

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

**PRÁCTICAS DE TRATAMIENTO UTILIZADAS EN MUJERES MAYORES DE
15 AÑOS CON SÍNTOMAS URINARIOS, UCSF POTRERO SULA,
CHALATENANGO Y UCSF SAN MATÍAS, LA LIBERTAD, ABRIL- JUNIO
2017.**

Informe final presentado por:

**MIRNA RUTH NAVARRO ESCALANTE
KARLA MARIELOS VIDES SARMIENTO**

Para Optar al Título de:

DOCTOR EN MEDICINA

ASESOR: DRA. MARÍA ANGÉLICA CANTARERO DE CABRERA.

SAN SALVADOR, AGOSTO 2017

CONTENIDOS:

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
3 MARCO TEÓRICO.....	6
3.1 ANATOMÍA GENERAL DEL SISTEMA URINARIO.....	6
3.1.1 EMBRIOLOGÍA.....	6
3.1.2 ANATOMIA ESTRUCTURAL DEL SISTEMA URINARIO.....	10
3.1.3 DIFERENCIAS ENTRE SISTEMA UROGENITAL MASCULINO Y FEMENINO.....	11
3.2 FISIOLOGÍA DEL TRACTO URINARIO.....	13
3.3 ETIOPATOGENIA Y PATOLOGIA.....	15
3.4 SINTOMATOLOGÍA URINARIA.....	16
3.5 INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO.....	19
3.5.1 EPIDEMIOLOGÍA.....	20
3.5.2 ETIOLOGÍA.....	21
3.5.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS:.....	23
3.5.4 DIAGNÓSTICO.....	24
3.5.5 TRATAMIENTO.....	25
3.5.6 COMPLICACIONES:.....	25
3.5.7 RESISTENCIA BACTERIANA.....	26
3.6.2 DOSIS Y VÍAS DE ADMINISTRACIÓN FARMACOLÓGICA.....	34
VÍA DE ADMINISTRACIÓN FARMACOLÓGICA.....	36
3.6.3 REGLAMENTACIÓN DEL COMERCIO Y ACCESO DE MEDICAMENTOS.....	37
3.7 MEDICINA BIOLÓGICA.....	38
3.8 CREENCIAS POPULARES NO MEDICAMENTOSAS EN LA MEDICINA MODERNA.....	39

3.9 PRÁCTICAS NO MEDICAMENTOSAS.....	42
3.10 SÍNTOMAS URINARIOS SEGÚN EL CONOCIMIENTO POPULAR.	44
3.11 IMPACTO DE LAS DETERMINANTES SOCIALES EN LA SALUD.....	45
4. HIPÓTESIS.....	49
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	50
6. RESULTADOS.....	62
7. DISCUSIÓN.....	86
8. CONCLUSIONES.....	91
9. RECOMENDACIONES.....	93
10. ANEXOS.....	94
10.1 GLOSARIO.....	95
10.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	98
10.3 GUÍA DE ENTREVISTA.....	99
10.4 TABULACIÓN DE DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA GUÍA DE PREGUNTAS.....	105
11. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	118

RESUMEN

La presente investigación titulada: “**Prácticas de tratamiento utilizadas en mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios, en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La Libertad, Abril-Junio 2017**”. tiene como **objetivo general**: Determinar las prácticas de tratamiento utilizadas por pacientes con sintomatología urinaria; como **objetivos específicos**: Clasificar el grupo poblacional, según: edad, procedencia, estado civil, nivel educativo, ocupación, tipo de familia, religión, embarazo y comorbilidades; Identificar los síntomas urinarios más comunes por los que utilizan prácticas de tratamiento; Describir las prácticas medicamentosas y no medicamentosas; vías de administración, dosis, duración y alivio que proporcionan. **El tipo de estudio** fue descriptivo, de corte transversal con un **universo** de 80 mujeres y **muestra** de 50 pacientes.

Resultados: La edad predominante fue 15-25 años, procedencia rural, acompañadas con bajo nivel educativo y sin comorbilidades o embarazo. El 90% (45 pacientes) utilizó prácticas de tratamiento para mitigar sus síntomas de ellas 73% (33 pacientes) optaron por prácticas medicamentosas, del cual 48% (16 pacientes) usaron antibióticos y 26.6% (12 pacientes) utilizaron rituales como práctica no medicamentosa predominante.

Conclusiones: La sintomatología urinaria más común fue disuria. Además se utilizaron prácticas sin supervisión médica, utilizando generalmente medicamentos sin lograr un total alivio.

Recomendaciones: Fortalecer el desarrollo educativo de la salud sexual y reproductiva desde la infancia para prevenir factores de riesgo relacionados con sintomatología urinaria; educar sobre síntomas urinarios sobre el uso indiscriminado de fármacos y sus consecuencias en la salud; fortalecer el cumplimiento de la Ley Nacional de Medicamentos.

1. INTRODUCCIÓN

En El Salvador, la población ha utilizado diferentes prácticas para mitigar síntomas o enfermedades que afectan las condiciones de salud de sus miembros. Se entiende por prácticas al conjunto de acciones, a través de las cuales se promueven conductas para el cuidado de la salud, donde se tratan síntomas y se previenen enfermedades, sin una supervisión médica formal. Estas prácticas son culturalmente aceptadas y transmitidas de generación en generación; siendo la familia, entendida como el primer medio social y cultural, donde el individuo se desarrolla, es ahí donde se aprenden las primeras nociones del cuerpo humano y las diferentes conductas tradicionales. La definición de salud y enfermedad puede variar de una sociedad y entorno cultural a otro, desde una visión basada en conocimiento y evidencia científica hasta una visión sobre natural (mágico-religiosa). Estas prácticas engloban, comúnmente dos grandes áreas: prácticas medicamentosas y no medicamentosas.

En las prácticas no medicamentosas se encuentra la medicina tradicional, en donde hay una etiología inundada de fenómenos mágicos, sobrenaturales y psicológicos; comúnmente las situaciones estresantes o conflictos, pueden desencadenar un desequilibrio en el cuerpo. Los agentes terapéuticos, como los brujos o los curanderos, aplican hierbas naturales, baños, masajes, ungüentos, amuletos u oraciones para aliviar los síntomas.

Por otro parte, las prácticas medicamentosas de la sociedad actual y la atribución errónea, de que para todo padecimiento existe un medicamento que lo alivia; hacen que el individuo se considere lo suficientemente capacitado para distinguir síntomas leves y automedicarse sin necesidad de consejo médico; lo anterior, es facilitado por la disponibilidad de medicamentos sin restricciones en los boticarios y la promoción inapropiada

y en ocasiones contraria a la ética por parte de las empresas farmacéuticas. Según datos epidemiológicos del MINSAL, la población salvadoreña padece de una amplia gama de infecciones desde respiratorias, gastrointestinales, urinarias, entre otras. Según datos publicados por MINSAL de Enero a Marzo 2017, las enfermedades del sistema urinario son la séptima causa de consulta ambulatoria atendidas en la Red de Establecimientos de Salud. Por lo que este estudio, se centra en todos aquellos pacientes con síntomas urinarios, que acuden a prácticas curativas, no prescritas por médicos. Los síntomas urinarios son más frecuentes en el sector femenino, por características anatómicas y fisiológicas; es por ello que son el grupo de estudio de esta investigación. Los síntomas pueden ser causados por estímulos físicos, obstructivos, sustancias químicas y por la presencia de microorganismos patológicos en el tracto urinario; al tratar de disminuir con diferentes auto-prácticas, existe el peligro de ocasionar complicaciones tardías como: pielonefritis, lesión renal aguda etc.

La presente investigación nació sobre la problemática actual, donde los individuos adoptan prácticas de tratamiento, tanto para mejorar su condición de salud, basándose en enseñanzas populares y no en conocimiento científico. Por ello este estudio, Identificó las prácticas de tratamiento que comúnmente utilizadas para el alivio de los síntomas urinarios de la población en estudio; determinando además sus vías de administración, la duración de los tratamientos y el grado de alivio que producen; por otra parte, se identificó cuáles son los síntomas más frecuentes, por los que las mujeres mayores de 15 años incurrieron a estas prácticas y se clasificó a las consultantes, según su edad, procedencia, estado civil, nivel educativo, ocupación, tipo de familia, religión, embarazo y comorbilidades previas. Todo esto, se realizó en las pacientes mayores de 15 años con síntomas urinarios durante el periodo de Abril-Junio del año

2017, que asistieron a UCSF Potrero Sula, Chalatenango, la cual es meramente zona rural y UCSF San Matías, La Libertad, donde hay zona rural y urbana.

2.OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las prácticas de tratamiento utilizadas en mujeres mayores de 15 años, con sintomatología urinaria en UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matias, La Libertad en abril - junio de 2017.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Clasificar el grupo poblacional en estudio, según factores socio-demográfico y biológicos: edad, procedencia, estado civil, nivel educativo, ocupación, tipo de familia, religión, embarazo y comorbilidades existentes.
2. Identificar los síntomas urinarios más comunes por los cuales las pacientes deciden utilizar prácticas de tratamiento.
3. Describir las prácticas tanto medicamentosas como no medicamentosas usadas por el grupo poblacional en estudio.
4. Definir la vía de administración, dosis, duración y alivio que proporcionan los métodos utilizados.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 ANATOMÍA GENERAL DEL SISTEMA URINARIO

3.1.1 EMBRIOLOGÍA

El aparato urogenital puede dividirse funcionalmente en dos componentes distintos: el aparato urinario y el aparato genital. Desde el punto de vista embriológico y anatómico, sin embargo ambos aparatos tienen íntima relación, los dos provienen de una cresta mesodérmica común (mesodermo intermedio) situada a lo largo de la pared posterior de la cavidad abdominal y al comienzo los conductos excretores de los dos sistemas desembocan en una cavidad común: la cloaca. ²

SISTEMAS RENALES

En los humanos, durante la vida intrauterina, se forman tres órganos renales que se superponen linealmente en una secuencia craneal a caudal: el pronefros, mesonefros, metanefros. El primero de estos órganos es rudimentario y no es funcional; el segundo puede permanecer durante un corto periodo de tiempo durante el primer periodo fetal: el tercero forma el riñón permanente. ²

PRONEFROS

Al comienzo de la cuarta semana, el pronefro está representado por 7 a 10 grupos celulares compactos en la región cervical. Estos grupos forman unidades vestigiales excretoras, los nefrotomas, que experimentan regresión antes de que se origine los más caudales.²

MESONEFRO:

El mesonefro y los conductos mesonéfricos derivan de mesodermo intermedio de los segmentos torácicos superiores a lumbares superiores (lumbar 3). Durante la regresión del sistema pronéfrico, a comienzos de la cuarta semana de desarrollo, aparecen los primeros túbulos excretores del mesonefros, estos se alargan rápidamente; adoptan la forma de una asa en S y forman una red de capilares, que constituyen el glomérulo en su extremo medial. Alrededor del glomérulo, los túbulos forman la cápsula de Bowman, y estas estructuras en conjunto, constituyen un corpúsculo renal. ²

A mitad del segundo mes, el mesonefro forma un órgano ovoide grande a cada lado de la línea media. Puesto que la gónada en desarrollo se halla a su lado medial, la cresta formada por ambos órganos se conoce como cresta urogenital. Aunque los túbulos caudales todavía se están diferenciando, los túbulos craneales y los glomérulos muestran cambios degenerativos y, hacia el final del segundo mes, la mayoría ha desaparecido. En el sexo masculino, algunos túbulos caudales y el conducto mesonéfrico persisten y participan en la formación del sistema genital, pero en el sexo femenino desaparecen. ²

METANEFROS

Durante la quinta semana de desarrollo, aparece un tercer órgano urinario: El metanefro o riñón definitivo. Sus unidades excretoras, se desarrollan a partir del mesodermo metanéfrico, de manera análoga a como lo hace el sistema mesonéfrico. ²

SISTEMA COLECTOR:

Los túbulos colectores del riñón definitivo se desarrollan; a partir de la yema ureteral, que es una evaginación del conducto mesonefrico próximo a su desembocadura en la cloaca. Esa caperuza sobre su extremo distal, se

dilata para dar origen a la pelvis renal primitiva y se divide en una porción craneal y otra caudal, los futuros cálices mayores.²

Al penetrar en el tejido metanefrico, cada cáliz forma dos yemas nuevas, las cuales siguen subdividiéndose hasta constituir 12 generaciones de túbulos o más. La yema ureteral origina el uréter, la pelvis renal, los cálices mayores y menores y millones de túbulos colectores.²

POSICIÓN DEL RIÑÓN:

En una etapa inicial, los riñones están situados en la región pélvica y más tarde se desplazan hacia una posición más craneal en el abdomen. Este ascenso del riñón es ocasionado por la disminución de la curvatura del cuerpo así como por el crecimiento de éste en las regiones lumbar y sacra. En la pelvis, el metanefros recibe irrigación desde una rama pélvica de la aorta. Durante su ascenso hasta el nivel abdominal es vascularizado por arterias que nacen de la aorta a niveles cada vez más altos. Los vasos inferiores generalmente se degeneran, pero algunos podrían mantenerse.²

FUNCIÓN DEL RIÑÓN

El riñón definitivo empieza a funcionar, alrededor de la semana doce. La orina es emitida hacia la cavidad amniótica y se mezcla con el líquido amniótico.

Este líquido es deglutido por el feto y reciclado, a través de los riñones. Durante la vida intrauterina, los riñones no tienen a su cargo la excreción de productos de desecho, ya que esta es función de la placenta.

El tamaño de un riñón y el número total de nefronas que se forman en la fase tardía de desarrollo embrionario depende en gran medida del grado de ramificación morfogenética que sufre el brote ureteral. Los seres humanos tienen entre 225,000 y 900,000 nefronas en cada riñón.²

DESARROLLO DE LOS URÉTERES:

Los uréteres que inicialmente eran evaginaciones de los conductos mesonéfricos (yema ureteral). El posterior ascenso de los riñones hace que la inserción de los uréteres suba y se separen; quedando un tejido de forma triangular, de vértice inferior (conductos mesonéfricos) y base superior (en cada vértice un uréter) que se denomina trígono vesical.²

DESARROLLO DE LA VEJIGA:

Entre la 4ta y la 7ma semana de vida intrauterina, la cloaca se divide anteriormente en el seno urogenital y posteriormente, en el conducto anal. El tabique uro-rectal es una capa de mesodermo, entre el conducto anal primitivo y el seno urogenital. La punta del tabique formará el cuerpo perineal.² En el seno urogenital pueden diferenciarse tres partes:

-La porción superior es la más voluminosa y formará la vejiga; esta porción se continúa con un cordón fibroso, que une el vértice de la vejiga con el ombligo que se denomina uraco (en el adulto es el ligamento umbilical medio).

-Una porción intermedia, estrecha, denominada porción pélvica del seno urogenital.

-La porción más distal, es la parte fálica del seno urogenital.²

URETRA

El epitelio de la uretra se origina en el endodermo en ambos sexos; el tejido conjuntivo y el tejido muscular liso circundante proceden del mesodermo visceral. Al final del tercer mes, el epitelio de la uretra prostática empieza a proliferar y forma numerosas excrecencias que se introducen en el mesénquima circundante. En el sexo masculino estas yemas forman la

próstata y en el sexo femenino la parte craneal origina las glándulas uretrales y parauretrales.²

3.1.2 ANATOMIA ESTRUCTURAL DEL SISTEMA URINARIO

TRACTO URINARIO SUPERIOR

Este está formado por los riñones y los uréteres. Los riñones al igual que los uréteres y la vejiga, son órganos retroperitoneales; están situados a la altura de las vértebras D12-L3, siendo el derecho más bajo por la presencia del hígado.³

Cada riñón contiene una corteza externa y una médula interna. En la corteza se encuentran las unidades de filtración (nefronas); la médula contiene cerca de doce pirámides renales. Las pirámides renales poseen túbulos colectores que recogen la orina producida por las unidades de filtración de la corteza.³

Los uréteres se dirigen desde la pelvis renal hasta su inserción en la vejiga y su función es la de transportar la orina desde el riñón a ésta. La inserción del uréter en la vejiga se realiza por la cara posterior de ésta drenando su contenido por los meatos ureterales. El trayecto intramural del uréter unido a la anatomía muscular de la unión ureterovesical constituye un mecanismo antirreflujo de orina.³

TRACTO URINARIO INFERIOR

Incluimos la vejiga, la uretra y el músculo estriado periuretral, así como la próstata en el varón. La vejiga se sitúa en la parte anterior de la pelvis, inmediatamente por detrás del pubis. En ella podemos distinguir el cuerpo y el cuello vesical. El cuello vesical o parte inferior de la vejiga, se continúa con la uretra. La capa muscular de la vejiga corresponde al músculo

detrusor y su acción fundamental es la de provocar la evacuación del contenido vesical.³

La vejiga femenina se localiza en la cavidad pélvica y el útero reposa sobre la vejiga. En el sistema urinario femenino, la uretra es más corta, y pasa a través del piso pélvico hacia el exterior por medio de una apertura que se localiza por delante de la vagina. A diferencia del sistema masculino, en la mujer la uretra no forma parte del sistema reproductivo.³

A nivel del cuello vesical, la capa muscular se engruesa para formar el esfínter uretral interno de control involuntario. La uretra es el último segmento de las vías urinarias, difiriendo considerablemente en el hombre y en la mujer. La uretra masculina se extiende desde el cuello vesical hasta la extremidad libre del pene o meato uretral (unos 16cm). La uretra femenina es mucho más corta (unos 4cm.) y se extiende desde el cuello vesical hasta el meato externo. Los esfínteres tienen la misma localización que en el varón.³

3.1.3 DIFERENCIAS ENTRE SISTEMA UROGENITAL MASCULINO Y FEMENINO

El aparato urogenital comprende una serie de órganos con origen embriológico común y con funciones diferentes pero que comparten estrechas relaciones anatómicas.

En cuanto a las diferencias entre el aparato urinario masculino y femenino podemos encontrar que en las mujeres, el espacio de la vejiga urinaria es menor entre algunos órganos reproductores.³

La uretra es la estructura más diferenciada entre ambos sexos.

ÓRGANO	CARACTERÍSTICAS FEMENINAS	CARACTERÍSTICAS MASCULINAS
VEJIGA	El espacio de la vejiga urinaria femenina es menor entre algunos órganos reproductores y urinarios.	El espacio de la vejiga urinaria masculina es mayor con respecto al de la femenina.
URETRA	<p>--Mide de 4-5 cm de longitud y 5-6 mm de diámetro</p> <p>--Cumple funciones exclusivamente urinarias.</p> <p>--Es más susceptible a infecciones por estar más expuesta al exterior.</p> <p>--Puede ser fácilmente dilatada sin sufrir daño.</p>	<p>--Mide de 15-20 cm de largo y se divide en segmento prostático, membranoso y penil.</p> <p>--Cumple funciones de secreción urinaria y genital.</p>

En cuanto al aparato genital, se encuentran diferenciaciones entre el hombre y la mujer, puesto que los órganos reproductores, gónadas y gametos son distintos pero complementarios entre sí.³

ÓRGANOS Y ESTRUCTURAS	ÓRGANOS Y ESTRUCTURAS
-----------------------	-----------------------

GENITALES MASCULINOS	GENITALES FEMENINOS
GAMETO: Espermatozoide	Gameto: Óvulo
Pene	Vagina
Escroto	Ovarios
Testículos	Útero
Escroto	Clítoris
Ductos deferentes	Labios menores y mayores
Epidídimo	Trompas del falopio
Próstata	Monte de venus
Conducto eyaculador	
Vesícula seminal	

3.2 FISIOLÓGÍA DEL TRACTO URINARIO

FASES DE ALMACENAMIENTO Y VACIAMIENTO DE LA ORINA

En su función excretora, los riñones remueven los productos metabólicos de desecho como la urea y otras sustancias indeseadas. El balance electrolítico de la sangre y el agua que se localizan en el cuerpo son también regulados por el riñón.⁴

Las nefronas procesan fluidos compuestos por productos sanguíneos, glóbulos rojos, blancos y proteínas, reabsorbiendo agua, glucosa y sales. Los productos de desecho son secretados y luego se eliminan fuera del cuerpo por la orina. En promedio, un adulto elabora de 1-1.5 litros de orina diariamente.⁴

Los riñones en su función endocrina producen eritropoyetina para la formación de la sangre, además participa en el metabolismo del calcio. Las dos arterias renales principales suministran la sangre y el oxígeno de los

riñones, y las ramas de esas arterias irrigan las glándulas suprarrenales y los uréteres. Cada rama se subdivide hasta formar eventualmente los capilares que suministran el oxígeno para el tejido del riñón y poder participar en la filtración renal.⁴

La orina producida en los riñones es transportada por los uréteres hacia la vejiga. La vejiga es un saco muscular, con una capacidad aproximadamente 475 mililitros.⁴

La vejiga tiene la misión de almacenar la orina procedente del riñón y expulsar su contenido voluntariamente en el lugar y momento adecuado. La orina se almacena en la vejiga acomodándose ésta al contenido gracias al tono del detrusor, el cual se comporta como un órgano no muscular, manteniendo una actitud pasiva de esfera viscoelástica. Durante esta fase, el músculo vesical permanece inactivo y los esfínteres activados, proporcionando la continencia. Cuando la vejiga alcanza su umbral de micción, se contrae para vaciar su contenido gracias al músculo liso vesical al tiempo que los esfínteres se relajan.⁴

- FASE DE ALMACENAMIENTO:

Al tiempo que la orina se acumula en la vejiga, ésta comienza a distenderse, provocando bajos niveles de aferencias hacia la médula sacra a través del nervio pélvico.⁴

Esta información es transmitida al sistema nervioso simpático, que a través del nervio hipogástrico produce una relajación del músculo detrusor, así como la contracción del esfínter uretral interno; de igual manera, se produce una estimulación del Sistema Nervioso Somático, el cual a través del nervio pudendo, activa al esfínter uretral externo.⁴

Desde el tronco del encéfalo en su región lateral, también llamado "Centro de almacenamiento o continencia Pontino" ó "Región L", parten fibras eferentes hacia el núcleo somático o de Onuf en la médula sacra, contribuyendo al aumento de la actividad del esfínter uretral externo. La fase de llenado es un proceso pasivo que depende de la musculatura lisa vesical y de la inhibición del sistema nervioso parasimpático.⁴

- FASE DE VACIAMIENTO:

Una vez alcanzado el umbral de presión para la micción, se produce una intensa actividad aferente procedente de la musculatura lisa de la vejiga. Dicha información aferente es recogida principalmente por el nervio pélvico y se dirige hacia los centros superiores. La información es recogida en el tronco del encéfalo en su región medial, también llamada centro Pontino de la micción, núcleo de Barrington o Región M. De aquí, parten proyecciones eferentes hacia el núcleo simpático, inhibiéndolo y con ello La relajación del esfínter uretral interno; hacia el núcleo parasimpático, estimulándolo y con ello contracción del músculo detrusor e inactivación del esfínter uretral interno, hacia el núcleo somático o de Onuf, inhibiéndolo, y con ello inactivación del esfínter uretral externo. El resultado final de estas eferencias procedentes de núcleos superiores es la emisión voluntaria de orina.⁴

3.3 ETIOPATOGENIA Y PATOLOGIA

Factores biológicos, metabólicos, químicos, físicos y circulatorios pueden modificar la estructura y la función del riñón originando enfermedades renales o nefropatías.⁶

Dentro de los agentes biológicos, los gérmenes pueden afectar al riñón en tres formas. La colonización directa en el parénquima renal origina infecciones intersticiales que producen la pielonefritis aguda o crónica, los absceso de riñón o perinefritis se manifiesta por un cuadro infeccioso

general intenso (fiebre, eritrosedimentación acelerada y leucocitosis) un cuadro local (lumbalgia espontánea y provocada) y un cuadro urinario.³

