetras parteras, para establecer un tratamiento oportuno de la bacteriuria asintomática, el análisis involucra, aquellas estrategias que utilizan las obstetras parteras, para lograr que todas las usuarias diagnosticadas con bacteriuria asintomática accedan al tratamiento oportuno, en el momento de la consulta con ellas.

Algunas entrevistadas, relatan que dado el buen vínculo establecido entre ellas y otros profesionales de la salud (médicos generales, de familia o ginecólogos) o incluso el trabajo en equipo que se realiza en puertas de emergencia, muchas de ellas cuentan con recetas médicas habilitadas para ser usadas durante una consulta con obstetra partera.

Esto establece una reducción en los tiempos de espera por parte de las usuarias y facilita el tratamiento oportuno a todas aquellas mujeres que accedan a la consulta con obstetra partera. Por otro lado también reduce a cero, las veces que la obstetra partera debe abandonar su consulta para solicitarle a otro profesional la receta médica correspondiente en estos casos.

En aquellas que relataron derivar a todas las usuarias a la puerta de emergencia, la estrategia más usada para acortar tiempos, e incluso facilitar el acceso al tratamiento por parte de las usuarias, era llamar ellas mismas a la puerta de emergencia, hablar con un médico disponible, relatar la historia clínica de la paciente y la paraclínica con la cual se diagnostica la bacteriuria asintomática, y solicitar la realización de la receta. De esta manera la usuaria sólo debería dirigirse a la farmacia para levantar el fármaco habilitado.

Esta estrategia acorta los tiempos de espera en las salas de emergencia, facilitando a aquellas personas que no cuentan con tiempo disponible, o una buena adhesión al sistema de salud, un acceso oportuno al tratamiento de la bacteriuria asintomática.

Dentro del marco teórico, se expuso que el tiempo de espera otorgado deberá ser menor a veinticuatro horas, desde la solicitud de la misma, según decreto N°359/007, también se expuso un artículo de prensa (Gonzalez, 2018) en donde se relataba que esta espera superaba las treinta y seis horas. En ese momento, estimábamos una dificultad de acceso al tratamiento por parte de las usuarias. Pasadas las entrevistas y la investigación realizada en el Centro de Salud Cerro y en el Hospital Saint Bois, podemos concluir que gracias al aporte y el trabajo exhaustivo de las obstetras parteras que llevan adelante dichas policlínicas, y reconociendo que realizan actividades que escapan a las impuestas por los cargos asumidos, es de esta forma que las usuarias no tienen largas esperas para acceder al tratamiento. Esto se da por un entorno propiciado por las mismas profesionales, que buscan la forma de que las usuarias no se retiren del centro de salud, o del hospital, sin el tratamiento acorde, al diagnóstico realizado en la consulta.

## CONSIDERACIONES FINALES / CONCLUSIONES

Entendemos que en cuanto a los objetivos establecidos para el desarrollo de este trabajo, fueron cumplidos. Por lo dicho consideramos que fue una investigación exitosa.

Recordando el objetivo general de esta investigación, se trataba de indagar las dificultades en cuanto al tratamiento de la bacteriuria asintomática, por parte de las obstetras parteras de los centros de Saint Bois y Cerro. Entendiendo que de catorce obstetras parteras vinculadas con ambas instituciones, diez de ellas accedieron a realizar la entrevista, entendemos cumplido este objetivo, en cuanto a alcanzar una muestra representativa, dado que se accedió a un porcentaje superior al 80% de la población estudiada.

En lo que respecta a indagar sobre dificultades, entendemos que este aspecto del objetivo, también se vio cumplido, por lo demostrado anteriormente en el análisis de datos. Siendo a destacar como la dificultad más mencionada, el tiempo de espera por parte de las usuarias derivadas a otros profesionales y el tiempo empleado por parte de las obstetras parteras en buscar soluciones rápidas para las usuarias, en medio de otras consultas. Entendemos que actualmente este problema se vio subsanado, por la habilitación del vademécum propio en el último tiempo. Aun así nos gustaría destacar y reconocer, la habilidad de las obstetras parteras, para que todas las usuarias pudieran acceder al tratamiento oportuno, en el momento del diagnóstico.

En cuanto a los objetivos específicos, también entendemos cumplidos ambos. Siendo que pudimos dar cuenta de las herramientas con las que cuentan ambos centros referentes de la investigación, para que sus usuarias accedan al tratamiento oportuno. Ambos centros contaban con puertas de emergencias disponibles, por lo cual el tratamiento oportuno se volvía más factible de verse cumplido.