Algunas veces se trata de infecciones específicas, como la tuberculosis que tiene características peculiares.⁶

Los gérmenes actúan a distancia por mecanismos tóxicos o inmunológicos. Las consecuencias por mecanismos tóxicos pueden incluir shock y efectos renales locales que pueden culminar en insuficiencia renal aguda, (oliguria, reabsorción de hidrogeniones y electrolitos, disminución de la expulsión de productos tóxicos).⁶

En cambio los mecanismos inmunológicos, pueden desencadenar un daño renal originado por la ubicación en las membranas basales glomerulares y tubulares de complejos inmunes (antígeno-anticuerpo) o de anticuerpos circulantes con mediación del complemento y por lo común, con participación de los neutrófilos, las lesiones resultantes son alteraciones de las membranas basales y proliferación de las células endoteliales, mesangiales y epiteliales, que caracterizan a los diferentes tipos de glomerulonefritis.⁶

3.4 SINTOMATOLOGÍA URINARIA

Síntoma se define como la referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico que suele expresarse en el momento del interrogatorio, a diferencia de un signo, que es un dato "objetivo", observable por parte del especialista durante el examen físico.⁵

Síndrome miccional: es el conjunto de síntomas que sugieren una patología en el tracto urinario.⁵

Los síntomas urinarios se producen por la irritación o inflamación de diferentes componentes del tracto urinario, comúnmente suele afectar a la uretra y la vejiga, aunque al no ser tratada la causa primaria que provoca la injuria dicha irritación puede afectar el resto de los órganos genitourinarios.⁶

La causa más frecuentes de la sintomatología urinaria suelen ser las infecciones del tracto urinario; Aunque también pueden ser provocados por litiasis renal, cáncer de próstata, prolapso uterino, hipertrofia benigna de próstata, enfermedades de transmisión sexual , uso de productos con fragancia, como perfumes, jabones, baños de espuma, gel espermicida, o trastornos psicológicos.⁶

Las mujeres suelen presentar con mayor frecuencia síntomas urinarios, debido a su uretra más corta y a la proximidad con el ano más que los hombres. Teniendo una mayor probabilidad de estar en contacto con estímulos irritantes físicos, sustancias químicas o microorganismos; sobre todo después de la actividad sexual o al usar un diafragma para el control de la natalidad.⁷

Entre los síntomas se pueden mencionar:

Disuria: Micción dolorosa o dificultosa o bien la imposibilidad de orinar. La micción dolorosa , o solo ardor, se presenta en la uretritis aguda y en la cistitis de cuello vesical , el paciente temeroso le cuesta iniciar la micción y la interrumpe incluso involuntariamente; La micción dificultosa se presenta en los obstáculos al paso de la orina por la uretra como por ejemplo en los adenomas, en la fibrosis e hipertrofia del cuello vesical, también son causas de dificultad para la micción: la simple emoción por presencia de terceros (uretra púdica), postquirúrgicos inmediatos, la utilización de opiáceos y enfermedades del sistema nervioso.⁵

Dolor costo-lumbar: puede ser unilateral o bilateral y se produce, generalmente cuando procesos infecciosos ascienden hasta el nivel del riñón o por tumoraciones de gran tamaño que ocasionan irritación en las terminaciones nerviosas que lo recubren, suele evidenciarse por maniobra de puño-percusión lumbar.⁵

Poliaquiuria: es la micción frecuente, imperiosa, sin aumento forzoso de la cantidad de orina. Se debe al incremento de la orina emitida o a la disminución de la capacidad de la vejiga, lo cual puede ser de origen neurológicos o vesical. Si es de origen neurológico, las micciones son repetidas y abundantes, mientras que las vesicales, las micciones son escasas de entre a 50 a 100ml.⁵

Oliguria: Disminución de la orina en 24 horas. Se produce por transpiración profusa, vómito repetido y diarrea reiterada; luego insuficiencia renal aguda, insuficiencia renal crónica en un periodo avanzado, quemaduras extensas.⁵

Tenesmo vesical: Sensación de micción insatisfecha, aun después de haber evacuado la vejiga a fondo; se exterioriza por sensación de peso perineal y por pujo para intentar una evacuación satisfactoria, se presenta generalmente acompañado por polaquiuria.⁵

Urgencia urinaria: Deseo irresistible y repentino de micción es causada por consumo de alcohol, cafeína, cálculos en la vejiga, cáncer de vejiga, infecciones del tracto urinario, constricción de la uretra, estreñimiento, alteraciones neurológicas.¹⁶

Espasmo vesical o dolor suprapúbico: es la aparición de dolor intenso a nivel suprapúbico, de carácter intermitente, como consecuencia de un espasmo del músculo detrusor de la vejiga.¹⁶

Nicturia: es el aumento de frecuencia urinaria en horas nocturnas.¹⁶

3.5 INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

Las infecciones urinarias pueden definirse como el conjunto de manifestaciones clínicas que resultan de la multiplicación microbiana dentro del tracto urinario (uretra, vejiga, riñón o próstata).⁸

Se debe considerar la siguiente terminología :⁸

- a) Bacteriuria: presencia de bacterias en la orina.
- b) Bacteriuria significativa: presencia espontánea de bacterias en la orina mayor de 100,000 unidades formadoras de colonias (UFC)/ml.
- c) Bacteriuria asintomática: bacteriuria significativa en un paciente sin síntomas urinarios.
- d) Síndrome uretral agudo: disuria, poliaquiuria y tenesmo sin bacteriuria significativa.

Las infecciones del tracto urinario pueden ser asintomáticas o sintomáticas. El término infecciones de las vías urinarias, comprende diversas entidades clínicas que incluyen bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis. La diferenciación entre bacteriuria asintomática e infección del tracto urinario conlleva consecuencias clínicas importantes. Las dos entidades patológicas denotan la presencia de bacterias en las vías urinarias, casi siempre

acompañado de leucocitos y citocinas inflamatorias en la orina; sin embargo la bacteriuria asintomática se genera sin que surjan síntomas atribuibles a la presencia de bacterias en las vías urinarias y casi nunca necesitan tratamiento; en tanto que las infecciones del tracto urinario generalmente se denotan como una entidad sintomática que justifica el uso de antimicrobianos.⁶

Las infecciones del tracto urinario (ITU) suponen hasta el 10% del total de consultas en el primer nivel y más del 30% de las visitas a la consulta externa de urología. Además son la primera causa de infección nosocomial y la segunda después de las infecciones respiratorias en la comunidad. Estas infecciones son importantes por su morbilidad; puesto que la infección urinaria no controlada, por fracaso diagnóstico o terapéutico, puede conducir a la aparición de pielonefritis crónica. La infección urinaria es una de las mayores fuentes de sepsis que generan una elevada mortalidad, no inferior al 15 - 20% de los afectados.⁶

3.5.1 EPIDEMIOLOGÍA

Las infecciones en las vías urinarias, excepto en los lactantes y en personas de edad avanzada, surgen con mayor frecuencia en mujeres que en varones.⁹

Se sabe que incluso 50% a 80% de las mujeres en la población general se contagian de una infección en las vías urinarias como mínimo, durante su vida y en muchos casos se trata de una cistitis sin complicaciones. Entre los factores independientes del riesgo de que surja tal cuadro agudo están el uso reciente de diafragma con espermicida, coitos frecuentes y antecedentes de infección en las vías urinarias.⁹

La cistitis guarda relación cronológica con coito reciente, sobre todo en las 48 horas después de ocurrido, aumentando 60 veces la probabilidad

relativa de que surja cistitis aguda. En post menopáusicas sanas, entre los factores de riesgo de que aparezca infecciones están: actividad sexual, diabetes mellitus e incontinencia urinaria.⁹

Muchos factores que condicionan a la mujer para cistitis, también aumentan el peligro de la pielonefritis, entre las factores en jóvenes sanas asociados a pielonefritis están coitos frecuentes, un nuevo compañero sexual, antecedentes de infecciones urinarias en un periodo de 12 meses anteriores, diabetes e incontinencia.⁹

Las mujeres diabéticas tienen una tasa dos a tres veces mayor de bacteriuria asintomática e infecciones de vías urinarias, que las mujeres no diabéticas.⁹

Otro factor que aparece en mujeres diabéticas y que aumenta el riesgo de las infecciones de vías urinarias son obstrucción de la corriente de orina y micción incompleta. La secreción deficiente de citosinas, también puede contribuir a la aparición de bacteriuria asintomática a mujeres con dicha sintomatología.⁹

3.5.2 ETIOLOGÍA.

La mayor parte de las IVU, las bacterias establecen la infección al ascender de la uretra a la vejiga, si el ascenso persiste de los uréteres a los riñones, se tiene la vía ascendente.⁶

Las bacterias también pueden tener acceso a las vías urinarias, a través de la sangre.⁹

La propagación hematógena origina menos del 2% de las IVU y suele ser consecuencia de bacteremia causada por microorganismos relativamente virulentos como Salmonella y Staphylococcus Aureus.⁹

Los factores ambientales también pueden modificar el riesgo de las IVUS.

La colonización del introito vaginal y la zona periuretral por microorganismos de la flora intestinal (casi siempre E.Coli). El coito se acompaña de un mayor peligro de colonización de la vagina por E, coli y por ello se agrava el peligro de las IVU.⁹

En post menopausicas, los lactobacilos vaginales que habían predominado son sustituidos, sobre todo por la colonización de gram negativos.⁷

El orden de frecuencia según la especie es el siguiente ⁶:

- *Escherichia coli* en alrededor de 70%-95% infecciones agudas en personas sin riesgo y en el 50% de las infecciones intrahospitalarias y en pacientes diabético.
- *Proteuss spp* y *Klebsiella spp* aislados frecuentemente en personas con litiasis e infecciones recurrentes.
- *Enterobacter spp.*, *Pseudomona spp.*, *S. maltophilia.*, *Serratia spp.*, se aíslan comúnmente en pacientes con anormalidades estructurales, tratamiento antibiótico previo y cateterismo vesical.

Entre los microorganismos gram positivos⁸:

- *Staphylococcus saprophyticus* común en mujeres con vida sexual activa.
- *Streptococcus Agalactiae* frecuente en embarazadas.
- *Enterococcus spp* indica infección mixta o patología urinaria orgánica
- *Staphylococcus aureus* suele presentarse a través de vía hematógica sobre todo en pacientes portadores de sonda urinaria.

3.5.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

BACTERIURIA SINTOMÁTICA: es cuando la persona no tiene manifestaciones locales o sistémicas atribuibles a las vías urinarias. ⁶

El cuadro clínico inicial es el de un sujeto a quien se le practica un cultivo de orina por una causa no vinculado con el aparato urinario y accidentalmente se descubre bacteriuria. ⁶

CISTITIS: Las manifestaciones clínicas de cistitis son disuria, polaquiuria y urgencia para la micción. También puede haber nicturia o hematuria, dolor en el flanco o la dorsalgia unilateral. La fiebre también es un signo de infección invasora. ⁶

PIELONEFRITIS: El cuadro clínico inicial incluye febrícula, lumbalgia, dolor en el ángulo costovertebral; posteriormente progresa a fiebre alta, escalofríos, vómitos y dolor en el flanco. La fiebre en esta entidad patológica es característica con valla de picos, es decir picos altos que ceden en un lapso de 72 horas. ⁶

URETRITIS: es una inflamación de la uretra, el conducto que transporta la orina fuera del cuerpo, que puede continuar durante semanas o meses. Sus manifestaciones clínicas son: disuria, polaquiuria y dificultad para comenzar a orinar. ⁶

LESIÓN RENAL AGUDA: se caracteriza por la deficiencia repentina de la función renal que origina la retención de productos nitrogenados y otros desechos. Las manifestaciones clínicas son: oliguria, vómitos, diarrea, glucosuria, dolor suprapúbico, nicturia, polaquiuria, dificultad para comenzar micción, púrpura palpable, entre otros. Los síntomas dependerán de la causa que origine la lesión renal aguda. Previamente, se le conocía como insuficiencia renal aguda, sin embargo el término insuficiencia refleja solo

una parte del espectro de daño del riñón que ocurre clínicamente. En casi todos los casos de daño, es pequeña la disminución de la función renal.⁶

3.5.4 DIAGNÓSTICO

Se basa en la visión microscópica del sedimento urinario o por urocultivo de una muestra obtenida por micción espontánea, limpia y correspondiente al chorro medio urinario.⁶

1. Urocultivo: el diagnóstico se establece por el número de bacterias necesarias para llenar los criterios de bacteriuria significativa. Una concentración > 100,000 bacterias (ufc)/ml de un solo tipo en un cultivo tiene una eficacia predictiva del 80% en mujeres asintomáticas y de un 95% en hombres sin síntomas. Los valores menores de esta cifra casi siempre son debidos a contaminación. El aislamiento de más de 1,000 bacterias /ml en una muestra obtenida por aspiración suprapúbica es significativa.

La muestra en pacientes con sonda vesical debe obtenerse por punción directa del catéter con aguja estéril; de este modo una concentración >100,000 es 95% predictiva de infección vesical real.⁹

2. Examen General de Orina: la presencia de más de 20 leucocitos por campo de alto poder se correlaciona con una cuenta de colonias bacterianas de más de 100,000/ml en la mayoría de los casos. La presencia de bacterias y tinción de Gram en orina no centrifugada también se correlaciona con bacteriuria significativa. 3) Biometría hemática: brinda poca información, ocasionalmente muestra leucocitosis. 4) Imagenología: la urografía intravenosa es útil en la evaluación de infecciones que complican reflujo vesicoureteral crónico, cálculos y pielonefritis crónica. La presencia de gas en una PSA puede hacer sospechar absceso renal y el diagnóstico debe complementarse con pielografía IV o retrógrada y USG; a veces requerirá TAC.⁹

3.5.5 TRATAMIENTO

1) Antibióticos: generalmente se seleccionan en base al urianálisis y el conocimiento de la epidemiología y bacteriología de la infección. Lo apropiado de este tratamiento debe confirmarse por cultivo y sensibilidad en casos refractarios, recurrentes o atípicos. ⁶

Infección no complicada del tracto inferior: amoxicilina, quinolonas (norfloxacina, ciprofloxacina u ofloxacina) por 7 días, nitrofurantoína o TMP/SMX. ⁷

Infección urinaria recurrente y pielonefritis: deben ser tratadas durante 14 días. Los pacientes clínicamente estables pueden tratarse en forma ambulatoria con quinolonas, TMP/SMX o una cefalosporina de 3ª generación. ⁷

Prostatitis: también debe tratarse por al menos 14 días con antibióticos que penetren y sigan activos en el tejido y líquidos prostáticos (quinolonas, TMP/SMX, aminoglucósidos o cefalosporinas de 3ª generación). ⁷

Infecciones recurrentes o complicadas: quinolonas, ceftriaxona, aztreonam, ticarcilina/clavulanato o imipenem parenteral seguida de quinolona o TMP/SMX por 10 a 21 días. ⁷

2) Cirugía: está indicada para la remoción de los cálculos, drenaje de abscesos o reparación de lesiones anatómicas obstructivas. ⁶

3.5.6 COMPLICACIONES:

1) Formación de abscesos ⁶

2) Pielonefritis xantogranulomatosa ⁶

3) Pielonefritis enfisematosa ⁶

4) Insuficiencia renal crónica. ⁶

3.5.7 RESISTENCIA BACTERIANA.

En Estados Unidos y Europa han aislado E. coli, en mujeres con cistitis aguda y han corroborado resistencia a TMP-SMX en más del 20% y tasa de resistencia a la Ciprofloxacina entre un 5-10%. Las tasas de resistencia varían de cada región y localidad geográfica, con las características de cada enfermo y periodo de tiempo.¹⁰

Uno de los factores de mayor impacto durante la década de 1990, fue la presencia de uro-patógenos resistentes a diferentes antimicrobianos. Las tasas de resistencia más elevadas se observan en el trimetoprim-sulfametoxazol y beta-lactámicos con rangos de 7-32% y de 17 a 59%, respectivamente.¹⁰

3.5.8 RELACIÓN DE INFECCIONES URINARIAS CON OTROS ESTADOS CLÍNICOS.

Existen múltiples factores de riesgo que aumentan la susceptibilidad de contraer infección de vías urinarias, especialmente cuando se padece de las siguientes condiciones:

-Embarazo: durante la gestación se producen una serie de cambios en el organismo que pueden elevar el riesgo de padecer una infección renal o pielonefritis:

+La segregación de la hormona progesterona durante el embarazo relaja los músculos de los uréteres (las vías que conectan la vejiga y los riñones) dilatándolos y provocando que el flujo de orina se haga más lento, por lo que tarda más tiempo en atravesar las vías urinarias y eleva el riesgo de que las bacterias se reproduzcan y actúen.

+La progesterona también provoca la relajación de los músculos de la vejiga, con lo cual es más difícil vaciarla por completo y se eleva el riesgo

de reflujo de la orina, lo que puede provocar que la orina vuelva a subir hacia los riñones.

+Durante el embarazo, el pH de la orina cambia, se vuelve menos ácida y más propensa a contener glucosa, elevando así el riesgo de proliferación de bacterias.¹⁹

-Menopausia: Los bajos niveles de estrógenos vaginales, provocan un descenso en la flora vaginal que protege esta zona: los lactobacillus. Estos microorganismos actúan como mecanismo de defensa para evitar la colonización de bacterias y son los responsables de mantener el pH ácido de la vagina. Con la llegada de la menopausia, la protección de esta zona disminuye. Si además, la mujer sufre incontinencia urinaria, su flora vaginal y el pH ya estará alterado, así que padecerá infecciones recurrentes.⁷

3.5.9 RELACIÓN DE INFECCIONES URINARIAS CON OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS.

Existen patologías que aumentan la vulnerabilidad de padecer infecciones urinarias, como:

-Diabetes Mellitus: los factores generales que aumentan el riesgo de infección del tracto urinario en los pacientes diabéticos son la edad, el control metabólico y complicaciones a largo plazo, la nefropatía diabética y principalmente cistopatía. La DM aumenta el riesgo de pielonefritis aguda, a partir de una infección por enterobacterias con origen en el aparato genitourinario inferior. Las infecciones por Klebsiella es especialmente frecuente (25% en comparación con el 12% en la población no diabética).⁶

-Vejiga neurogénica: trastorno de la vejiga ya sea disfunción flácida o espástica por daño neurológico. Los síntomas pueden incluir: incontinencia por rebosamiento, polaquiuria, urgencia urinaria, y retención. Es elevado el

riesgo de complicaciones graves como infecciones recurrentes, reflujo vesicoureteral, disreflexia autónoma, entre otros. ⁶

-Cistocele: es cuando la pared entre la vejiga y la vagina se debilita, la vejiga puede caer o hundirse dentro de la vagina. Tiene 3 grados que abarca desde la leve hasta el avanzado, cuando la vejiga sobresale de la vagina. Entre los síntomas que causa sensación de pesadez pélvica, lumbalgia, pérdida involuntaria de orina, vaciado incompleto de orina e infecciones urinarias. ¹⁹

,

-Urolitiasis: es cuando existe cálculos en el interior de los riñones o de las vías urinarias, principalmente son de calcio, en un 95%. Los síntomas son dolor renal no cólico, hematuria, infecciones urinarias recurrentes, fiebre, náuseas y vómitos. ⁶

-Vulvovaginitis: es la colonización de microorganismos, diferentes a la flora normal en la vulva y vagina. Puede ser hongo (*Candida albicans*), bacterias, virus, y otros parásitos. Entre los síntomas que produce están: mal olor, flujo vaginal, prurito vaginal, y disuria. Puede aumentar la recurrencia de infecciones urinarias por la vía ascendente del microorganismo.

Existen otras enfermedades que pueden coexistir con infecciones urinarias, que no participan como factor de riesgo. A continuación se citan algunas:

-Hipertensión arterial: es la elevación de la presión arterial sistólica arriba de 140mmHg y diastólica por encima de 90 mmHg, en dos o más tomas diferentes durante dos o más visitas. El daño que puede producir esta patología por el aumento del filtrado glomerular, causa hipertrofia y

esclerosis glomerular focal, que puede progresar a isquemia y atrofia de los glomérulos renales, por lo que puede llegar hasta insuficiencia renal terminal. Los antihipertensivos que se pueden dar son: Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA), Antagonistas de los receptores de Angiotensina II (ARA), Beta-bloqueadores, Antagonistas de Calcio y diuréticos, estos últimos pueden provocar polaquiuria.⁶

-Monorreno: son aquellos pacientes que solo poseen un riñón funcional, que puede ser congénito o por nefrectomía. Según estudio de nefrología, realizado en el Hospital Universitario de Valencia, España, 2010, estos pacientes tienen una tendencia a la progresión de insuficiencia renal al presentar proteinuria.²⁰

3.6 PRÁCTICAS MEDICAMENTOSAS

3.6.1 DEFINICIÓN

Es el tratamiento de una condición patológica verdadera o imaginaria, con medicamentos siendo seleccionados sin supervisión médica o agente calificado.¹¹

Esto incluye: medicamentos adquiridos a través de una fuente legítima, medicamentos recibidos de otras fuentes (familiares y amigos) y sobrantes de prescripciones previas las que son usadas para tratar similares síntomas en fechas posteriores en pacientes distintos.¹¹

También llamado como automedicación, que significa acto mediante el cual una persona, por cuenta propia o recomendación de un tercero, escoge y se administra un medicamento para prevenir, tratar o curar una dolencia cuya identidad y severidad desconoce; tiene su origen tanto a nivel individual como social. A nivel individual, es la persona que decide tomar un medicamento, sin previo diagnóstico médico y lo compra. A nivel social, ni

las autoridades, ni los profesionales de la salud han tomado medidas para restringir el libre acceso que se tiene a medicamentos específicos, como el caso de los antibióticos, entre otros.¹¹

Factores que condicionan la automedicación¹¹

- Falta de información al público de las medicinas que usan.
- Población solo percibe el lado positivo de los fármacos.
- Creencias inadecuadas como: “por cada molestia, hay una medicina con que tratarla”.
- Identificación de síntomas y signos de unos pacientes con otros, transmitiéndose un consejo o prescripción de un individuo a otro.
- Alto costo de la consulta médica.
- Deficiente cobertura de los servicios.
- La flexibilidad por parte de los que expenden los medicamentos.

Elementos que influyen sobre el uso de medicamentos por parte de los consumidores están:¹¹

-La familia

Las creencias individuales influyen el modo en que se usa los medicamentos y estas creencias son pueden ser moldeadas por integrantes de la familia nuclear y extensa.

-Percepción de la necesidad de tomar medicamentos

Las personas creen imposible curarse sin el uso de fármacos, incluso cuando se trata de procesos autolimitados como catarro común, y enteritis viral. Las personas creen que deben de tomar medicamento después del comienzo de la enfermedad.

-Ideas sobre eficacia e inocuidad

Las personas usan los medicamentos, de acuerdo a sus propias ideas sobre seguridad e inocuidad. Entre los aspectos que toma en cuenta la población son:

+El color y la forma del medicamento, En Sierra Leona, África, se cree que los medicamentos rojos son buenos para la sangre. (Bledoc y Goubaud, 1985)

+El método de administración, en Uganda, la gente cree que los medicamentos inyectados en la circulación sanguínea no abandonan el cuerpo tan rápido como los que se administran por vía oral. Los medicamentos orales se equiparan a los alimentos, que ingresan al aparato digestivo y en algún momento salen del cuerpo a través de la defecación. (Birungi, 1994).

+La compatibilidad, entre el medicamento y la persona que lo toma. Un medicamento que es eficaz para una persona quizá no lo sea para otra.

+El hecho que un medicamento haya sido eficaz en el pasado, probablemente en un nuevo episodio con sintomatología similar funcionará.

+La novedad de un medicamento, los nuevos son más eficaces.

-Precio de los medicamentos

Un factor determinante a la hora de elegir un medicamento es sí es asequible para la familia. En países subdesarrollados cerca del 50-90% de los medicamentos son comprados en efectivo.

-El poder de los medicamentos

El uso del medicamento va a depender de la eficacia farmacológica. Esto significa que si la familia compra un analgésico para el dolor, debe de quitarlo; antibiótico para la infección debe de erradicarla; antitusivo o expectorante para la tos debe de curarla.

-La comunidad

La comunidad es el contexto inmediato, en el que individuos y familias enfrentan sus problemas de salud. La población aconseja sobre tratamientos, crea y refuerza los patrones culturales de uso de medicamentos y depende de las fuentes locales de abastecimiento.

El proceso de “indefensión de medicamentos” por el cual algunos fármacos pasan a ser parte del uso de la medicina popular.

Canales de información.¹¹

-Programas de radio y televisión.

-Las jornadas educativas organizadas en el marco de programas de atención primaria de salud.

-Los agentes de salud de la comunidad.

-Los dispensadores de medicamentos en pequeños comercios, farmacias y mercados.

-Los curanderos tradicionales que han incorporado productos farmacéuticos a sus tratamientos.

-Las revistas o periódicos y las historietas gráficas.

-Prescripciones reutilizadas.

-Anuncios comerciales.

La sociedad se enfrenta a un aumento de medicamentos de venta libre, esto se debe a las revisiones de los paneles de eficacia de productos de venta libre que la FDA (administración de comida y alimentos) comenzó en 1972.¹¹

Según el libro de Farmacología de Remington, un factor que influye de manera considerable en el consumo de medicamentos de venta libre y fomenta el aumento de la automedicación en pacientes, es la publicidad. La publicidad tiene gran efecto debido a que cuando el medicamento se emite por radio o por televisión, implica seguridad y eficiencia en forma automática.¹¹

Garzón, A Jácome, F. Jaramillo y otros (2003) en Ecuador, en estudio titulado: Automedicación, concluyen: "La automedicación es un hábito muy frecuente arraigado dentro de cualquier tipo de clase social; los pacientes acuden a los servicios de salud con automedicación inefectiva, y que existe una amplia gama de medicamentos usados en esta práctica, sin tener ninguna precaución de ellos".¹¹

Monasterios, L Salazar y Bookaman (2004) realizaron una investigación en la Universidad Central de Venezuela, titulada: "Estudio de la salida de medicamentos para venta sin prescripción facultativa en la Farmacia Antonieta Caracas", muestran que existen ciertos grupos de medicamentos que se usan muy frecuentemente sin la indicación médica. Estos medicamentos son los antibióticos, los analgésicos, antigripales, antitusígenos, broncodilatadores, antiácidos, antidiarreicos y anticonceptivos. Ellos encontraron que el 91% de los casos el medicamento era para uso propio del solicitante, los analgésicos predominan como los medicamentos de mayor salida, la dolencia más frecuentemente reportada

por los solicitantes fue el dolor de cabeza (29%) seguido por el resfriado común (25%) un (9%) de la población estudiada manifestó poseer una enfermedad crónica.¹¹

Para algunos autores, la automedicación apropiada es considerada como un recurso importante para el sistema de salud de cualquier país, si es que se da dentro de un límite que no ponga en peligro la seguridad del paciente.¹¹

La estrategia de atención primaria de salud que promueve la OMS, hay una tendencia a confiar en la automedicación para el tratamiento de enfermedades comunes; sin embargo la automedicación tiene tanto peligros como ventajas.¹¹

Dentro de las ventajas se encuentran que ahorra al sistema de salud, porque los costos de las medicinas son relativamente bajos, en comparación con los gastos de las consultas médicas y los cuidados hospitalarios. Además, permite que se descongestionen los servicios de salud.¹¹

Por el contrario, la falta de información impide al consumidor comprender como actúa el fármaco cuánto tiempo lo usará, en qué dosis, o si deberá esperar reacciones secundarias propias del medicamento

Otro aspecto importante es la intoxicación accidental, que puede presentarse por la ingesta de fármacos o las reacciones adversas que pueden presentarse aún a dosis terapéuticas o luego de un periodo de uso indiscriminado o indebido.¹¹

3.6.2 DOSIS Y VÍAS DE ADMINISTRACIÓN FARMACOLÓGICA

DOSIS

Para que los medicamentos actúen de manera eficaz en el organismo, es necesario administrarlo en la cantidad suficiente. Se entiende por dosis de un medicamento, a la cantidad de sustancia que actúa terapéuticamente sin producir toxicidad; además de este concepto es importante conocer otros como: ⁸

- Dosis sub-óptima o ineficaz: Máxima dosis que o produce un efecto farmacológico apreciable.
- Dosis mínima: es una dosis pequeña y el punto en que empieza a producir un efecto farmacológico evidente
- Dosis máxima: es la mayor cantidad que puede ser tolerada sin efectos tóxicos.
- Dosis terapéutica: es la dosis comprendida entre la dosis mínima y la dosis máxima.
- Dosis toxica: constituye una concentración que produce efectos indeseados.

La evaluación de la relación dosis-respuesta o dosis-efecto tiene importancia para la toxicología. Existe relación dosis-respuesta gradual en un individuo y una relación dosis-respuesta cuántica en la población. Las dosis graduadas de un fármaco administrado a una persona, por lo general dan por resultado una mayor magnitud de la respuesta, a medida se incrementa la dosis. La *dosis eficaz media* es cuando la concentración de un fármaco, da como resultado la respuesta deseada con una baja letalidad. Este efecto se mide cualitativamente en el **grado de alivio** que el paciente percibe; entendiéndose como alivio, a la situación en la que el daño físico o emocional desaparece.¹⁸ No hay alguna clasificación que mida el nivel de alivio de un paciente; sin embargo se puede utilizar escalas de dolor para medir la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y ajustar o valorar la efectividad del tratamiento brindado.

Entre las escalas de dolor más conocidas se encuentran:

- ESCALA ANALÓGICA VISUAL- EVA: Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma.¹⁸

-ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE KARNOFSKY: Permite conocer la capacidad que tiene el paciente para las actividades de la vida cotidiana. Además es un elemento predictor independiente de mortalidad, en enfermedades oncológicas y no oncológicas.¹⁸

VÍA DE ADMINISTRACIÓN FARMACOLÓGICA

Es la ruta de entrada por la cual se introduce un fármaco al organismo para producir sus efectos o sitio donde se coloca un compuesto farmacológico, el cual ejercerá una acción local o sistémica.¹⁸ Existen una gran cantidad de vías de administración como por ejemplo ótica, conjuntival, bucal, dérmica, entre otros. Sin embargo, la presente investigación se enfocará únicamente en:

-Intravenoso: administración directamente en la circulación sanguínea, evita el paso de la absorción de elección en situaciones agudas. Sus ventajas son la rapidez de la acción y la precisión de las concentraciones plasmáticas que se alcanzan además de reducir los efectos irritantes y administrar grandes volúmenes.¹⁸

-Intramuscular: administración dentro de un músculo (tejido muscular muy irrigado. Ejemplo: deltoides, cara externa del muslo, región dorsoglútea y

ventroglútea). Sus ventajas son que se garantiza el cumplimiento del medicamento y se puede utilizar en casos de intolerancia a la vía oral.¹⁸

-Oral: administración por la boca; después de la deglución, los fármacos se absorben en el tracto gastrointestinal. Es de fácil utilización y de fácil comprensión para el paciente.¹⁸

-Tópico: administración a un punto particular en la superficie exterior del cuerpo, por ejemplo lociones, pastas, ungüentos, cremas, polvos, champúes, atomizadores, entre otros. Su absorción depende de la vascularización del sitio de aplicación, por lo que se aplica para efectos locales y no sistémicos.¹⁸

-Inhalado: administración dentro del tracto respiratorio por inhalación oral o nasal para un efecto local o sistémico. La absorción del fármaco se da en el epitelio alveolar o en el epitelio del tracto respiratorio.¹⁸

3.6.3 REGLAMENTACIÓN DEL COMERCIO Y ACCESO DE MEDICAMENTOS.

Ante este problema en 2012 se crea la ley de medicamentos en El Salvador, con el ente regulatorio Dirección Nacional de Medicamentos. Todos los medicamentos quedan sujeto a las regulaciones de la presente Ley todos los medicamentos, cosméticos y sustancias que ofrezcan una acción terapéutica fabricadas en el país o importados del extranjero.¹³

Según la nueva ley, la prescripción requerida se clasifica en:¹³

- a. Medicamentos de dispensación libre;
- b. Medicamentos de dispensación bajo prescripción médica;
- c. Medicamentos de dispensación bajo receta especial retenida;

d. Medicamentos de uso prolongado.

Por lo que toda persona podrá fabricar, importar, exportar, distribuir, comercializar, almacenar, transportar, dispensar, prescribir, experimentar o promocionar medicamentos, materias primas o insumos médicos, previa autorización de la Dirección Nacional de Medicamentos, la cual durará 5 años y debe renovarse. Dicha entidad llevará un registro de medicamentos autorizados, el cual deberá ser público y actualizarse permanentemente.¹³

Debido a que la publicidad es uno de los medios de información de la población para la compra y toma de medicamentos sin prescripción médica previa, la ley establece que solo se autoriza la publicidad y promoción de aquellos medicamentos de venta libre; deben de ofrecer información fidedigna, exacta, actualizada y susceptible de comprobación; y deberá ser orientada a fomentar el uso racional así como a la prevención de su abuso.¹³

3.7 MEDICINA BIOLÓGICA.

Es la nueva frontera de la atención sanitaria moderna. Representa una comprensión de la evolución de la salud y la curación en el sentido que incorpora las prácticas médicas convencionales y alternativas para estimular, y restaurar el equilibrio de los mecanismos de curación. Es una forma única de la medicina holística fundada en Alemania en la década de 1950, que implica la instrumentación superior y altamente innovadoras. Diagnóstico y tratamiento a menudo implica la combinación de ciencias biológicas y la microscopía de examen de las células de la sangre con los tratamientos antiguos, tales como, la medicina china (como la acupuntura), Homeopatía, entre otros.¹²

Por lo tanto un tratamiento biológico pretende activar las defensas del mismo organismo para favorecer la curación natural, manteniendo un equilibrio entre el micro y macro cosmos.¹²

Entre los tratamientos que ofrece la medicina biológica están:¹²

- Homeopatía.
- Homotoxicología.
- Terapia Neural.
- Fitoterapia.
- Acupuntura.
- Esencias Florales.
- Mesoterapia.
- Terapia Ortomolecular.
- Auriculoterapia.
- Implantes celulares.
- Detoxificación y Drenaje.

3.8 CREENCIAS POPULARES NO MEDICAMENTOSAS EN LA MEDICINA MODERNA.

La definición de creencia se refiere al crédito firme y con asentimiento que se da a un hecho o noticia, como seguros o ciertos. El saber popular es muy rico en creencias que son falsas o medias verdades, pero se mantienen porque son aceptadas sin mayor discusión. La medicina tradicional contiene muchas creencias que tienen que ver con el diagnóstico y el tratamiento.¹⁴

Estas creencias tienen las siguientes características: ¹⁴

- Se refieren a los órganos del cuerpo humano y su fisiología, a la salud y la enfermedad.

- No siempre es posible conocer cuándo se originaron pero se aprecia que algunas fueron vigentes unas décadas atrás.
- Pueden tener un ámbito geográfico de uso variable: local, nacional, multinacional, etc
- Una mayor presencia de ellas se vincula de manera inversa con un bajo nivel de instrucción
- Las comunicaciones actuales favorecen su difusión.
- Muchas de ellas, se han generado bajo el auspicio de nuestra medicina y de la industria farmacéutica.

Estas creencias populares relacionadas con la salud, forman parte de los llamados determinantes socioculturales, que originan las formas de actuar, de expresar y de entender la salud, la enfermedad o la atención sanitaria. Estas creencias siempre han existido y están relacionados principalmente con la cultura y religión. Conocidos son los casos en que los testigos de Jehová rechazan las transfusiones sanguíneas, se exige la circuncisión para los niños judíos y del frecuente rechazo a la necropsia del paciente fallecido por parte de la familia, entre otros.¹⁴

La credibilidad de los significados gestados por las tradiciones, no se discute y las prácticas iniciadas en la infancia, se mantienen vigentes y se reiteran de generación en generación; mediante la transmisión de los relatos y las costumbres. La confianza en la palabra de otros familiares, amigos, vecinos que refieren sus experiencias o la de un tercero, reproduce la veracidad de lo relatado, la retransmite y refuerza. La oralidad permite que cada sujeto de la comunicación introduzca u omita detalles, vivencias, opiniones personales, de modo que el mensaje adquiere nuevas características con cada intermediario que interviene en el proceso.¹⁴

Así las formas de transmitir los significados varían, mutan; según los ámbitos de discusión y de las características culturales de los pacientes. A su vez, el flujo constante desaparece al primer emisor y no es posible saber cuál o cómo fue la experiencia concreta que dio origen al significado. Por esto, los significados que continuamente se forman y retransmiten se tornan impredecibles.¹⁴

Las creencias populares están tan arraigadas en las comunidades de forma firme y en algunas ocasiones dificultan una adecuada atención de salud. Así, por ejemplo, los Latinoamericanos atribuyen 'impurezas' a ciertos alimentos como el huevo, no se lavan durante la menstruación, vendan a los recién nacidos, creen en el mal de ojo, etc. Además los Norteafricanos son reacios a los exámenes, a descubrir su cuerpo por pudor, etc.; y los Chinos creen que los análisis de sangre debilitan la salud, que es inevitable la caída de los dientes con la edad, es difícil que sigan una dieta y que el embarazo es un estado 'caliente', por lo que debe disminuirse la ingestión de alimentos 'calentadores' (carne roja, grasas en general) y aumentar la de alimentos 'enfriadores' (frutas, verduras, entre otros).¹⁴

Las interpretaciones que los pacientes dan a sus síntomas están guiadas por conceptos e ideas de gran complejidad y variedad. Se necesita dar más atención, al modo en que tales ideas influyen sobre la marcha de problemas específicos de salud. El enfoque tradicional en algunas ocasiones presenta por razón natural, un punto de vista preliminar, general y hasta un poco estático de la función que los conceptos tienen en el tratamiento de la enfermedad y de sus relaciones dinámicas en pacientes que sufren alguna enfermedad y que buscan tratamiento. Sin embargo, hay bases firmes para sostener que prestar atención a las interpretaciones que los pacientes dan a sus problemas de salud han dado buenos resultados en la clínica.¹⁴

Las curaciones caseras se usan por todo el mundo. En algunos pueblos, los remedios tradicionales han pasado de padres a hijos por cientos de años. Muchos remedios caseros hacen bastante provecho. Otros hacen menos. Y algunos hacen daño o son peligrosos. Los remedios tradicionales, igual que las medicinas modernas, se deben usar con cuidado.¹⁴

El médico actual enfrenta una serie de creencias populares relacionadas a la salud y la enfermedad que el paciente trae como parte de su bagaje cultural, por lo cual debe estar atento a que dichas creencias, y sus propias creencias también, no afecten la relación médico-paciente.¹⁴

3.9 PRÁCTICAS NO MEDICAMENTOSAS.

Un término que es necesario explicar es la práctica de autocuidado que se definen como el conjunto de actividades que las personas tanto jóvenes como maduras, emprenden por su propia cuenta; con el fin de seguir viviendo, mantener la salud y prolongar el desarrollo personal, utilizando medicamentos u otros elementos no farmacológicos que brinden alivio o curación.¹⁵

Las prácticas utilizadas para aliviar o curar un desequilibrio en la salud, son indispensables para el autocuidado del ser humano; se adquieren a través de experiencias personales, aprendidas en el entorno en que el afectado se desarrolla.¹⁵

Los grupos sociales y culturales son diferentes en cada región, pero tienen en común el ser estructuras que agrupan tareas, asignan responsabilidades y brindan protección a todos sus miembros; prestando ayuda a los miembros del grupo que padecen privaciones o desequilibrios emocionales o físicos. Es así como, con el objetivo de brindar ayuda para recuperar la salud se utilizan conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas.¹⁵

En las prácticas médicas tradicionales o no medicamentosas, cada parte del cuerpo enfermo es entendido e integrado con la comunidad y el medio del paciente; cuando alguno de estos componentes falla, el sistema se desequilibra. Es así como, el aspecto curativo se encuentra no sólo en el agente terapéutico; sino que también, radica en el ambiente natural en que vive el enfermo, junto con su familia y comunidad. Las técnicas están conformadas por el uso de plantas medicinales, visiones, sueños, atención a signos de la enfermedad y la comunicación con espíritus. En muchos casos, los rituales religiosos constituyen el punto de apertura hacia otro tipo de recursos espirituales, personales, familiares y/o sociales del enfermo.¹⁵

En algunos casos, dependiendo de las posibilidades geográficas de acceso a los servicios médicos oficiales como también de la distancia cultural que exista entre cada comunidad y los agentes encargados de la atención de la salud, suele darse la combinación de prácticas provenientes del sistema médico tradicional, con otras derivadas del sistema biomédico. Cuando esto sucede suele ser frecuente la simultaneidad de consultas o la movilización de un servicio a otro. Aquí observamos además una yuxtaposición de creencias y valores que ordenan los sistemas de decisión del enfermo y su familia y, conjuntamente se pone también en evidencia el entrecruzamiento de sistemas de valores culturales, modelos de salud y estilos de vida diferentes.¹⁵

La diferencia de apelar a uno u otro sistema radica en la persistencia de la enfermedad y la disponibilidad de servicios y recursos.¹⁵

En El Salvador, la cobertura baja de los servicios de salud, aunado a la poca educación preventiva en el área de salud, es susceptible a que la población al padecer malestar o molestia, recurra a prácticas individuales y familiares con fines curativos. En el caso de los síntomas urinarios, la población en su mayoría lo asocia a infección de vías urinarias, sin previa consulta o comprobación científica de ello. Por ello, la terapéutica de esta entidad se centra en restablecer el equilibrio corporal frío-calor y eliminar la suciedad del cuerpo (infección), que según la población es la causa, esto se hace mediante la ingestión de infusiones herbolarias y macerados acuosos que provocan una actividad diurética suave o intermedia.¹⁵

Las plantas usadas para la cerrada de orines y mal de piedra, provocan, generalmente, una actividad diurética suave o intermedia.

3.10 SÍNTOMAS URINARIOS SEGÚN EL CONOCIMIENTO POPULAR.

Popularmente, a los síntomas producidos por irritación del tracto urinario se les conoce con diferentes nombres, según el caliche de cada pueblo; a continuación se menciona los más comunes:

“MAL DE ORIN”

Expresión genérica que engloba un complejo de padecimientos cuyas principales manifestaciones son la micción frecuente, dolorosa y con ardor.¹⁵

“MAL DE PIEDRA”

Es una dolencia típica de calor ocasionada por tomar un líquido caliente después de otro frío, o bien por ingerir dietas irritantes, por un contagio o por un enfriamiento brusco; por sentarse sobre algo caliente; por montar a caballo durante un tiempo prolongado o sobre un burro "pasmado"; por orinar contra el aire; por una vejiga o el "caño de la orina".¹⁵

“CERRADA DE ORÍN”

Son micciones frecuentes, difíciles, dolorosas y con ardor que pueden presentarse aisladas o combinadas, y en ocasiones acompañadas de otros signos y síntomas.¹⁵

“ARDOR EN EL CAÑO DE LA ORINA”

Incluye dolor abdominal, necesidad de orinar con frecuencia, ardor y orina de color blanco; y, en ocasiones, náuseas, inapetencia, fiebre, escalofríos y presencia de sangre en la orina, arenilla o piedras.

La terapéutica de estas entidades se centra en restablecer el equilibrio corporal frío-calor y eliminar la suciedad del cuerpo mediante la ingestión de infusiones herbolarias y macerados acuosos. Las plantas usadas para la cerrada de orines y mal de piedra, provocan, generalmente, una actividad diurética suave o intermedia.¹⁵

3.11 IMPACTO DE LAS DETERMINANTES SOCIALES EN LA SALUD.

La organización del funcionamiento interno de las sociedades, a escala nacional y local, propicia la aparición de diversas formas de posición social y jerarquía, organizadas en función de los ingresos, educación, ocupación y otros factores. El lugar que cada individuo ocupa en la jerarquía social afecta sus condiciones de crecimiento, aprendizaje, vida, trabajo y envejecimiento, a su vulnerabilidad ante la mala salud y a las consecuencias de la enfermedad.¹⁷

Se entienden por determinantes sociales de la salud las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas.¹⁷ Entre estas determinantes se encuentran:

PROCEDENCIA: Se refiere al origen de una persona, en este sentido, puede asociarse a su tierra natal o a la de su familia.¹⁷

ESTADO CIVIL: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.¹⁷

NIVEL EDUCATIVO: Es el nivel de instrucción de una persona o el grado más elevado de estudios realizados o en curso.¹⁷

Se distinguen los siguientes niveles:

- **Analfabetas:** Personas que no saben leer ni escribir.
- **Primarias:** personas que saben leer y escribir pero no han terminado ningún tipo de estudios, incluye: educación infantil, educación primaria que abarca desde primer grado a sexto grado.
- **Secundarios:** Estudios que incluyen una educación levemente más compleja obligatoria. Que incluye los grados de séptimo a noveno grado.
- **Bachillerato:** es un nivel de estudio más avanzado, donde tiene un carácter voluntario, se puede desarrollar en dos a tres años.
- **Superiores:** forma parte de la educación avanzada que se puede clasificar en dos: técnico (con una duración de 3 años) o universitario (con una duración de 5 años a más).

OCUPACIÓN: La ocupación se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo.

TIPO DE FAMILIA: la familia se define los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.¹⁷ Debido a esta diversidad de lazos pueden existir diferentes de conformaciones:

- Familia nuclear: padres e hijos (si los hay).
- Familia extensa: además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines.
- Familia monoparental: en la que el hijo o hijos viven sólo con uno de los padres.
- Familia ensamblada: familia en la cual uno o ambos miembros de la actual pareja tiene uno o varios hijos de uniones anteriores.
- Otros tipos de familias: aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera.

RELIGIÓN: Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.¹⁷

Existen determinantes biológicas en el proceso salud-enfermedad, de las cuales se pueden mencionar:

EDAD: La edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad.¹⁷

COMORBILIDADES: La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario o el efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.¹⁶

4. HIPÓTESIS.

HIPÓTESIS GENERAL:

¿LA MAYORÍA DE MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS, DE LA UCSF POTRERO SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATIAS, LA LIBERTAD, UTILIZAN PRÁCTICAS MEDICAMENTOSAS Y/O NO MEDICAMENTOSAS PARA ALIVIAR SÍNTOMAS URINARIOS?

5. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACION.

DESCRIPTIVO Y DE CORTE TRANSVERSAL

El presente trabajo describe las principales prácticas de tratamiento en mujeres mayores de 15 años la UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF, San Matías, La Libertad en Abril a Junio del año 2017.

PERIODO DE INVESTIGACIÓN

ABRIL- JUNIO 2017.

UNIVERSO

El Universo de trabajo fueron todas las usuarias femeninas mayores de 15 años de las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad, con síntomas urinarios.

TOTAL DE 80 mujeres.

MUESTRA

El tipo de muestreo que se utilizó es no probabilístico por conveniencia, que este caso se decidió 50 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, debido a factores de disponibilidad de tiempo y recursos económicos.