Durante el análisis se identifican por un lado dificultades a nivel de las profesionales, las cuales suspendían momentáneamente su propia consulta en bien de buscar soluciones rápidas para el acceso de las usuarias al tratamiento oportuno, por otro lado se identificaron dificultades a nivel de usuarias, en períodos de tiempo de espera más elevados de lo normal para conseguir un tratamiento oportuno y acorde.

En cuanto a las estrategias usadas por las obstetras parteras, para establecer un tratamiento oportuno de la bacteriuria asintomática se puede concluir que según la relación que la obstetra partera, mantenga con el equipo de salud del lugar, esto podría facilitar y acortar tiempos de espera, dado que contaría con recetas médicas autorizadas, o incluso con un dialogo fluido de las usuarias enviadas a puerta de emergencia para otorgarles el tratamiento oportuno.

Cabe destacar, en relación a los tiempos de espera, que según los establecidos por el MSP, en donde una usuaria derivada a ginecólogo o medicina general deberá ser atendida dentro de las 24hs de ser derivada, estos plazos sí se ven cumplidos dentro de los Centros de Salud de Cerro y Hospital Saint Bois, en lo que respecta a las usuarias diagnosticadas con Bacteriuria Asintomática en el marco de un embarazo en curso.

Como conclusión final, destacamos que las dificultades más importantes encontradas, quedaran subsanadas, con la incorporación del vademécum propio. De esta manera, las usuarias contarán en la misma consulta con el diagnóstico y el tratamiento oportuno para la bacteriuria asintomática. Lo que en una próxima investigación, podría ser planteado como posible hipótesis, de sí esto, mejorará la adhesión al sistema de salud por parte de la usuaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bajo Arenas, JM; Melchor Marcos, JC; Mercé LT. (2007) *Fundamentos de Obstetricia SEGO*. 3° ed. Madrid.
- Batthyány, K; Cabrera, M. (2011) *Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial*. Universidad de la República. Montevideo
- Campo-Urbina, M; Ortega-Ariza, N; Parody-Muñoz, A; Gómez, L. (2017) “Caracterización y perfil de susceptibilidad de uropatógenos asociados a la presencia de bacteriuria asintomática en gestantes del departamento del Atlántico, Colombia 2014-2015. Estudio de corte transversal”. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Bogotá. Vol 68, núm. 1. pp 62- 70. Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Bogotá-Colombia.
- Clinic Barcelona (2017) *Protocolos medicina fetal y perinatal: infección vías urinarias y gestación*. Barcelona: Hospital Clinic Barcelona. Recuperado el 21/08/2019 desde: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/infecciones-urinarias-y-gestacion.html>
- Decreto 445/007, publicado en 2007, recuperado el 03/10/2019 desde: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-reglamento/445-2007>
- Decreto 359/007, publicado en 2007, recuperado el 03/10/2019 desde: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/359-2007>
- Farreras, P; Rozman, C. (2012). *Medicina Interna*. 17° ed. Barcelona: Elsevier.
- Gomzález Keusseian. (2018). *ASSE sigue sin publicar los tiempos de espera*. Montevideo: Ed. EL PAIS. Recuperado el 05/10/19 desde: <https://www.elpais.com.uy/informacion/salud/asse-sigue-publicar-tiempos-espera.html>
- González-Merlo, J; Lailla Vicens, JM; Fabre González, E; González-Bosquet, E. (2013) *Obstetricia*. 6°ed. Barcelona: Elseiver.
- Laurant, M. Van der Biezen, M. Wijers, N. Watananirun, K. Kontopantelis, E. Van Vught, A. (2018). *Nurses as substitutes for doctors in primary care*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Recuperado el 13/09/2019 desde: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001271.pub3/e/pdf/standard>
- MSP (2014). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en proceso de embarazo, parto y puerperio*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 06/08/19 desde: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>
- Pérez Sánchez, A; Donoso, E. (2011). *Obstetricia*. 4°ed. Santiago de Chile: Mediterráneo.

- Programa Farmacología, Udelar, CIMGI 2017, recuperado el 03/10/2019 desde: [http://www.farmacologia.hc.edu.uy/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=45&Itemid=58](http://www.farmacologia.hc.edu.uy/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=45&Itemid=58)
- Contrato didáctico farmacología, Udelar, 3 año parteras, Anexado.
- Schwarcz, R; Fescina, R.; Duverges, C. (2005). *Obstetricia*. 6° ed. Buenos Aires: El Ateneo.
- Viroga, S.; Speranza, N. (2017) “Fosfomicina en el tratamiento de las infecciones urinarias del embarazo” *Revista Boletín Farmacológico*” Vol. 8, núm. 2, pp 1-4. Departamento de farmacología y terapéutica – Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. Montevideo, Uruguay.