VARIABLES

Variable dependiente: MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS CON SINTOMATOLOGÍA URINARIA.

Variable independiente:

- ✓ EDAD,
- ✓ PROCEDENCIA,
- ✓ ESTADO CIVIL,
- ✓ NIVEL EDUCATIVO,
- ✓ OCUPACIÓN,
- ✓ TIPO DE FAMILIA,
- ✓ RELIGIÓN
- ✓ EMBARAZO
- ✓ COMORBILIDADES EXISTENTES.
- ✓ SÍNTOMAS URINARIOS.
- ✓ PRÁCTICAS MEDICAMENTOSAS COMO NO MEDICAMENTOSAS.
- ✓ VÍA DE ADMINISTRACIÓN,
- ✓ DOSIS,
- ✓ DURACIÓN
- ✓ GRADO DE ALIVIO QUE PROPORCIONAN LOS MÉTODOS UTILIZADOS.

DEFINICIÓN DE CASO.

Paciente con sintomatología urinaria:

Paciente femenina mayor de 15 años, con uno o más de los siguientes **SÍNTOMAS** clínicos sin necesidad de comprobar por métodos de laboratorio:

- Disuria.
- Dolor costo lumbar.
- Poliaquiuria
- Oliguria.
- Tenesmo vesical.

- Urgencia urinaria.
- Nicturia.
- Dolor suprapúbico o espasmo vesical.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- SEXO FEMENINO.
- MAYORES DE 15 AÑOS.
- QUE PRESENTEN SÍNTOMAS URINARIOS SIN TRATAMIENTO MEDICO PREVIO.
- DISPUESTAS A PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.
- PACIENTES CON PRESENCIA O NO DE MORBILIDADES Y/O EMBARAZO.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- RENUENTES A LA ENTREVISTA.
- CONSULTA SUBSECUENTE DE SINTOMATOLOGIA URINARIA.
- CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS.
- ENFERMEDADES MENTALES O DISCAPACIDADES VERBALES Y AUDITIVAS.

OBJETIVO 1	VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	VALOR
CLASIFICAR EL GRUPO POBLACIONAL EN ESTUDIO SEGÚN FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y BIOLÓGICOS: EDAD, PROCEDENCIA, ESTADO CIVIL, NIVEL EDUCATIVO, OCUPACIÓN, TIPO DE FAMILIA, RELIGIÓN, EMBARAZO Y COMORBILIDADES EXISTENTES.	1. EDAD.	Tiempo vivido por un individuo en años.	Número de años cumplidos.	- 15 - 25 años -26 - 35 años - 36 - 45 años -46 - 55 años -Mayor de 55 años
	2. PROCEDENCIA.	Lugar de origen o principio de un individuo.	Área de vivienda actual de la persona entrevistada.	-Urbano -Rural
	3. ESTADO CIVIL.	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Situación legal, según su relación con otra persona.	-Soltera. -Acompañada. -Casada.
	4. NIVEL EDUCATIVO	Grado de aprendizaje en educación formal.	Número de años cursados de educación formal.	-Ninguno/ Analfabeta -Primaria -Secundaria -Bachillerato -Técnico

				- Universitario
	5. OCUPACIÓN.	Referencia a lo que determinada persona se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo parcial o completo obteniendo una remuneración a cambio.	Disposición de una ocupación remunerada o no.	- Ama de Casa -Estudiante -Empleo formal -Empleo informal -Otro
	6. TIPO DE FAMILIA.	Unión de personas que comparten un proyecto vital en común en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia con independencia del número de personas implicadas y del tipo de lazo que las une.	Conformación de grupo familiar con el que se convive.	-Nuclear -Extensa -Monoparental -Ensamblada -Vive sola

7. RELIGIÓN	Conjunto de creencias religiosas que determinan un grupo humano.	Creyente o no de alguna ideología religiosa.	<ul style="list-style-type: none"> - Católica -Evangélica -Testigos de Jehová -Ninguna -Otros
8. EMBARAZO	Es el periodo de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto.	Presencia o no de feto	<ul style="list-style-type: none"> Sí No
9. COMORBILIDADES	Aparición coincidente de dos o más trastornos en el mismo paciente.	Presencia de 1 o más trastornos, además del trastorno primario.	<ul style="list-style-type: none"> -Diabetes Mellitus. -Urolitiasis. -Vejiga neurogénica. -Cistocele. -Infección vaginal. -Enfermedad renal crónica. -Hipertensión arterial crónica. -Otros -Ninguno

OBJETIVO 2	VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	VALOR
<p>IDENTIFICAR LOS SÍNTOMAS URINARIOS MÁS COMUNES, POR LOS CUALES LAS PACIENTES DECIDEN UTILIZAR A PRACTICAS INDIVIDUALES O FAMILIARES</p>	<p>1.SÍNTOMAS URINARIOS</p>	<p>Síntomas urinarios: conjunto de síntomas que se producen por irritación de los órganos que conforman el tracto urinario.</p>	<p>Presencia de uno o más síntomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Disuria. -Dolor costo lumbar. -Poliaquiuria -Oliguria. -Tenesmo vesical. -Urgencia urinaria. -Nicturia. -Dolor suprapúbico o espasmo vesical.

OBJETIVO 3	VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	VALOR
DESCRIBIR LAS PRÁCTICAS MEDICAMENTOSAS COMO NO MEDICAMENTOSAS USADAS POR EL GRUPO POBLACIONAL EN ESTUDIO.	1.PRÁCTICAS MEDICAMENTOSAS	Es el tratamiento de una condición patológica verdadera o imaginaria, con medicamentos siendo seleccionados sin supervisión médica.	Uso de uno o más practicas	Uso de : -Antibióticos. -Analgésicos. -Diurético. -Medicina biológica y homeopática -Otros
	2.PRÁCTICAS NO MEDICAMENTOSAS	Actividades que las personas emprenden por su propia cuenta, con el fin de seguir viviendo, mantener la salud y prolongar el desarrollo personal sin la necesidad estricta de utilización de medicamentos.		Uso de : -Bebidas. -Hiervas -Rituales -Oraciones -Amuletos -Otros

OBJETIVO 4	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	VALOR	
DEFINIR LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN, DOSIS, DURACIÓN Y ALIVIO QUE PROPORCIONAN LOS MÉTODOS UTILIZADOS.	1.VÍA DE ADMINISTRACIÓN	Es la ruta de entrada por el cual se introduce un fármaco al organismo para producir sus efectos.	Forma de aplicación de medicamento.	<ul style="list-style-type: none"> -Intravenoso -Intramuscular -Oral -Tópico -Inhalado - Anal -Vaginal 	
	2.DOSIS	Cantidad del principio activo de un medicamento, expresado en unidades de volumen o peso por unidad de toma en un período de tiempo	Horario y cantidad de medicamento administrado.	<p>Horario:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diario -Días alternos -1 vez por semana -1 vez por mes -Cada 12 horas -Cada 8 horas -Cada 6 horas -Cada 4 horas -Otro <p>Cantidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> -1 tableta/día. -2 tabletas/día. -3 tabletas/día. -4 tabletas/día. ->5 tabletas/día. 1-2 vasos/día. 3-4 vasos/día. >5 vasos/día. Una vez al día -Cada 4 horas Cada 6 horas Cada 8 horas Cada 12 horas 1 vez por mes. -Otra:_____. 	

	3.DURACIÓN	Tiempo de permanecer en una característica o condición de algo.	Total de días del tratamiento	-1-3 días. -4-6 días. -7-10 días. -11-15 días. -16-20 días. -1 mes. Otro:_____.
	4.ALIVIO	Disminución de una molestia, o dolor.	Grado de disminución de sintomatología	-Leve -Moderado -Total -Ninguno

FUENTE DE INFORMACIÓN

Fuente primaria: pacientes femeninas mayores de 15 años con sintomatología urinaria.

Fuente secundaria: Expediente Clínico, registros de consulta diaria, libros, revistas científicas, guías clínicas.

TECNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

1. Entrevista.

Se realizó a toda usuaria mayor de 15 años con síntomas urinarios, sin necesidad de confirmación de etiología por métodos de laboratorio, que además estuvieron dispuestas a colaborar con la investigación en el periodo de abril-junio 2017.

2. Revisión de expedientes clínicos.

Se revisó la historia clínica plasmada en el expediente clínico de cada una de las usuarias participantes en la investigación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

- ✓ La información fue brindada de forma voluntaria y no fue obligación responder cualquier interrogante, que le causó incomodidad.
- ✓ La información proporcionada por la persona no fue alterada, a favor o en contra de la investigación que se realizó.
- ✓ Al momento de aplicar el instrumento para recopilación de datos se informó a las personas que toda la información procesada, es de carácter confidencial.
- ✓ Se dio a conocer a las personas que la información que nos brindaron se utilizó con fines académicos, sin fines de lucro ni interés político.

- ✓ No se ofreció incentivos de ningún tipo por su colaboración, durante el desarrollo de la investigación.
- ✓ Se utilizó el lenguaje adecuado, de acuerdo a la población; teniendo en cuenta el grado académico de la persona y se mantuvo una actitud respetuosa en todo momento.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

La fuente de obtención de los datos fue, a partir de la población femenina mayor de 15 años consultante en UCSF, Potrero Sula y UCSF, San Matías, La Libertad, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. La información fue obtenida, a través de la técnica de entrevistas; utilizando como apoyo el instrumento **guía de entrevista**. Las preguntas fueron divididas en base a los 4 objetivos propuestos en el protocolo de investigación, con el fin de cubrir cada uno de ellos.

PROCESAMIENTO DE DATOS.

Para la organización, tabulación y procesamiento de la información recolectada se utilizó los recursos de Microsoft Office Excel y Word. Dichos programas permitieron que la información, fuera fácilmente ordenada y tabulada para su procesamiento y análisis.

PRESENTACIÓN DE DATOS.

Para procesar los datos se utilizaron tabulaciones y programas computarizados, con el propósito de proveer el análisis de los resultados obtenidos de la población entrevistada de una forma sencilla. Posteriormente, se realizó el recuento o la cuantificación de la frecuencia con que aparecen las diferentes variables o característica, medidas a través de la entrevista efectuada la recolección de los datos; se ejecutaron los siguientes pasos: descripción, análisis y generalización, para la descripción se utilizó la forma de presentación de gráficas de barra simple.

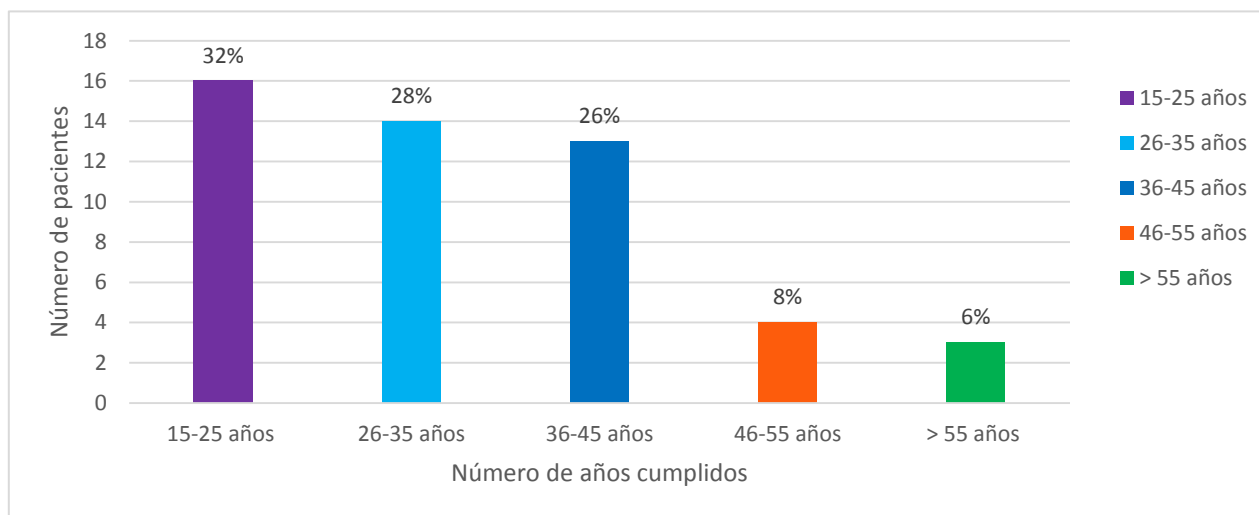
6. RESULTADOS.

OBJETIVO 1:

Clasificar el grupo poblacional en estudio, según factores socio-demográfico y biológicos edad, procedencia, estado civil, nivel educativo, ocupación, tipo de familia, religión, embarazo y comorbilidades existentes.

GRÁFICO 1:

CLASIFICACIÓN SEGÚN EDAD, DE MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS, CON SINTOMATOLOGÍA URINARIA QUE CONSULTARON EN UCSF POTRERO SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATIAS, LA LIBERTAD EN ABRIL – JUNIO DE 2017.

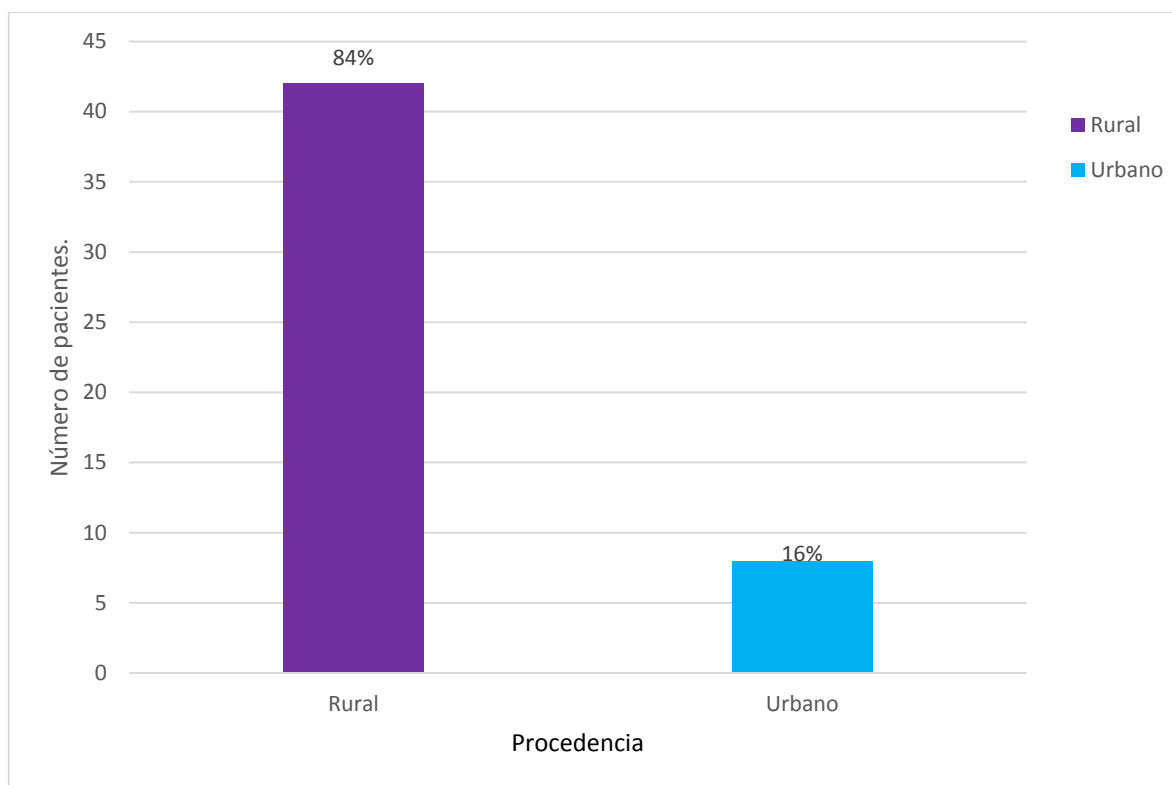


Fuente de Información: Guía de entrevista “ Practicas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

Se evidencia que la mayor parte de la población femenina, oscila entre las edades de 15 a 25 años en un 32% (16 pacientes), siguiendo aquellas mujeres de 26 a 35 años en un 28% (14 pacientes), en tercer lugar, las edades entre 36 a 45 años con 26% (13 pacientes) , seguido de las consultantes cuyas edades se encuentran entre 46-55 años que representan un 8% de la población (4 pacientes) y por último, se observa que las mujeres mayores de 55 años consultaron en menor porcentaje en solo 6% (3 pacientes).

GRÁFICO 2:

CLASIFICACIÓN SEGÚN PROCEDENCIA DE LAS MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS, CON SINTOMATOLOGÍA URINARIA QUE CONSULTARON EN UCSF POTRERO SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATIAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017.

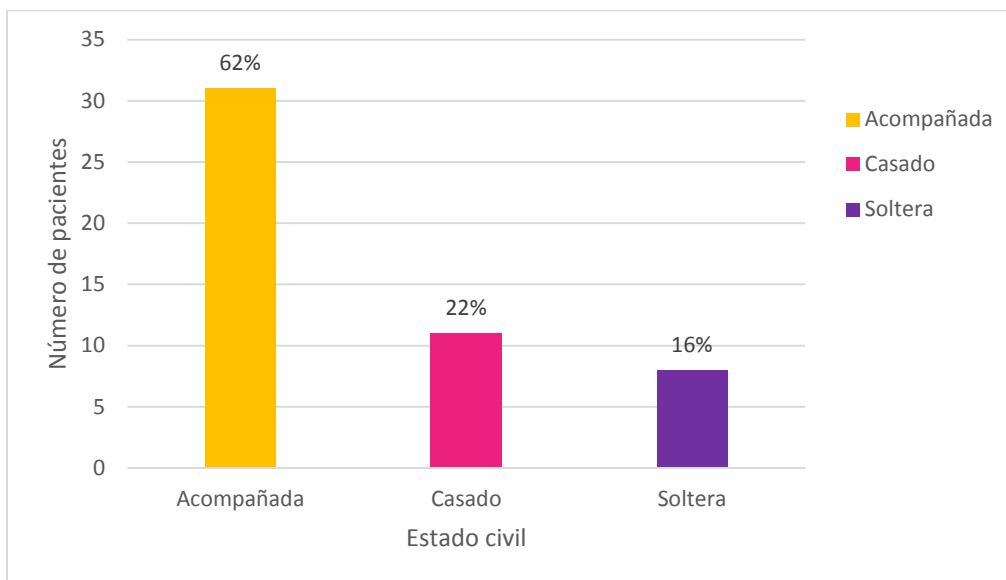


Fuente de Información: Guía de entrevista “ Practicas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”

Se muestra que la mayor parte de las mujeres mayores de 15 años con sintomatología que consultaron en las UCSF de Potrero Sula y UCSF San Matías, proceden del área rural 84% (42 pacientes) y en menor proporción al área urbana en un 16% (8 pacientes).

GRÁFICO 3:

CLASIFICACIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS, CON SINTOMATOLOGÍA URINARIA QUE CONSULTARON EN LAS UCSF POTRERO SULA, CHALATENANGO Y SAN MATÍAS, LA LIBERTAD, EL PERIODO ABRIL-JUNIO 2017.

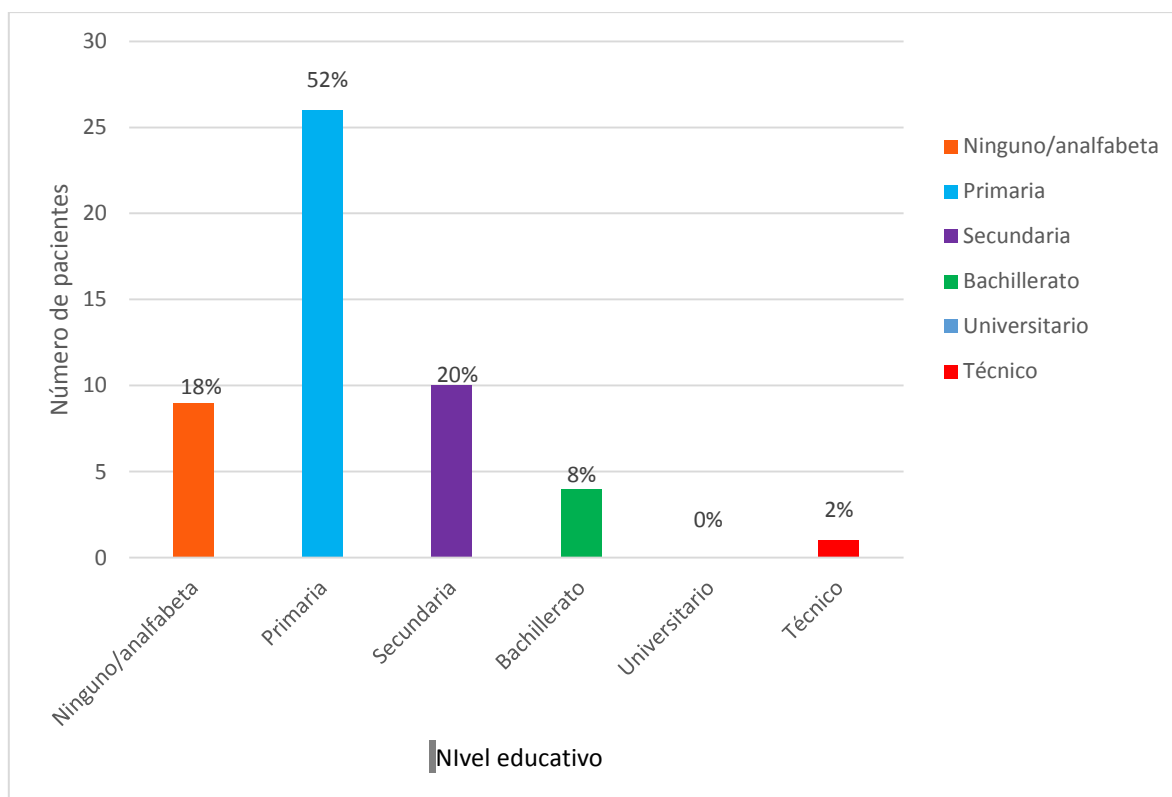


Fuente de Información: Guía de entrevista “Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

Se observa que la mayor parte de la población en estudio, en su estado civil se encuentran acompañadas en un 62% (31 pacientes), en segundo lugar casadas 22% (11 pacientes) y el tercer lugar corresponde a la población soltera con 16% (8 pacientes).

GRÁFICO 4:

CLASIFICACIÓN SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, DE LAS MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS, CON SINTOMATOLOGÍA URINARIA QUE CONSULTARON EN UCSF POTRERO SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATIAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017.

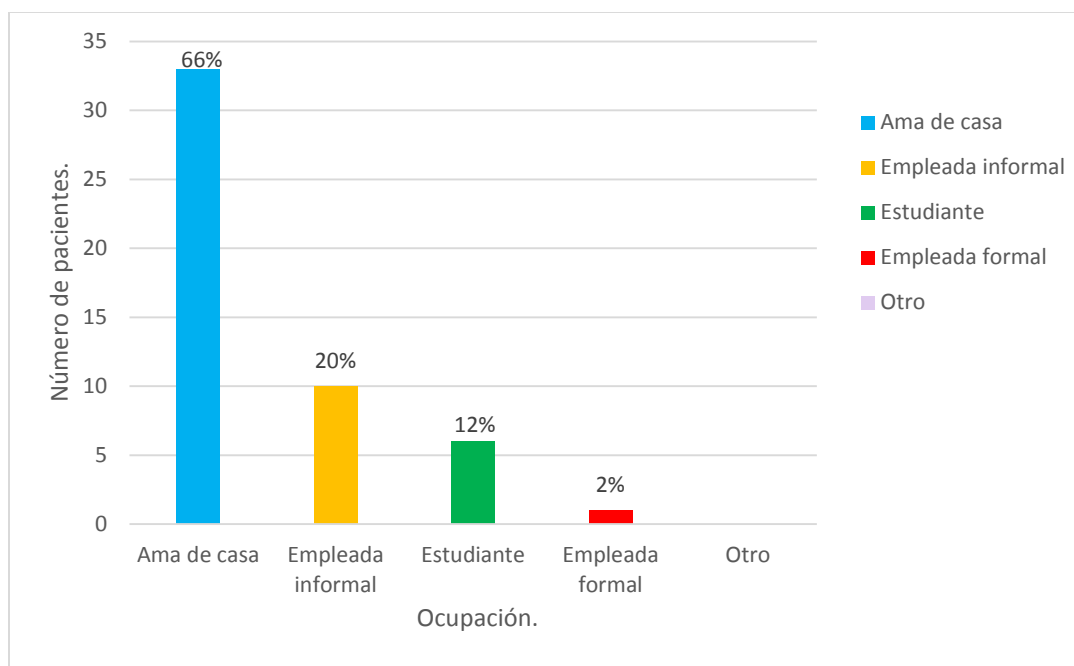


Fuente de Información: Guía de entrevista “ Practicas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

Se evidencia que la mayor parte del grupo en estudio, alcanza hasta primaria con un 52% (26 pacientes), en segundo lugar: nivel de secundaria con 20% (10 pacientes), seguida de aquellas mujeres analfabetas con 18% (9 personas) o que no cuentan con ningún nivel educativo, en cuarto lugar se encuentran aquellas que cuentan con bachillerato con un 8% (4 pacientes) y en mínima proporción en un 2% con técnico (1 paciente). Además no se encontró ninguna mujer con título universitario.

GRÁFICO 5:

CLASIFICACIÓN SEGÚN OCUPACIÓN, DE LAS MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS, CON SINTOMATOLOGÍA URINARIA QUE CONSULTARON EN UCSF POTRERO SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATIAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017.

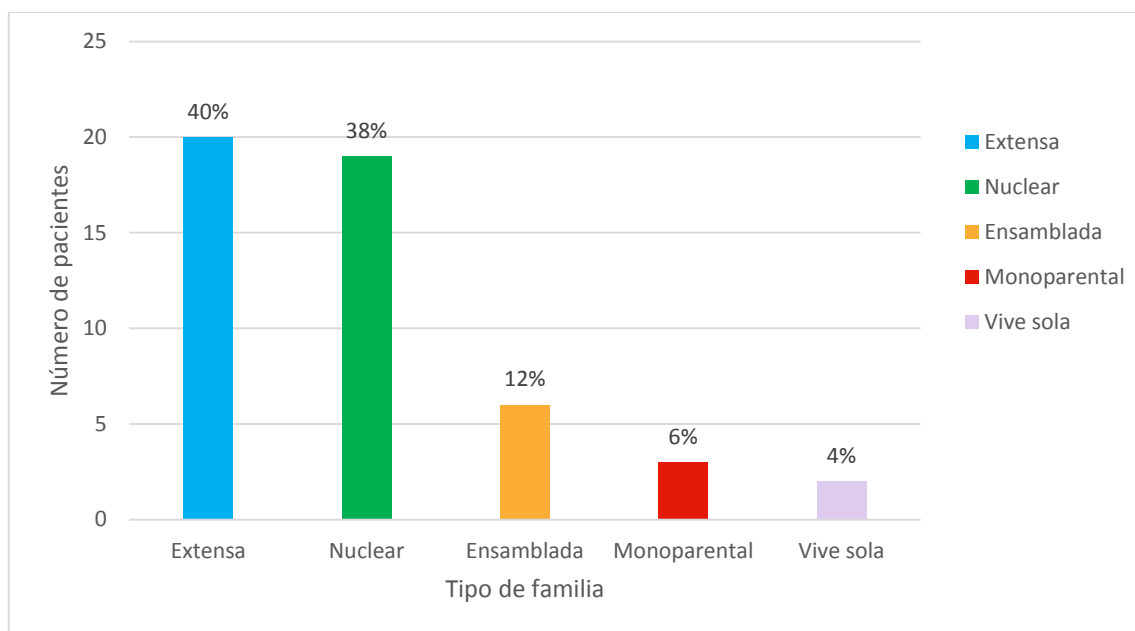


Fuente de Información: Guía de entrevista “ Practicas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

La mayor parte de las mujeres mayores de 15 años con sintomatología urinaria que consultaron en las UCSF de estudio, son amas de casa en un 66% (33 pacientes), en segundo lugar empleo informal con 20% (10 pacientes), además 12% son estudiantes (6 pacientes) y en solo 2% se encontraron trabajadoras con un empleo formal (1 persona).

GRÁFICO 6:

CLASIFICACIÓN SEGÚN TIPO DE FAMILIA, DE LAS MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS, CON SINTOMATOLOGÍA URINARIA QUE CONSULTARON EN UCSF POTRERO SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATÍAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017.

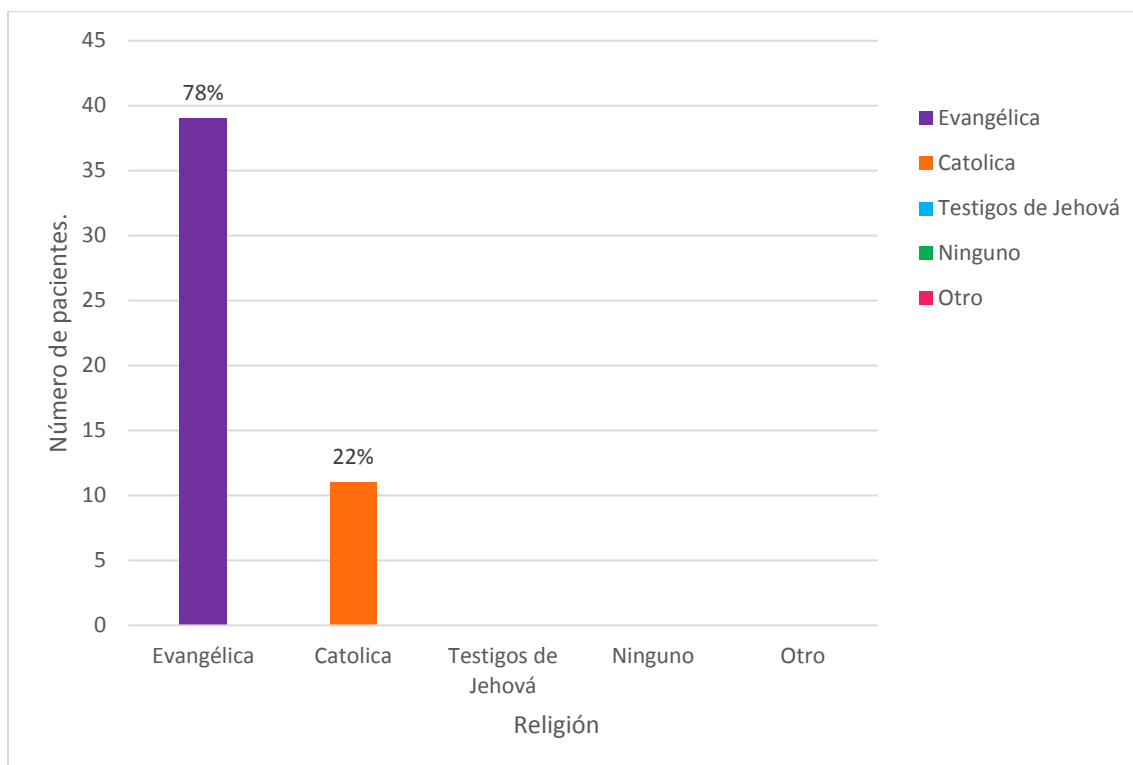


Fuente de Información: Guía de entrevista “ Practicas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

Se muestra que la mayor parte de las pacientes pertenecen a una familia extensa con un 40% (20 personas); seguido de 38% (19 pacientes) que cuentan con familia nuclear; ensamblada un 12% (6 pacientes); monoparental 6% (3 pacientes) y por último, vive sola 4% (2 pacientes).

GRÁFICO 7:

CLASIFICACIÓN SEGÚN RELIGIÓN, DE LAS MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS, CON SINTOMATOLOGÍA URINARIA QUE CONSULTARON EN UCSF POTRERO SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATÍAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017.

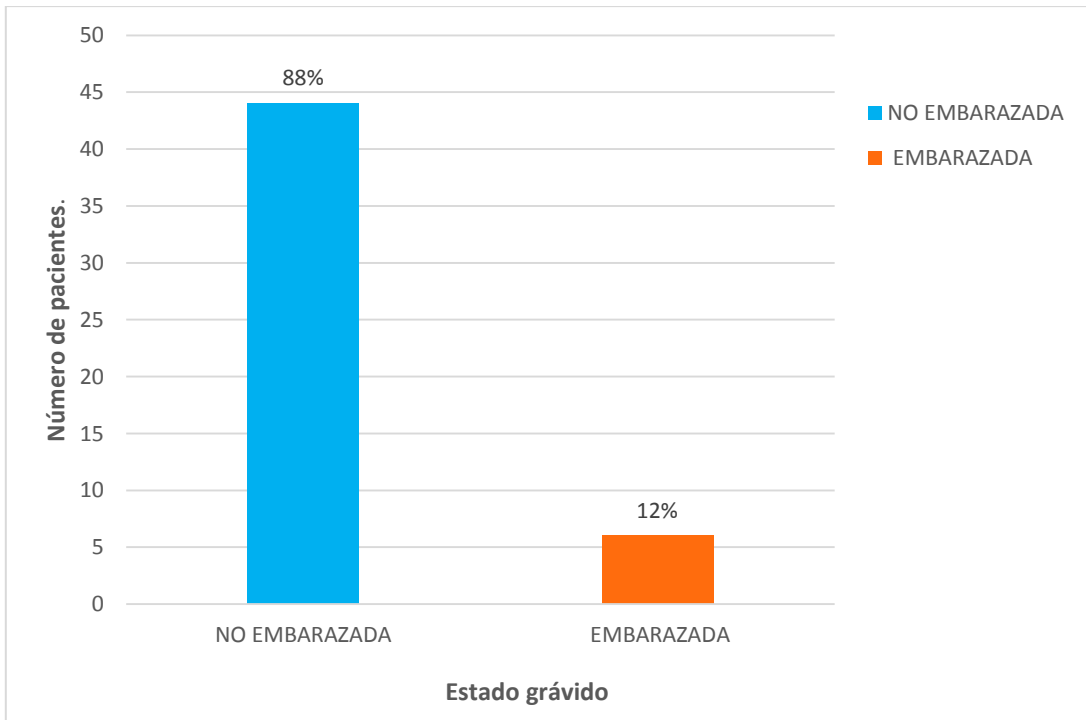


Fuente de Información: Guía de entrevista “Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

En el presente gráfico se muestra que la mayoría de las mujeres entrevistadas practican la religión evangélica con 78% (39 pacientes), siguiendo en porcentaje la religión católicas con 22% (11 pacientes); no hay ninguna paciente testigo de Jehová, ni de otra religión.

GRÁFICO 8:

CLASIFICACIÓN SEGÚN ESTADO GRÁVIDO, DE LAS MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS, CON SINTOMATOLOGÍA URINARIA QUE CONSULTARON EN LAS UCSF SAN POTRERO SULA, CHALATENANGO Y SAN MATÍAS, LA LIBERTAD EN EL PERÍODO DE ABRIL-JUNIO 2017.

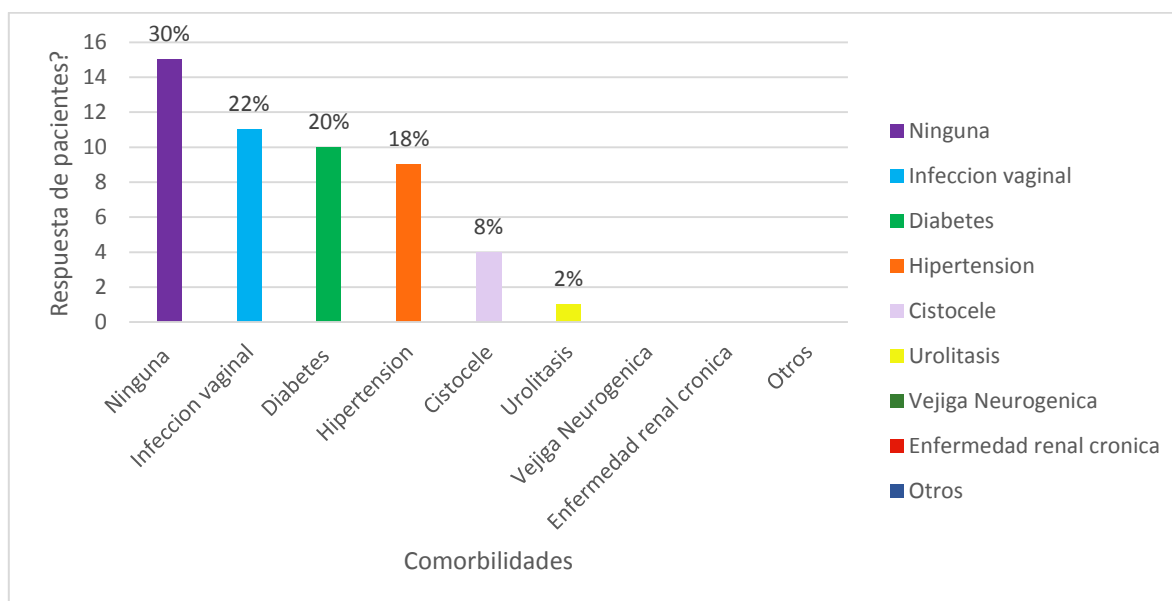


Fuente de Información: Guía de entrevista “ Practicas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

La mayor parte de las mujeres mayores de 15 años 88% resultaron no estar embarazadas (44 pacientes), y un menor porcentaje de 12% (6 pacientes) se encontraron en estado de gravidez.

GRÁFICO 9:

CLASIFICACIÓN DEL GRUPO POBLACIONAL, SEGÚN COMORBILIDADES QUE PADECEN LAS MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS, CON SINTOMATOLOGÍA URINARIA QUE CONSULTARON EN UCSF POTRERO SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATIAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017.



Fuente de Información: Guía de entrevista “Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

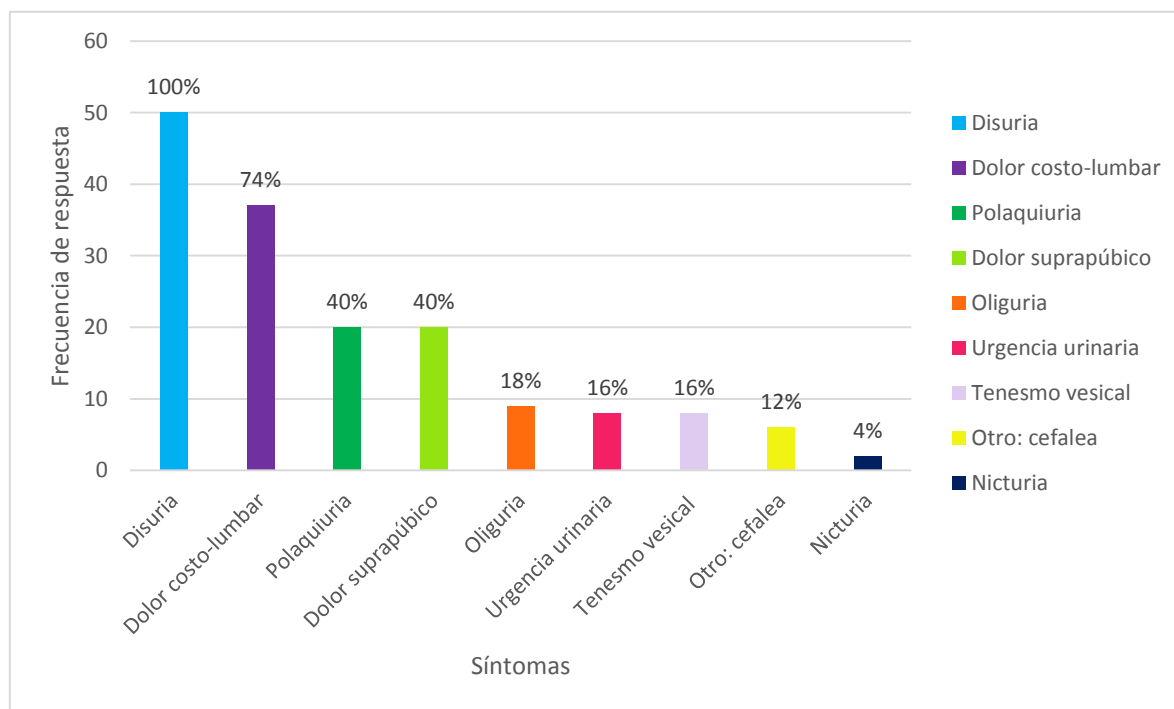
La mayor parte del grupo, 30 %, no tiene comorbilidades (15 pacientes); mientras que otro considerable grupo resultó con infección vaginal, 22% (11 pacientes), seguido de Diabetes Mellitus 20% (10 pacientes); 18% de las entrevistadas manifestaron Hipertensión Arterial (9 pacientes), mientras que 8% padecen de Cistocele (4 pacientes) y solo un 2% manifestó padecer de Urolitiasis (1 paciente). Ninguna paciente presentó vejiga neurogénica, ni daño renal.

OBJETIVO 2:

Identificar los síntomas urinarios más comunes por los cuales las pacientes deciden utilizar prácticas de tratamiento.

GRÁFICO 10:

SÍNTOMAS URINARIOS MÁS COMUNES POR LOS CUALES LAS PACIENTES FEMENINAS MAYORES DE 15 AÑOS CONSULTANTES DE LA UCSF POTRERO SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATÍAS, LA LIBERTAD, DECIDIERON UTILIZAR PRÁCTICAS DE TRATAMIENTO DURANTE EL PERÍODO ABRIL-JUNIO 2017.



Fuente de Información: Guía de entrevista “ Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

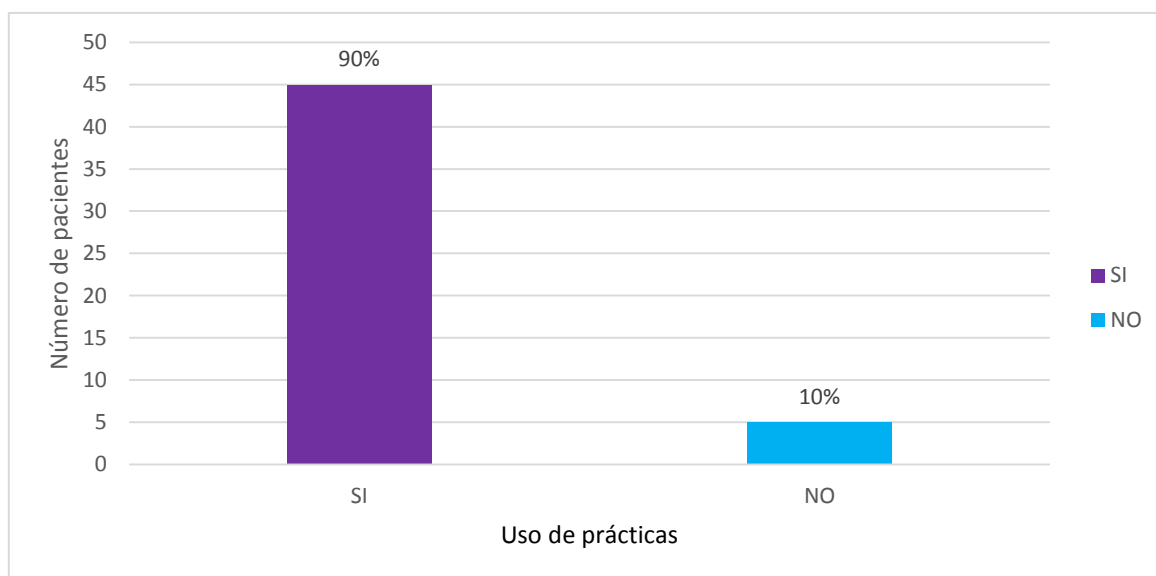
El gráfico muestra la sintomatología urinaria más común que presentaron las pacientes, en donde disuria se encuentra en el 100% (50 pacientes); seguido de dolor costolumbar con 74% (37 pacientes); dolor supra púbico y poliaquiuria, ambas con 40% (20 pacientes), respectivamente. Oliguria con 18% totalizando 9 pacientes; tenesmo vesical 16% (8 pacientes), urgencia urinaria también con 16% (8 pacientes). Cefalea con 12% (6 pacientes) y nicturia 4% (2 pacientes).

OBJETIVO 3:

Describir las prácticas tanto medicamentosas como no medicamentosas usadas por el grupo poblacional en estudio.

GRÁFICO 11:

USO DE PRÁCTICAS DE TRATAMIENTO PARA ALIVIAR SÍNTOMAS URINARIOS EN MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS QUE CONSULTAN EN LA UCSF P. SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATÍAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017.

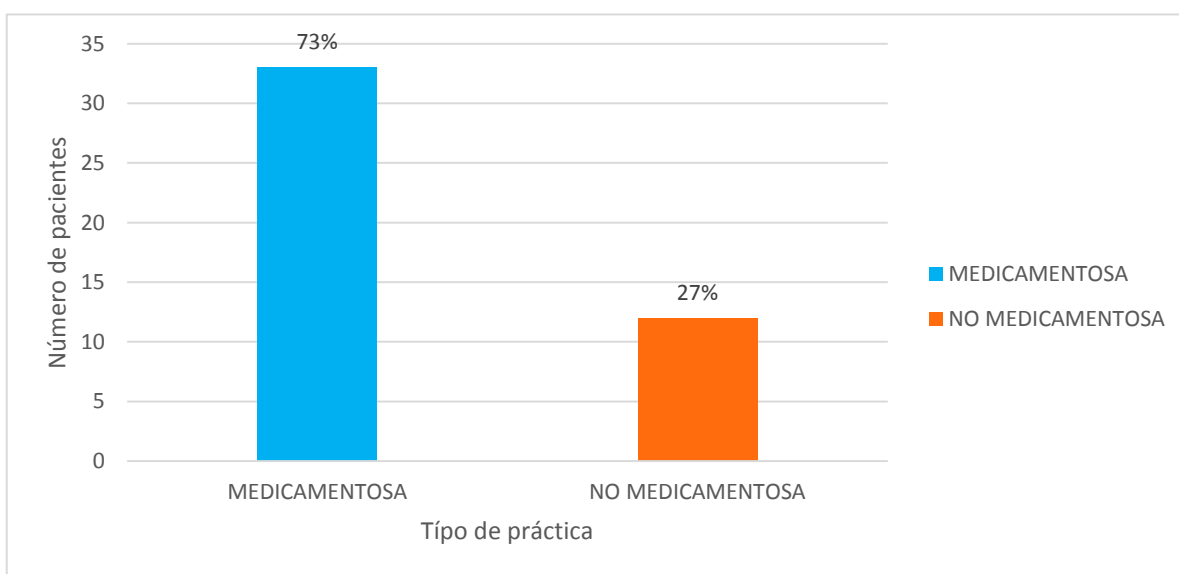


Fuente de Información: Guía de entrevista “ Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

En el gráfico se muestra que la mayor parte de las pacientes 90% (45 pacientes), optó por utilizar prácticas de tratamiento tanto medicamentosas como no medicamentosas y sólo 10% decidió no utilizar ningún tipo de práctica (5 pacientes).

GRÁFICO 12:

USO DE PRÁCTICAS MEDICAMENTOSAS Y NO MEDICAMENTOSAS UTILIZADAS POR MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS QUE CONSULTAN EN LA UCSF P. SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATÍAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017

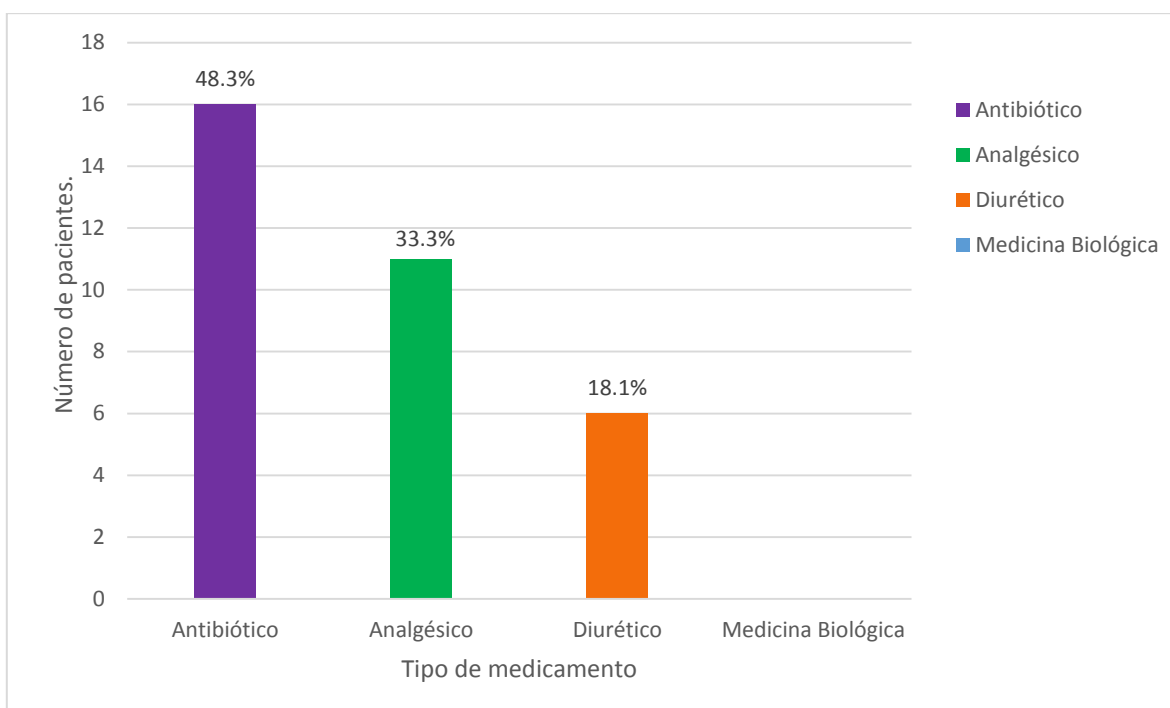


.Fuente de Información: Guía de entrevista “ Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

Del total de paciente que afirmaron haber usado alguna práctica de tratamiento (45 pacientes), se muestra que el 73% (33 pacientes) utilizaron prácticas medicamentosas y un 27% (12 pacientes) optaron por prácticas no medicamentosas.

GRÁFICO 13:

TIPO DE MEDICAMENTO UTILIZADO PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS URINARIOS EN MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS QUE CONSULTAN EN LA UCSF P. SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATÍAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017.

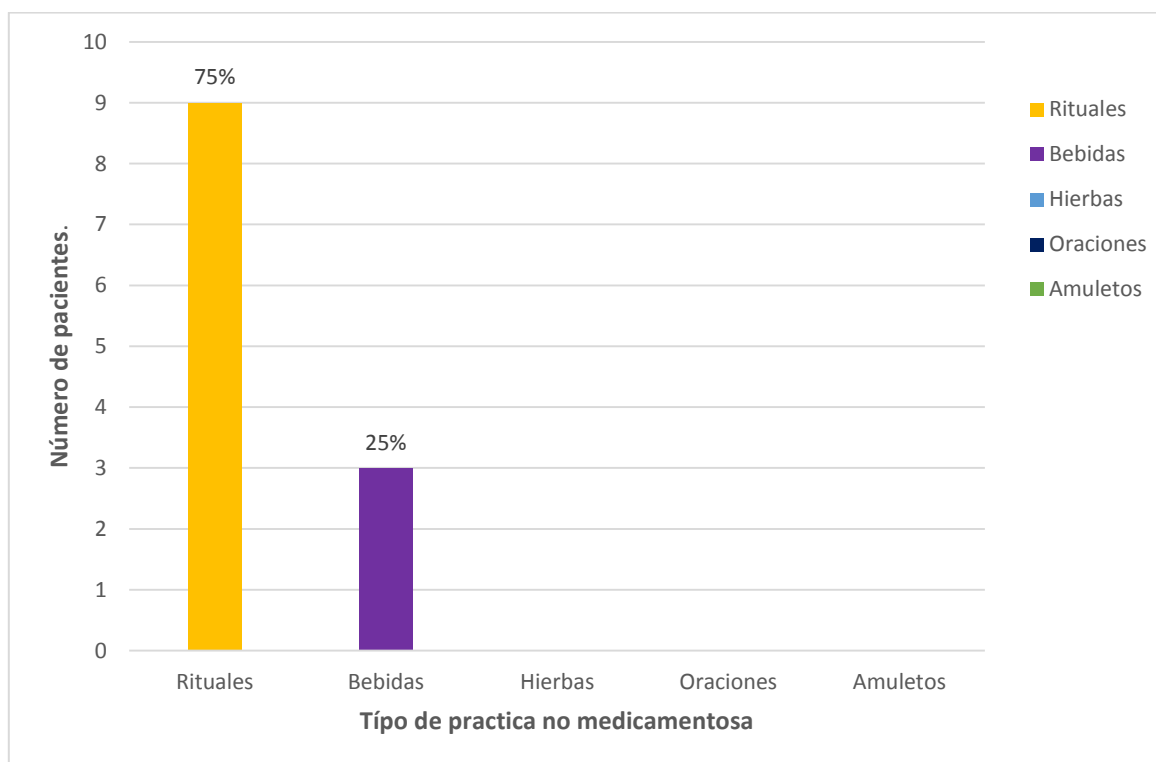


Fuente de Información: Guía de entrevista “ Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

Del total de las 33 pacientes que afirmaron haber usado medicamentos sin prescripción médica, 48.3%(16 pacientes) usó antibiótico, 33.3% (11 pacientes) utilizaron analgésicos y por último 18.1% usó diurético (6 personas). Ninguna paciente utilizó la medicina biológica.

GRÁFICO 14:

USO DE PRÁCTICAS NO MEDICAMENTOSAS PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS URINARIOS QUE PRESENTAN LAS MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS QUE CONSULTAN EN LA UCSF P. SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATÍAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017.

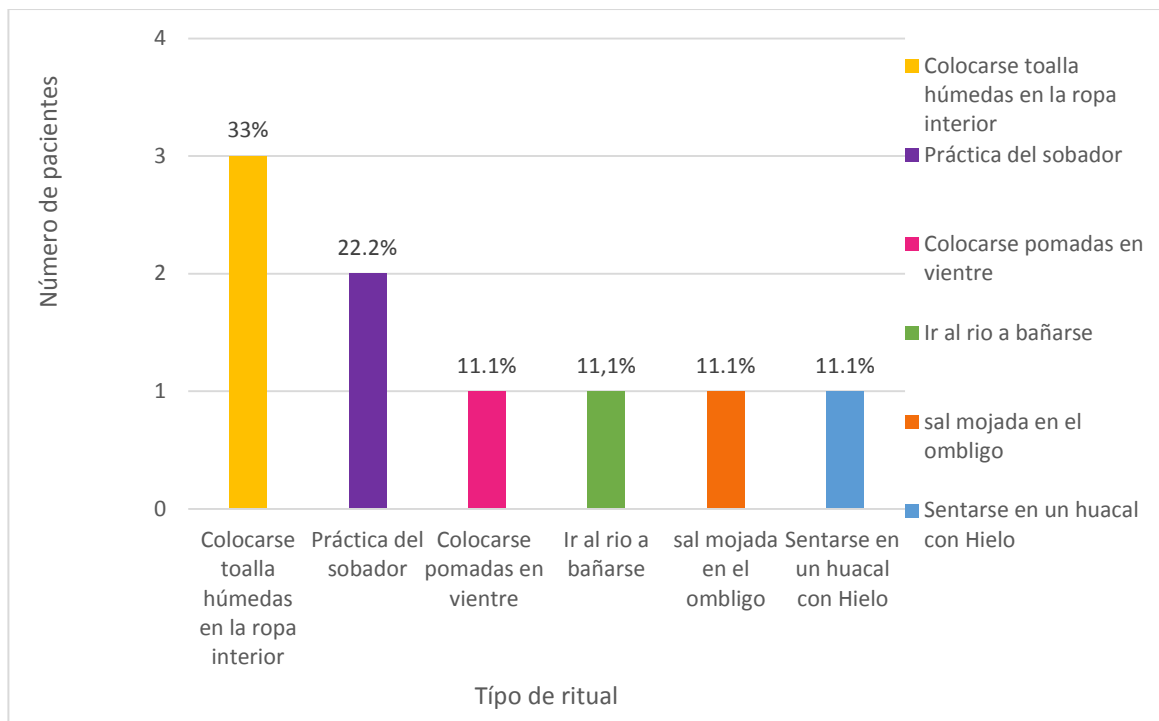


Fuente de Información: Guía de entrevista “ Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

Del total de pacientes que eligieron prácticas no medicamentosas (12 pacientes), el 75% afirmó utilizar rituales (9 pacientes), mientras que el 25% (3 pacientes) aseguró usar bebidas. Ninguna paciente utilizó hierbas, oraciones ni amuletos.

GRÁFICO 15:

USO DE RITUALES PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS URINARIOS QUE PRESENTAN LAS MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS QUE CONSULTAN EN LA UCSF P. SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATÍAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017.

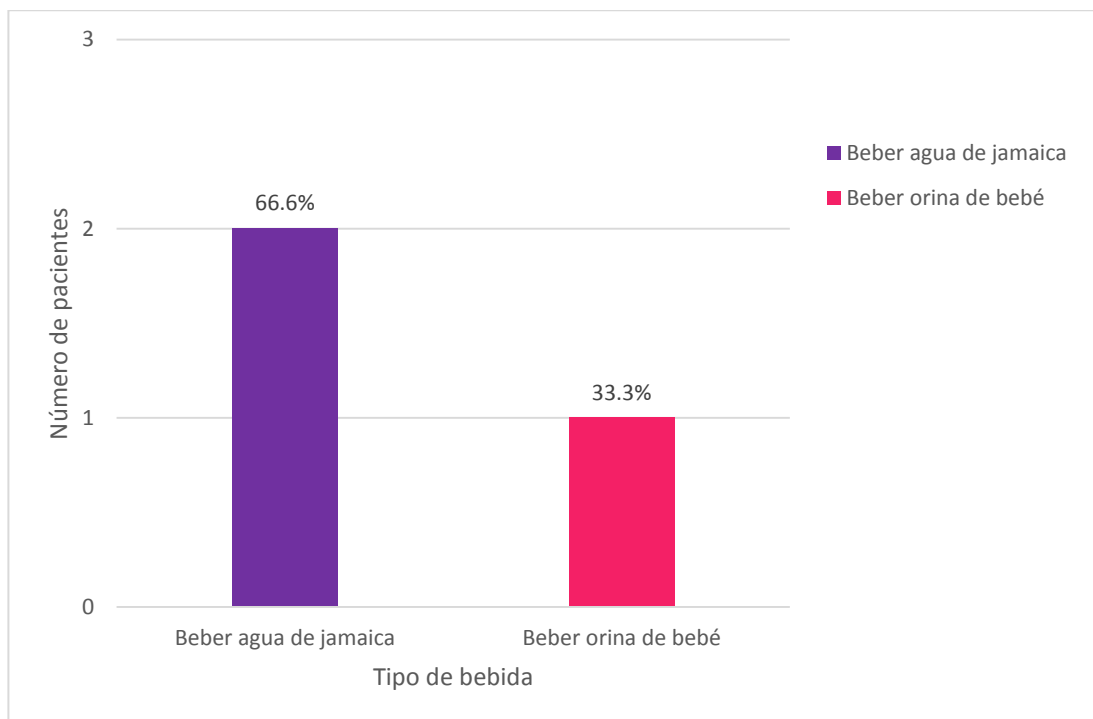


Fuente de Información: Guía de entrevista “ Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017.”

Del total de pacientes que afirmaron practicar rituales (9 pacientes), se muestra que el 33% (3 pacientes) afirma colocar toallas húmedas en la ropa interior, un 22.2% (2 pacientes) asiste al sobador y un 11.1% (1), respectivamente decidió ir al río a bañarse, usar pomadas en vientre, colocar sal mojada en el ombligo y sentarse en huacal con hielo para mitigar su sintomatología urinaria.

GRÁFICO 16:

USO DE BEBIDAS PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS URINARIOS QUE PRESENTAN LAS MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS QUE CONSULTAN EN LA UCSF P. SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATÍAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017.



Fuente de Información: Guía de entrevista “ Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

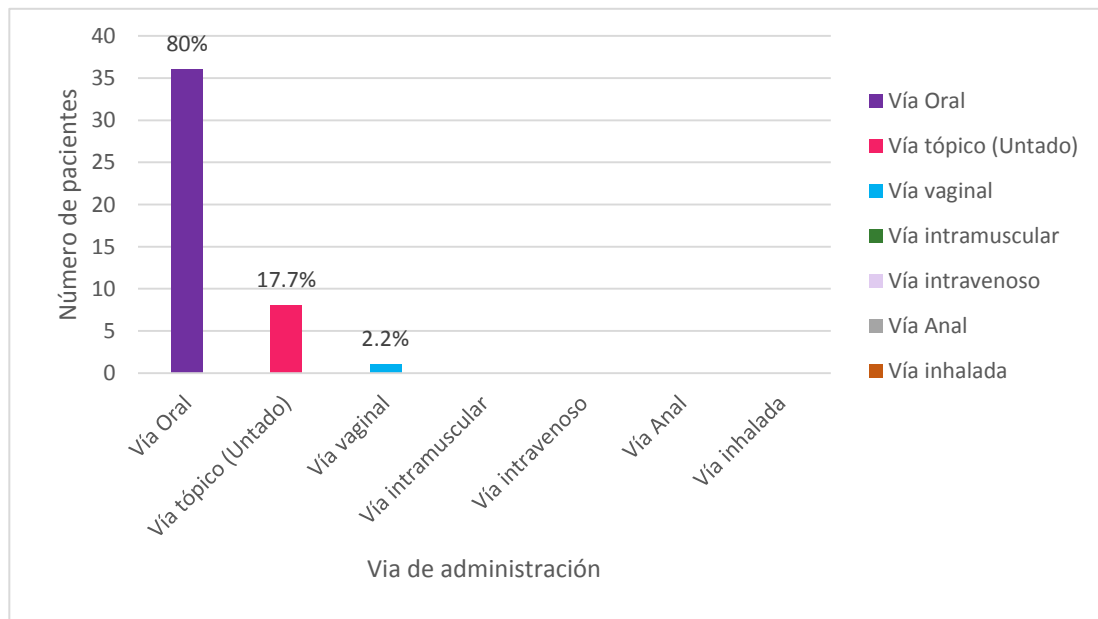
Del total de pacientes que afirmaron haber usado bebidas (3 pacientes), el 66.6% (2 pacientes) bebieron agua de Jamaica; mientras que un 33.3% (1 paciente) ingirió orina de bebé.

OBJETIVO 4:

Definir la vía de administración, dosis, duración y alivio que proporcionan los métodos utilizados.

GRÁFICO 17:

VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LA PRÁCTICA DE TRATAMIENTO UTILIZADA PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS URINARIOS QUE PRESENTAN LAS MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS QUE ACEPTARON HABER USADO ALGUNA PRÁCTICA DE TRATAMIENTO EN LA UCSF P. SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATÍAS, LA LIBERTAD ABRIL - JUNIO 2017.

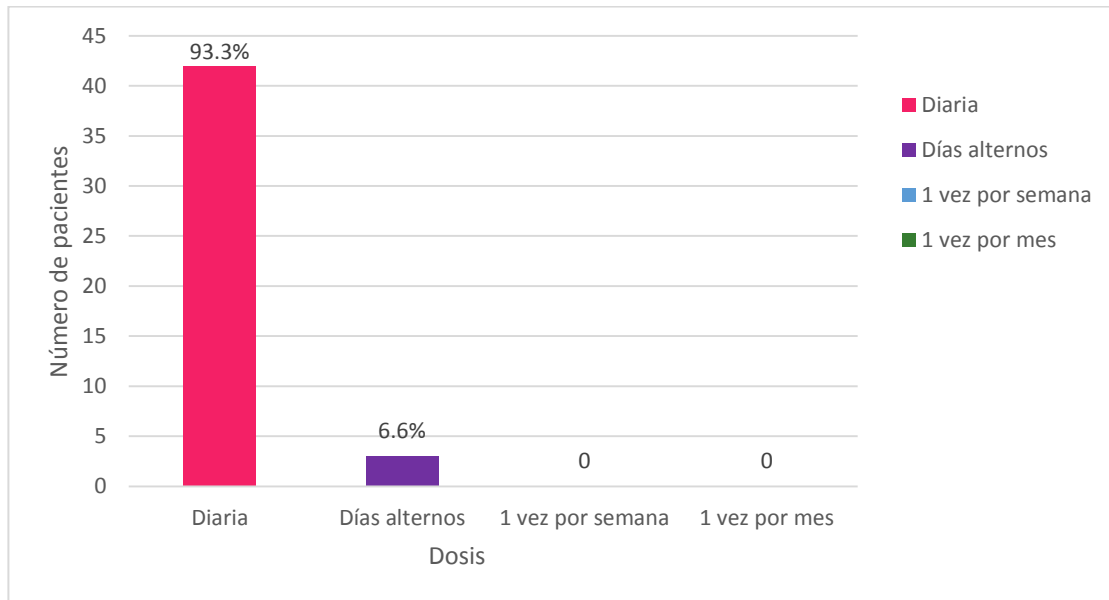


Fuente de Información: Guía de entrevista “ Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

Este gráfico muestra que del total de pacientes que usaron una práctica de tratamiento (45 pacientes), el 80% (36 pacientes) fue a través de la vía oral, un 17.7% (8 pacientes) vía tópica y por último vía vaginal un 2.2% (1 paciente). No se reflejó ninguna paciente que utilizara medicamentos por vía intramuscular, intravenosa, anal o por vía inhalada.

GRÁFICO 18:

DOSIS DE LAS DIFERENTES PRÁCTICAS DE TRATAMIENTO UTILIZADAS POR MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS CON SINTOMATOLOGÍA URINARIA EN LA UCSF P. SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATÍAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017.

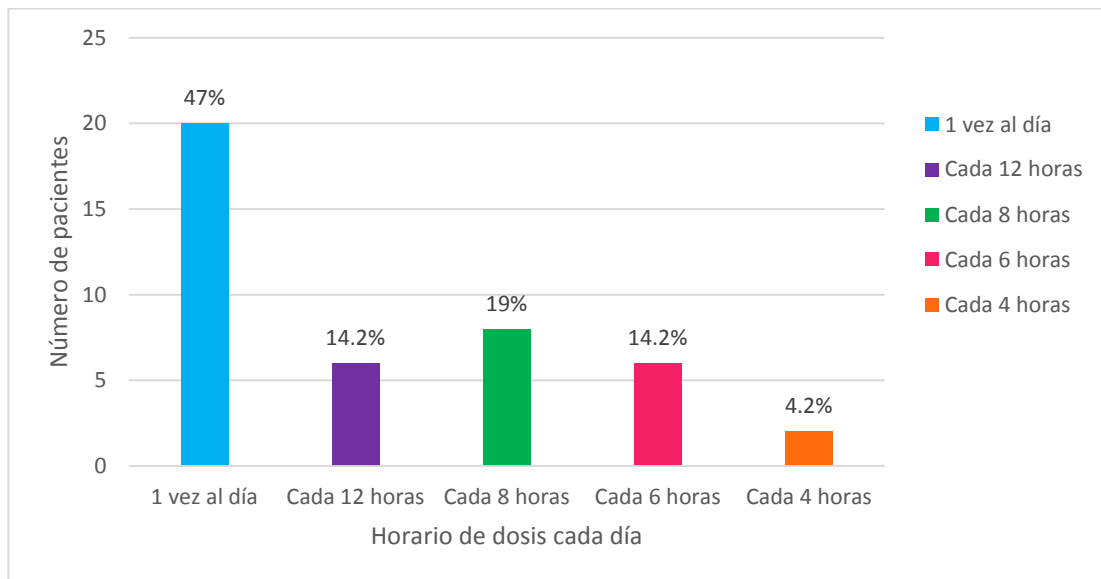


Fuente de Información: Guía de entrevista “ Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

Se observa que del total que reconocieron haber usado alguna práctica de tratamiento (45 pacientes), la dosificación más frecuente fue la diaria con un 93.3% (42 pacientes); mientras que un 6.6% (3 pacientes) utiliza las prácticas en días alternos. Ninguna paciente escogió una vez por semana y una vez por mes.

GRÁFICO 19:

DOSIFICACIÓN DIARIA DE LA PRÁCTICA DE TRATAMIENTO UTILIZADA POR MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS CON SINTOMATOLOGÍA URINARIA EN LA UCSF P. SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATÍAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017.

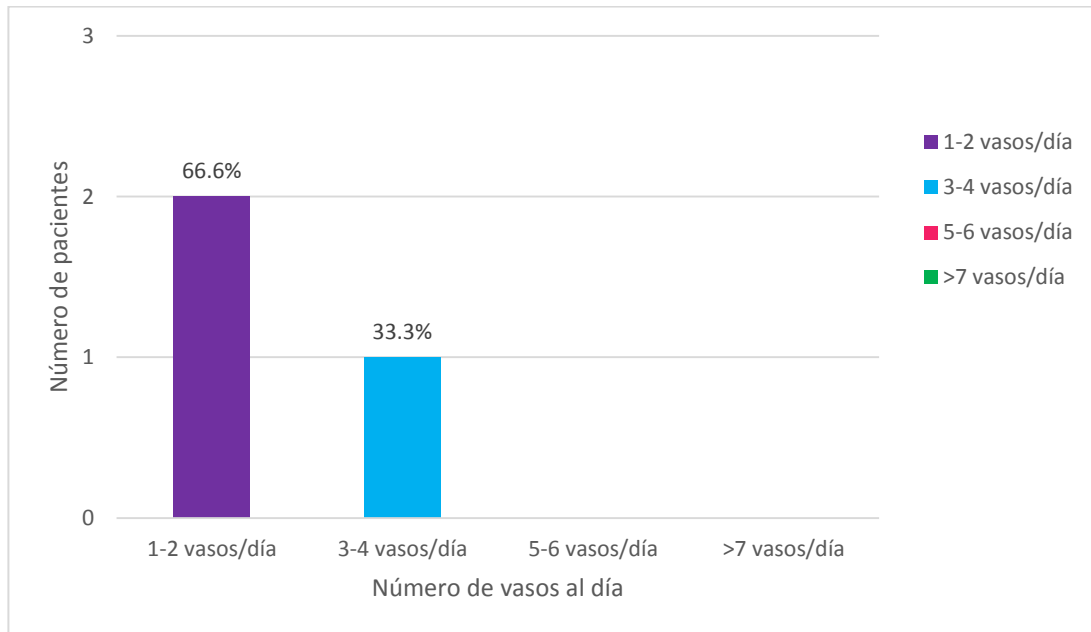


Fuente de Información: Guía de entrevista “ Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

Del total de pacientes que afirmaron que usaban las prácticas de forma diaria (42 pacientes), se muestra que el 47% (20 pacientes) usan 1 vez al día el tratamiento; el 19% (8 pacientes) cada 8 horas; 14.2% (6 pacientes) se encuentra cada 6 horas, con mismo porcentaje 14.2% (6 pacientes) cada 12 horas. Por último 4.2% (2 pacientes) que representa cada 4 horas.

GRÁFICO 20:

CANTIDAD DE LÍQUIDO USADA COMO PRÁCTICA DE TRATAMIENTO POR MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS CON SINTOMATOLOGÍA URINARIA EN LA UCSF P. SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATÍAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017.

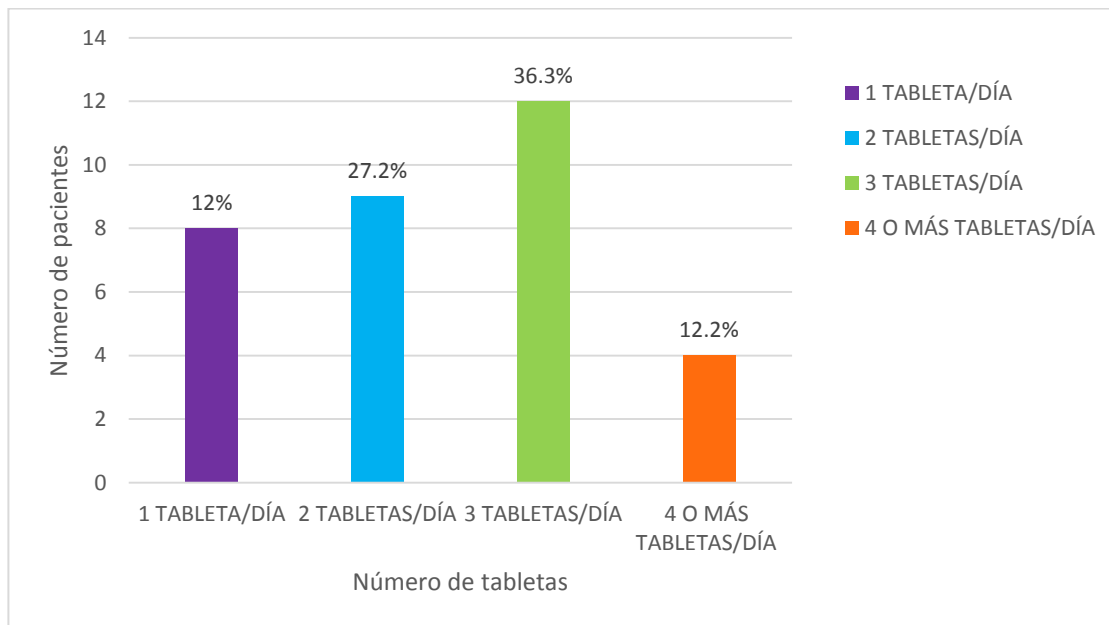


Fuente de Información: Guía de entrevista “ Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

Del total de las pacientes que afirmaron ingerir bebida como práctica de tratamiento (3 pacientes), el 66.6% (2 pacientes) ingirió 1-2 vasos/ día, mientras que el 33.3% (1 paciente) bebió 3-4 vasos/ día. Ninguna paciente ingirió de 5 a más vasos.

GRÁFICO 21:

CANTIDAD DE TABLETAS USADAS, COMO PRÁCTICA DE TRATAMIENTO POR MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS CON SINTOMATOLOGÍA URINARIA EN LA UCSF P. SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATÍAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017.

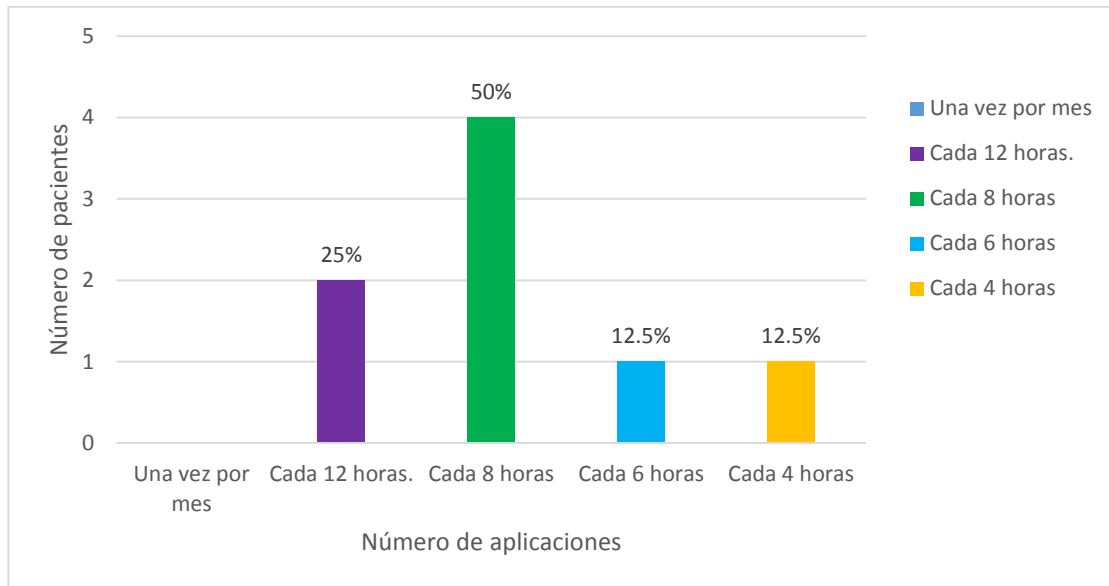


Fuente de Información: Guía de entrevista “ Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

Se evidencia que del total de mujeres que utilizaron prácticas medicamentosas(33 pacientes), consumieron 3 tabletas al día, el 36.3% (12 pacientes), seguidas de las que ingirieron dos tabletas/día con 27.2% (9 usuarias), con menor proporción 24.2% (8 pacientes) 1tableta/día y por último, 4 más tabletas con un 12.2% (4 pacientes).

GRÁFICO 22:

CANTIDAD DE APLICACIONES (UNTADAS) A TRAVÉS DE VÍA TÓPICA, COMO PRÁCTICA DE TRATAMIENTO POR MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS CON SINTOMATOLOGÍA URINARIA EN LA UCSF P. SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATÍAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017.

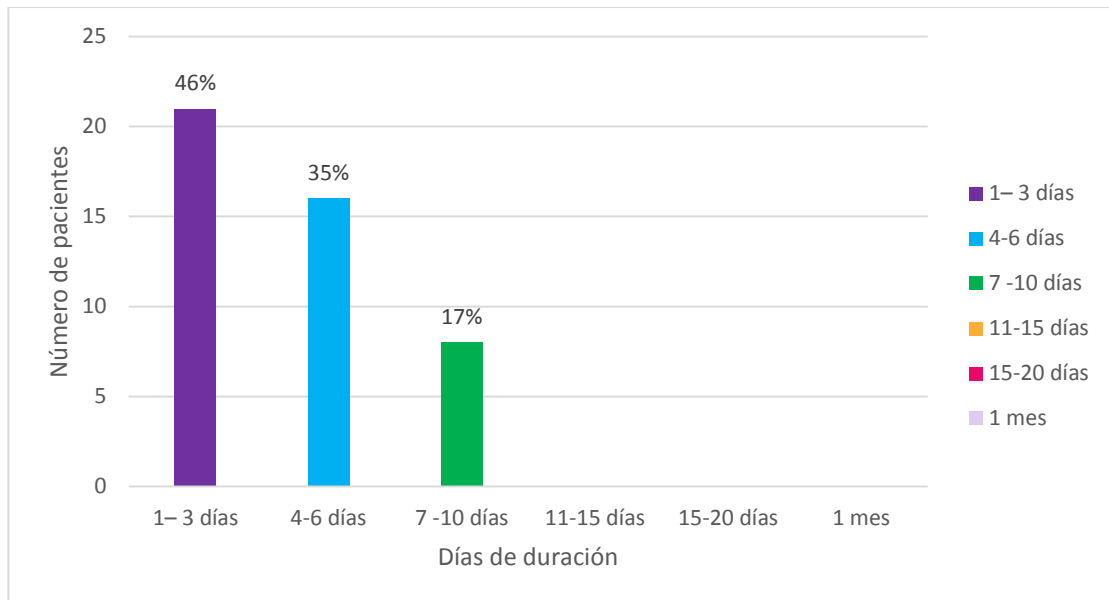


Fuente de Información: Guía de entrevista “ Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

Del total de personas que afirmaron usar vía tópica (8 pacientes), el 50% (4 pacientes) fue cada 8 horas, el 25%(2 pacientes) fue cada 12 horas, 12.5% (1 paciente) fueron cada 6 horas y cada 4 horas, respectivamente. Ningún paciente utilizó una vez por mes dicha práctica.

GRÁFICO 23:

DURACIÓN DE LA PRÁCTICA DE TRATAMIENTO UTILIZADA POR MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS CON SINTOMATOLOGÍA URINARIA EN LA UCSF P. SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATÍAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017.

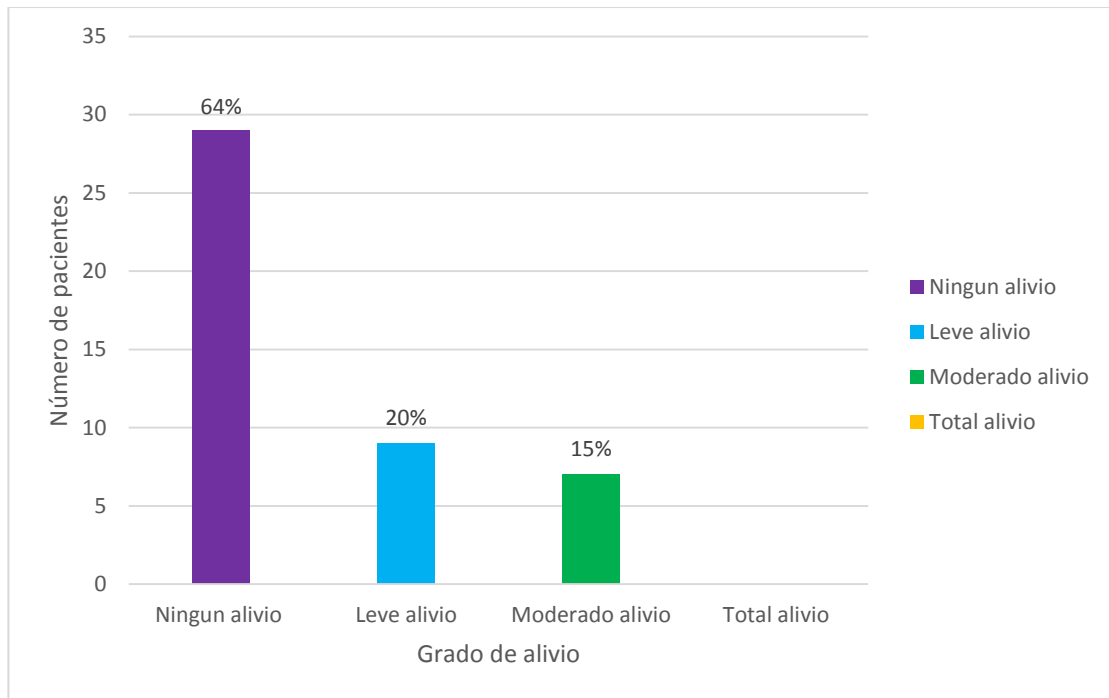


Fuente de Información: Guía de entrevista “ Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

Se evidencia que la duración del tratamiento utilizado por las pacientes femeninas (45 pacientes) fue de 1 a 3 días, con un 46.6% (21 personas); seguido de 4 a 6 días con un 35.5% (16 personas), un 17.7% (8 pacientes) del grupo en estudio usó su tratamiento por de 7 a 10 días y por último, ninguna paciente usó por 11 a más días.

GRÁFICO 24:

EL GRADO DE ALIVIO QUE PERCIBIÓ AL UTILIZAR ALGUNA PRÁCTICA DE TRATAMIENTO POR MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS CON SINTOMATOLOGÍA URINARIA EN LA UCSF P. SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATÍAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017.



Fuente de Información: Guía de entrevista “ Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

Se muestra que la mayor parte de pacientes femeninas mayores de 15 años que aceptaron haber usado alguna práctica de tratamiento (45 personas), un 64% (29 pacientes) opina que no recibió ningún alivio, un 20% (9 usuarias) recibió leve alivio, un 15% (7 pacientes) recibió alivio de moderada intensidad y ninguna paciente responde que recibió total alivio.

7. DISCUSIÓN

La mayor parte de las pacientes femeninas mayores de 15 años con sintomatología urinaria cuyas edades oscilan entre *15 a 25 años*, coincide con edad reproductiva; así como se afirma en la literatura sobre “Principios de Medicina Interna” de Harrison, que describe que del 50% a 80% de las mujeres en la población general se contagian de una infección en las vías urinarias como mínimo, durante su vida y refiere que entre los factores independientes del riesgo de que surja un cuadro agudo están los coitos frecuentes y antecedentes de infecciones sexuales.

El 84% (42 pacientes) son procedentes de *área rural, con bajo nivel educativo, predominantemente primaria* en 52% de los casos (26 pacientes), que contribuye a incurrir a prácticas de tratamiento medicamentosas o no medicamentosas por bajo nivel de conocimiento o de información sobre los riesgos que conlleva estas prácticas, e inaccesibilidad a Unidades de Salud Comunitarias. Así como bajos poder adquisitivo dificulta el acceso a medicinas o consultas médicas, reflejado en el 66% (33 pacientes) son *amas de casa*, seguido 20% (10 pacientes) que *tienen empleo informal*, por ende la mayor parte de la población no cuenta con ingresos fijos. Este dato se ve respaldado por el Estudio de Consumo de Medicamentos y Automedicación que se realizó en Lima, Perú, 1992, donde reveló que los factores que condicionan la automedicación son: falta de información al público de las medicinas que usan, población solo percibe el lado positivo de los fármacos., creencias inadecuadas como: “por cada molestia, hay una medicina con que tratarla”, alto costo de la consulta médica, deficiente cobertura de los servicios, entre otros.

El 40% (20 pacientes) tiene *familia extensa*, la cual se entiende cuando están padres, hijos, abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines; no obstante el 38% (19 pacientes) es familia

nuclear, que es la formada únicamente por padres e hijos. En una familia extensa es común el traspaso de creencias y prácticas de tratamiento de generación en generación. Según la Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, 2013 publica que la credibilidad de los significados gestados por las tradiciones, no se discute y las prácticas iniciadas en la infancia, se mantienen vigentes y se reiteran de generación en generación; mediante la transmisión de los relatos y las costumbres. La confianza en la palabra de otros familiares, amigos, vecinos que refieren sus experiencias o la de un tercero, reproduce la veracidad de lo relatado, la retransmite y refuerza.

Entre las comorbilidades que coexistieron con sintomatología urinaria se encontró: 22% (11 pacientes) *infecciones vaginales* y 20% (10 pacientes) *diabetes mellitus*; por lo que se relaciona los factores de riesgo que en Principios de Medicina Interna Harrison, asevera están: actividad sexual, diabetes mellitus, infecciones vaginales, nuevo compañero sexual, embarazo e incontinencia urinaria. Sin embargo, un porcentaje mayor 30% (15 pacientes) evidencia no tener *ninguna comorbilidad* y 88% (44 pacientes) *no se encuentra embarazada*.

El principal síntoma que todas las pacientes refirieron en un 100% (50 pacientes), fue disuria, seguido de dolor costo lumbar con 74% (37 pacientes); dicho resultado coincide con la Semiología Médica y Fisiopatológica Cossio octava edición, en donde se afirma que la irritación e inflamación del tracto urinario, predominantemente uretra y vejiga, es por la colonización bacteriana y citocinas inflamatorias, que provocan una micción forzada y dolorosa, acompañada de irritación en las terminaciones nerviosas que recubren el riñón.

El 90% (45 pacientes) *afirmaron haber usado alguna práctica de tratamiento para mitigar síntomas urinarios*, de esos el 73% (33 pacientes) utilizó

prácticas medicamentosas; mientras que 26% (12 pacientes) usaron prácticas no medicamentosas. La mayoría de pacientes busca de manera deliberada mitigar su sintomatología urinaria y tal como se refleja en el artículo científico llamado: “Medicina Indígena y Medicina Convencional” por la OPS, realizado en 2006; asevera que la diferencia de apelar a uno u otro sistema, radica en la persistencia de la enfermedad y la disponibilidad de servicios y recursos, las posibilidades geográficas de acceso a los servicios médicos oficiales, como también de la distancia cultural que exista entre cada comunidad y los agentes encargados de la atención de la salud; por lo que suele darse la combinación de prácticas provenientes del sistema médico tradicional, con otras derivadas del sistema biomédico.

En las prácticas medicamentosas se destaca *el uso de antibióticos* con un 48% (16 pacientes), seguidas *de analgésicos* 33% (11 pacientes) e inclusive hay personas que usaron *diuréticos* 18% (6 pacientes); lo cual refuerza que la población usa lo más inmediato para mitigar síntomas, a pesar de no tener un conocimiento científico que prevenga posibles consecuencias médicas ante el uso indiscriminado de estos fármacos, como es el caso de la resistencia bacteriana que ocasiona el uso erróneo de antibióticos. La Infectología y Enfermedades infecciosas por Cecchini, 2011 refiere que en Estados Unidos y Europa han aislado E. coli, en mujeres con cistitis aguda y han corroborado resistencia a TMP-SMX en más del 20% y tasa de resistencia a la Ciprofloxacina entre un 5-10%. Las tasas de resistencia varían de cada región y localidad geográfica.

En las prácticas no medicamentosas se resalta *los rituales* con un 75% (9 pacientes), dentro de los cuales el más frecuente fue la colocación de toallas húmedas en la ropa interior en un 33%: (3 pacientes); seguido de asistir a un sobador 22% (2 pacientes); lo cual refleja que la credibilidad de los significados gestados por las tradiciones, no se discute y las prácticas

iniciadas en la infancia, se mantienen vigentes y se reiteran de generación en generación; mediante la transmisión de los relatos y las costumbres, según la Revista de la Sociedad de Medicina Interna, Perú 2013: “Las creencias populares en la medicina moderna”.

El 25% de los pacientes, que previamente aceptaron haber usado prácticas no medicamentosas, afirmó que optaron *por bebidas*, de estas el 66% (2 ‘pacientes) ingirieron agua de Jamaica; mientras que un 33% (1 paciente) orina de bebé. Este resultado resalta la información brindada en el artículo “Medicina indígena y Medicina Convencional” por el Instituto Interamericano de Derechos Humanos 2006, afirma que La terapéutica de la medicina tradicional se centra en restablecer el equilibrio corporal frío-calor y eliminar la suciedad del cuerpo, mediante la ingestión de infusiones herbolarias y macerados acuosos. Las plantas usadas para la cerrada de orines y mal de piedra, provocan, generalmente, una actividad diurética suave o intermedia.

La *vía de administración* mayormente usada fue la *oral* en 80% de los casos: (36 pacientes), seguido de *vía tópica* en 17% (8 pacientes); en donde se observa que la mayor parte de las usuarias prefieren vías de fácil acceso para la aplicación de tratamiento. Este dato corresponde a lo estudiado en Lima, Perú 1992, del consumo de medicamentos y automedicación, donde hallaron que el método de administración, en Uganda, fue porque la gente cree que los medicamentos inyectados en la circulación sanguínea no abandonan el cuerpo tan rápido como los que se administran por vía oral. Los medicamentos orales se equiparan a los alimentos, que ingresan al aparato digestivo y en algún momento salen del cuerpo a través de la defecación, por lo que disminuyen posibles riesgos. (Birungi, 1994).

La *duración del tratamiento*, oscilaba entre 1 a 3 días, con un 47% (21 pacientes), además el 47% (20 pacientes) cumplieron 1 vez al día el tratamiento, mientras que el 19% (8 pacientes) suministraron cada 8 horas

el tratamiento, reforzando que aplican dosis no terapéutica, y se mantiene vigente la aseveración que la OMS en 2014, en su primer informe de carácter informativo sobre la resistencia a los antimicrobianos en donde aseguran que la práctica irresponsable y desinformada puede generar varias consecuencias negativas como intoxicación por dosis inapropiadas, progresión de enfermedad por dosis insuficientes, daño a otros órganos y resistencia bacteriana.

Por último se afirma que el 64.5% (29 pacientes) expresa no haber obtenido *ningún alivio* con las prácticas de tratamiento usadas; siendo preocupante al retrasar el diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado.

8. CONCLUSIONES

1- La edad de la mayor parte de pacientes femeninas oscilaba entre 15 a 25 años, es decir 32% de las encuestadas, (16 pacientes), coincidente con la edad reproductiva. Además la mayoría se encuentra acompañadas en el 62% de los casos (31 pacientes) o casadas 22% (11 pacientes), las cuales son susceptibles a la colonización bacteriana en el tracto urinario.

2- La procedencia de la mayoría de pacientes fue en 84% del área rural (42 pacientes), con bajo nivel educativo predominantemente primaria 52% (26 pacientes), amas de casa o con empleo informal. La falta de información y educación para la salud es notoria en las pacientes, ya que al presentar algún síntoma urinario, la mayor parte recurre a las prácticas de tratamiento.

3- La mayor parte del grupo en estudio, no presentó comorbilidades; mientras que las que presentaron comorbilidades, fueron por Diabetes Mellitus, infección vaginal, Hipertensión Arterial, Cistocele y Urolitiasis.

4- El síntoma que presentó el 100% de las pacientes en estudio fue disuria (50 pacientes), seguido de dolor costolumbar en 74% (37 pacientes).

5- El 90% (45 pacientes) afirmó haber usado alguna práctica de tratamiento, de las cuales el 73% (33 pacientes) usó prácticas medicamentosas; mientras que un 27% (12 pacientes) utilizó prácticas no medicamentosas.

6- Dentro de las prácticas medicamentosas, se observó el uso de antibióticos en un 48.5% (16 pacientes), seguido de analgésicos 33.4% (11 pacientes). Las prácticas no medicamentosas principalmente utilizadas fueron: rituales en 75% de los casos (9 pacientes)

7- Debido a que la mayor parte de las pacientes se inclinó por el uso indiscriminado de fármacos, la principal vía de administración fue la oral con un 80% (36 pacientes), con duración de tratamiento de 1 a 3 días en 47% (21 pacientes), lo cual es una duración terapéutica insuficiente.

8- Por último se evidencia que 64.5%, es decir, la mayor parte de la población que usó alguna práctica de tratamiento, no presentaron ningún grado de alivio (29 pacientes), y solamente 20% (9 pacientes) presentaron leve alivio, que retrasó el diagnóstico oportuno y administración del tratamiento médico adecuado.

9. RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD Y MINISTERIO DE EDUCACIÓN:

- 1- Fortalecer el desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva desde la infancia, a través de la incorporación de contenidos educativos a nivel escolar para prevenir los factores de riesgo asociados al desarrollo de infecciones de vías urinarias.
- 2- Educar a la población femenina sobre los síntomas urinarios por los que deben consultar oportunamente a los establecimientos de salud, así como los daños que pueden ocasionar al organismo el uso de prácticas medicamentosas o no medicamentosas para mitigar dichos síntomas.
- 3- Educar a la población sobre el uso indiscriminado de fármacos y las posibles consecuencias del uso inadecuado de medicamentos, los cuales retrasan el diagnóstico y tratamiento oportuno.

A LA DIRECCIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS:

- 1- Promover y educar a la población en general a través de los diferentes medios de comunicación sobre la Ley Nacional de Medicamentos.
- 2- Controlar de manera efectiva el cumplimiento de la Ley Nacional de Medicamentos, la cual establece la prohibición sobre comercialización y/o venta libre de medicamentos, los cuales no deben de ser utilizados sin prescripción médica.

10. ANEXOS.

10.1 GLOSARIO

Auto cuidado: Conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.

Automedicación: Uso de medicamentos para tratar síntomas sin prescripción médica.

Autotratamiento: Conjunto de acciones y tratamientos no exclusivamente farmacológicos que buscan restablecer la salud.

Cerrada de orines: Expresión popular genérica, inclusiva de todos aquellos padecimientos de vías urinarias que manifiestan la dificultad para orinar como trastorno común.

Creencia: Refiere al crédito firme y con asentimiento que se da a un hecho o noticia.

Disuria: Difícil, dolorosa e incompleta expulsión de la orina.

Etnomedicina: Sinónimo de medicina tradicional, se refiere a creencias y practicas sobre la enfermedad que derivan de una cultura popular.

Etnopráctica: se entiende por prácticas de salud tradicional realizada por las personas por conocimiento popular.

Mal de ojo: Maleficio que, según la superstición, transmite males con solo mirar de cierta manera.

Mal de piedra: Dolencia ocasionada por cálculos en las vías urinarias.

Mal de orín: Expresión genérica que engloba un complejo de padecimientos cuyas principales manifestaciones son la micción frecuente, dolorosa y con ardor.

Medicalización: El proceso por el que problemas no médicos se tratan como problemas médicos, normalmente en términos de enfermedad o trastorno.

Oliguria: Disminución anormal del volumen de orina emitida en 24 hora

Poliuria: El aumento de las cantidades de orina emitidas durante el día.

Prácticas individuales: son las creencias individuales que influyen el modo en que se usa para disminuir o curar una enfermedad que se cree tener.

Prácticas familiares: es cuando el grupo familiar aconseja sobre tratamientos, crea y refuerza los patrones culturales de uso de medicamentos y depende de las fuentes locales de abastecimiento.

Prácticas medicamentosas: es el acto mediante el cual una persona, por cuenta propia o recomendación de un tercero, escoge y se administra un medicamento para prevenir, tratar o curar una dolencia cuya identidad y severidad desconoce este concepto incluye el uso de diversos antibioticos, analgesicos, diureticos o medicina biologica .

Prácticas no medicamentosas: uso de hierbas, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación como masajes y trabajo espiritual.

Remedios: Sustancias creadas con fines medicinales para reducir los síntomas de una enfermedad o alterar un determinado cuadro fisiológico.

Signo: Percepción objetiva que puede ser advertida por el medico de alguna anormalidad en el organismo.

Síntoma: Percepción subjetiva del enfermo de algún estado de anormalidad en el organismo.

Sintomatología urinaria: Percepción molesta subjetiva producida por la irritación del tracto urinario incluye: disuria, dolor costo-lumbar, poliuria, oliguria, tenesmo vesical, urgencia urinaria.

Tenesmo vesical: Necesidad muy frecuente de orinar que puede mantenerse incluso después de haberlo hecho y tener la vejiga vacía.

10.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo _____ de _____ años de edad;
Estoy de acuerdo a participar en la investigación titulada:

**“PRÁCTICAS DE TRATAMIENTO EN MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS,
CON SÍNTOMAS URINARIOS, UCSF POTRERO SULA,
CHALATENANGO Y UCSF SAN MATIAS, LA LIBERTAD, ABRIL - JUNIO
2017.”**

Se me ha explicado que:

- ✓ La información será brindada de forma voluntaria y es de carácter confidencial.
- ✓ La información proporcionada no será alterada, a favor o en contra de la investigación a realizar.
- ✓ No se utilizarán incentivos de ningún tipo para la participación en la investigación.

La información es voluntaria por lo cual firmo este consentimiento informado junto con el investigador que me realizó la entrevista.

A los días _____ del mes de Mayo del año 2017

Firma de la participante:

Firma de investigador:

10.3 GUÍA DE ENTREVISTA.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE MEDICINA

GUÍA DE ENTREVISTA

PRÁCTICAS DE TRATAMIENTO EN MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS, CON SÍNTOMAS URINARIOS, UCSF POTRERO SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATIAS, LA LIBERTAD, ABRIL - JUNIO 2017.

OBJETIVO: DESCRIBIR LAS PRÁCTICAS DE TRATAMIENTO UTILIZADAS EN MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS, CON SINTOMATOLOGÍA URINARIA EN UCSF POTRERO SULA, CHALATENANGO Y UCSF SAN MATIAS, LA LIBERTAD EN ABRIL - JUNIO DE 2017.

INDICACIONES: Marque con una X el ítem o ítems que considere correcto

DATOS GENERALES:

Edad:

- 15-25 años
- 26-35 años
- 36-45 años
- 46-55 años
- > 55 años

Estado Civil:

- Soltera
- Casada
- Acompañada

Procedencia:

- Rural
- Urbano

Nivel Educativo:

- Ninguno/analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Bachillerato

Religión:

- Católica
- Evangélica
- Testigas de Jehová
- Ninguna

Universitario

Otro: _____

Técnico

Ocupación:

Estudiante

Ama de casa

Empleo formal

Empleo informal

Otro: _____

Antecedentes Personales:

¿Se encuentra embarazada?

Sí

No

¿Es diabética?

Sí

No

¿Padece de Hipertensión arterial?

Sí

No

¿Siente que se le baja la vejiga (Cistocele)?

Sí

No

¿Tiene piedritas en los riñones o en otra parte de las vías urinarias (Litiasis renal o urolitiasis)?

Sí

No

¿Padece de otra enfermedad?: _____

Vive con:

Mamá

Papá

Esposo

Hijos (as)

Tía (o)

Suegra (o)

Sobrinos (as)

Abuelos (as)

Hijastros (as)

Yerno o Nuera

Vive sola

1. ¿Identifique y marque con X, los síntomas urinarios más comunes que usted ha presentado?

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Dolor al orinar (Disuria) | <input type="checkbox"/> | Orina poco (Oliguria) | <input type="checkbox"/> |
| Dolor en el vientre (Dolor suprapubico) | <input type="checkbox"/> | Orina sobre todo en las noches (Nicturia) | <input type="checkbox"/> |
| Dolor en la espalda (Dolor costo-lumbar) | <input type="checkbox"/> | Urgencia de hacer pipí (Urgencia urinaria) | <input type="checkbox"/> |
| Orinadera (Polaquiuria) | <input type="checkbox"/> | | |
| Ganas de orinar y no puede (Tenesmo vesical) | <input type="checkbox"/> | | |

Otro: _____

2. ¿Identifique y marque con X, las prácticas medicamentosas y no medicamentosas que ha usado para el mal de orín?

- | | | | |
|--|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Tomar un zumo de arándanos | <input type="checkbox"/> | Tomar un vaso de agua de coco | <input type="checkbox"/> |
| Uso de amoxicilina | <input type="checkbox"/> | Uso Nitrofurantoina | <input type="checkbox"/> |
| Consumo de flor de Jamaica | <input type="checkbox"/> | Consumo de orina | <input type="checkbox"/> |
| Sal mojada en el ombligo | <input type="checkbox"/> | Uso de energía magnética | <input type="checkbox"/> |
| Práctica de acupuntura | <input type="checkbox"/> | Uso de Ampicilina | <input type="checkbox"/> |
| Uso de Ciprofloxacina | <input type="checkbox"/> | Uso de Acetaminofén | <input type="checkbox"/> |
| Uso de Diclofenac | <input type="checkbox"/> | Agua caliente con limón | <input type="checkbox"/> |
| Uso de pastillas para hacer pipí (diurético) | <input type="checkbox"/> | | |
| Disolver bicarbonato de sodio en un vaso de agua | <input type="checkbox"/> | | |
| Aplicar calor, en el bajo abdomen, mediante una compresa | | | |

Caliente o una botella de agua caliente

Untar pomadas sobre el área del ombligo como "VickVapoRub",
Recino de Pino, entre otros.

Práctica del sobador Rezar

Realización de rituales curativos Colocar periódico húmedo en la
ropa interior

Colocar palillos rectos detrás de ambas orejas

Otros: _____

3. ¿Qué otras prácticas tanto medicamentosas como no
medicamentosas conoce para disminuir los síntomas urinarios?

4. ¿En este episodio de malestar urinario, ha recurrido a alguna práctica,
anteriormente mencionada?

Sí

¿Cuál? _____

No

5. ¿Qué tipo de vía de administración utilizó?

Vía Intravenosa

Vía Intramuscular

Vía Oral

Vía tópico (Untado)

Vía Inhalada

Vía Anal

Vía Vaginal

6. ¿Sí utilizó algún tipo de pastillas, cuántas tabletas se tomó en un día?

1 tableta/día

2 tabletas/día

3 tabletas/día

4 o más tabletas/día

7. ¿Sí decidió ingerir algún tipo de líquido, cuántos vasos se tomaba al día?

1-2 vasos/día

3-4 vasos/día

5-6 vasos/día

>7 vasos/día

8. ¿Si decidió algún tipo de pomada o ungüento cada cuánto se le aplicaba?

Una vez por mes

Cada 12 horas.

Cada 8 horas.

Cada 6 horas.

Cada 4 horas.

Otra: _____

9. ¿En qué horario realizó dicha práctica para obtener mejoría clínica?

Diario

Cada 8 horas

Días alternos

Cada 6 horas

1 vez por semana

Cada 4 horas

Una vez por mes

Cada 12 horas

Otra dosificación: _____

10. ¿Durante cuánto tiempo realizó dicha práctica?

1– 3 días

4-6 días

7 -10 días

11-15 días

15-20 días

1 mes

Otro: _____

11. ¿Cómo calificaría el grado de alivio que obtuvo al utilizar dicha práctica?

Leve

Moderado

Total

Ninguno

10.4 TABULACIÓN DE DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA GUÍA DE PREGUNTAS.

OBJETIVO 1: *Clasificar el grupo poblacional en estudio, según factores socio-demográfico y biológicos: edad, procedencia, estado civil, nivel educativo, ocupación, tipo de familia, religión, embarazo y comorbilidades existentes.*

TABLA 1:

Clasificación, según edad de las mujeres mayores de 15 años, con sintomatología urinaria que consultaron en UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril – Junio de 2017.

EDAD	FRECUENCIA	%
15-25 años	16	32
26-35 años	14	28
36-45 años	13	26
46-55 años	4	8
> 55 años	3	6
TOTAL	50	100

Fuente de Información: Guía de entrevista “ Practicas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017.”

TABLA 2:

Clasificación, según procedencia de las mujeres mayores de 15 años, con sintomatología urinaria que consultaron en UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
Rural	42	84
Urbano	8	16
TOTAL	50	100

Fuente de Información: Guía de entrevista “ Practicas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017.”

TABLA 3:

Clasificación según estado civil de las mujeres mayores de 15 años, con sintomatología urinaria que consultaron en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La Libertad, el periodo Abril-Junio de 2017.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
Acompañado	31	62
Casado	11	22
Soltero	8	16
TOTAL	50	100

Fuente de Información: Guía de entrevista “Practicas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017.”

TABLA 4:

Clasificación según nivel educativo, de las mujeres mayores de 15 años, con sintomatología urinaria que consultaron en UCSF Potrero Sula, Chalatenango Y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017.

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	%
Ninguno/analfabeta	9	18
Primaria	26	52
Secundaria	10	20
Bachillerato	4	8
Técnico	1	2
Universitario	0	0
TOTAL	50	100

Fuente de Información: Guía de entrevista “Practicas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017.”

TABLA 5:

Clasificación según ocupación, de las mujeres mayores de 15 años, con sintomatología urinaria que consultaron en UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	%
Ama de casa	33	66
Empleo informal	10	20
Estudiante	6	12
Empleo formal	1	2
Otro	0	0
TOTAL	50	100

Fuente de Información: Guía de entrevista “Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

TABLA 6:

Clasificación según tipo de familia, de las mujeres mayores de 15 años, con sintomatología urinaria que consultaron en UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017.

TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	%
Extensa	20	40
Nuclear	19	38
Ensamblada	6	12
Monoparental	3	6
Vive sola	2	4
TOTAL	50	100

Fuente de Información: Guía de entrevista “Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

TABLA 7:

Clasificación según religión, de las mujeres mayores de 15 años, con sintomatología urinaria que consultaron en UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017.

RELIGIÓN	FRECUENCIA	%
Evangélica	39	78
Católica	11	22
Testigos de Jehová	0	0
Ninguno	0	0
Otro	0	0
TOTAL	50	100

Fuente de Información: Guía de entrevista “ Practicas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017”.

TABLA 8:

Clasificación según estado grávido, de las mujeres mayores de 15 años, con sintomatología urinaria que consultaron en las UCSF San Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La Libertad en el período de Abril-Junio 2017.

GESTANTES	FRECUENCIA	%
No embarazado	44	88
Embarazada	6	12
TOTAL	50	100

Fuente de Información: Guía de entrevista “Practicas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017.”

TABLA 9:

Clasificación del grupo poblacional, según comorbilidades que padecen las mujeres mayores de 15 años, con sintomatología urinaria que consultaron en UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017.

COMORBILIDADES	FRECUENCIA	%
Ninguno	15	30
Infeccion vaginal	11	22
Diabetes	10	20
Hipertension	9	18
Cistocele	4	8
Urolitiasis	1	2
Vejiga Neurogenica	0	0
Enfermedad renal crónica	0	0
TOTAL	50	100

Fuente de Información: Guía de entrevista “Practicas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017.”

OBJETIVO 2: *Identificar los síntomas urinarios más comunes por los cuales las pacientes deciden utilizar prácticas de tratamiento.*

TABLA 10

Síntomas urinarios más comunes por los cuales las pacientes femeninas mayores de 15 años consultantes de la UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad, decidieron utilizar prácticas de tratamiento durante el período Abril-Junio 2017.

SÍNTOMAS COMÚNES	FRECUENCIA	%
Disuria	50	100
Dolor costo lumbar	37	74
Dolor suprapúbico	20	40
Polaquiuria	20	40
Oliguria	9	18
Tenesmo vesical	8	16
Urgencia urinaria	8	16
Nicturia	2	4
Otro: cefalea	6	12

Fuente de Información: Guía de entrevista “Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017.”

OBJETIVO 3: *Describir las prácticas tanto medicamentosas como no medicamentosas usadas por el grupo poblacional en estudio.*

TABLA 11:

Uso de prácticas medicamentosas como no medicamentosas para aliviar los síntomas urinarios que presentan las mujeres mayores de 15 años que consultan en la UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017.

USO DE PLACTICAS DE TRATAMIENTO	FRECUENCIA	%
Si	45	90
No	5	10
TOTAL	50	100

Fuente de Información: Guía de entrevista “Practicas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017.”

TABLA 12:

Uso de prácticas medicamentosas y no medicamentosas usadas mujeres mayores de 15 años que consultan en la UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017.

USO DE PRÁCTICAS MEDICAMENTOSAS/ NO MEDICAMENTOSAS	FRECUENCIA	%
PRÁCTICAS MEDICAMENTOSAS	33	73.33
PRÁCTICAS NO MEDICAMENTOSAS	12	26.66
TOTAL	45	100

Fuente de Información: Guía de entrevista “Practicas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017.”

TABLA 13:

Uso de prácticas medicamentosas para aliviar los síntomas urinarios que presentan las mujeres mayores de 15 años que consultan en la UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017.

PRÁCTICAS MEDICAMENTOSAS	FRECUENCIA	%
Antibiótico	16	48.4
Analgésico	11	33.4
Diurético	6	18.2
Medicina Biológica	0	0
TOTAL	33	100

Fuente de Información: Guía de entrevista “Practicas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017.”

TABLA 14:

Uso de prácticas no medicamentosas para aliviar los síntomas urinarios que presentan las mujeres mayores de 15 años que consultan en la UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017.

PRÁCTICA NO MEDICAMENTOSA	FRECUENCIA	%
Rituales	9	75
Bebidas	3	25
Hierbas	0	0
Oraciones	0	0
Amuletos	0	0
TOTAL	12	100

Fuente de Información: Guía de entrevista “Practicas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017.”

TABLA 15:

Uso de rituales para aliviar los síntomas urinarios que presentan las mujeres mayores de 15 años que consultan en la UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017.

RITUALES	FRECUENCIA	%
Colocarse toalla húmedas en la ropa interior	3	33.33
Práctica del sobador	2	22.22
Colocarse Vick VapoRub en vientre	1	11.11
Ir al río a bañarse	1	11.11
sal mojada en el ombligo	1	11.11
Sentarse en un huacal con Hielo	1	11.11
TOTAL	9	100

Fuente de Información: Guía de entrevista "Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017."

TABLA 16:

Uso de bebidas para aliviar los síntomas urinarios que presentan las mujeres mayores de 15 años que consultan en la UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017.

BEBIDA	FRECUENCIA	%
Beber agua de jamaica	2	66.66
Beber orina de bebé	1	33.33
TOTAL	3	99.99

Fuente de Información: Guía de entrevista "Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017."

OBJETIVO 4: Definir la vía de administración, dosis, duración y alivio que proporcionan los métodos utilizados.

TABLA 17:

Vía de administración de la práctica de tratamiento utilizada para aliviar los síntomas urinarios que presentan las mujeres mayores de 15 años que aceptaron haber usado alguna práctica de tratamiento en la UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	%
Vía oral	36	80
Vía tópico (Untado)	8	17.8
Vía Vaginal	1	2.2
Vía intramuscular	0	0
Vía Intravenoso	0	0
Vía Anal	0	0
Inhalado	0	0
TOTAL	45	100

Fuente de Información: Guía de entrevista "Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017."

TABLA 18:

Dosis de las diferentes prácticas de tratamiento utilizadas por mujeres mayores de 15 años con sintomatología urinaria en la UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017.

DOSIFICACIÓN	FRECUENCIA	%
Diaria	42	93.3
Días alternos	3	6.7
1 vez por semana	0	0
1 vez por mes	0	0
TOTAL	45	100

Fuente de Información: Guía de entrevista "Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017."

TABLA 19:

Dosificación diaria de la práctica de tratamiento utilizada por mujeres mayores de 15 años con sintomatología urinaria en la UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017.

DOSIFICACIÓN	FRECUENCIA	%
Diaria	42	93.3
Días alternos	3	6.7
1 vez por semana	0	0
1 vez por mes	0	0
TOTAL	45	100

Fuente de Información: Guía de entrevista "Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017."

TABLA 20:

Cantidad de líquido usada como práctica de tratamiento por mujeres mayores de 15 años con sintomatología urinaria en la UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017.

DOSIS DIARIA	FRECUENCIA	%
1-2 vasos/día	2	66.66
3-4 vasos/día	1	33.33
5-6 vasos/día	0	0
>7 vasos/día	0	0
TOTAL	3	100

Fuente de Información: Guía de entrevista "Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017."

TABLA 21:

Cantidad de tabletas usadas, como práctica de tratamiento por mujeres mayores de 15 años con sintomatología urinaria en la UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017.

CANTIDAD DE TABLETAS UTILIZADAS	FRECUENCIA	%
1 TABLETA/DÍA	8	24.22
2 TABLETAS/DÍA	9	27.22
3 TABLETAS/DÍA	12	36.33
4 O MÁS TABLETAS/DÍA	4	12.22
TOTAL	33	100

Fuente de Información: Guía de entrevista "Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017."

TABLA 22:

Cantidad de aplicaciones (untadas) a través de vía tópica, como práctica de tratamiento por mujeres mayores de 15 años con sintomatología urinaria en la UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017.

APLICACIONES/ UNTADAS	FRECUENCIA	%
Una vez por mes	0	0
Cada 12 horas.	2	25
Cada 8 horas	4	50
Cada 6 horas	1	12.5
Cada 4 horas	1	12.5
TOTAL	8	100

Fuente de Información: Guía de entrevista "Prácticas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017."

TABLA 23:

Duración de la práctica de tratamiento utilizadas por mujeres mayores de 15 años con sintomatología urinaria en la UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017.

DURACIÓN	FRECUENCIA	%
1– 3 días	21	47
4-6 días	16	35.3
7 -10 días	8	17.7
11-15 días	0	0
15-20 días	0	0
1 mes	0	0
TOTAL	45	100

Fuente de Información: Guía de entrevista “Practicas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017.”

TABLA 24:

El grado de alivio que percibió al utilizar alguna práctica de tratamiento por mujeres mayores de 15 años con sintomatología urinaria, en la UCSF Potrero Sula, Chalatenango y UCSF San Matías, La Libertad en Abril - Junio de 2017. .

GRADO DE ALIVIO	FRECUENCIA	%
Ningún alivio	29	64.5
Leve alivio	9	20
Moderado alivio	7	15.5
Total alivio	0	0
TOTAL	45	100

Fuente de Información: Guía de entrevista “Practicas medicamentosas y no medicamentosas utilizadas por las mujeres mayores de 15 años con síntomas urinarios en las UCSF Potrero Sula, Chalatenango y San Matías, La libertad Abril-Junio 2017.”

11. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases.
2. SADLER TW. Embriología Médica de Langman. 7.^a Edición Ed. Panamericana 1996. Cap 15 Pag 235-254.
3. Gardner, W.B.; Osburn, W. Anatomía Humana. Ed. Interamericana. Cap. 7 y 9; III Ed. 1981. Cap 42, Pag 534-543.
4. Arthur C. Guyton y John E. Hall. Tratado de Fisiología Médica. Ed. Elsevier. 12^a Edicion. 2008. Cap 29 Pag 373-378.
5. Cossio P, Fustinoni O, Rospide PC: SEMIOLOGÍA MÉDICA FISIOPATOLÓGICA, Editorial Eudeba, Buenos Aires: 2014, 8 Edición Cap 3 Pag 75-76. Cap 38 Pag 638-639.
6. Dennis L. Kasper, Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson and Kurt J. Isselbacher, Eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. Ed. Mcgraw-hill. 18a edicion, 2011. Cap 288 Pag 2387-2395.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 91: Treatment of urinary tract infections in nonpregnant women. Obstet Gynecol. 2008; 111(3):785-794
8. Jackson L y Morrow J.: Analgésicos- Antipiréticos y Antiinflamatorios, y Fármacos Antigotosos in Goodman y Gilman. 10ma Edic. Cap. 27. Edit. Mc Graw Hill. EEUU. 2001. pp: 697- 727.
9. MINSAL, Guías clínicas de medicina interna 2012 , pag 27-29.

10. Cecchini Emilio y Silvia Gonzales. *Infectología y Enfermedades Infecciosas*. Editorial Ediciones Journal. Buenos Aires. 2011. Cap 166 Pag 1135-1136.
11. Neto R y Llauger G.: Estudio del Consumo de Medicamentos y Automedicación en Lima Metropolitana. *Revista Médica Herediana*. 1992: 3:1:101.
12. Sánchez, María Elena.: *Introducción a la Nueva Medicina Germánica*. ITACA. México, DF. 2010. 8-9.
13. Ley de Medicamentos-República de El Salvador. Decreto No. 1008. 2012. 14-15.
14. Oscar G. Pamo-Reyna. Las creencias populares en la Medicina Moderna. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna* 2013; vol 26
15. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Organización Panamericana de la Salud. *Medicina Indígena y Medicina Convencional*. San Jose Costa Rica. 25 de junio del 2006.
16. *Diccionario Médico*. 4a Edición. Mexico. Elsevier-Masson. 1998. Pag. 415-420; 631-632
17. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
18. Buxton, Iain L. O, *Dinámica de la absorción, distribución, acción y eliminación de los fármacos* (pág. 7). México: The McGraw-Hill, 11.^a edición, 2006

19. F. Gary, Cunningham. *WILLIAMS OBSTETRICIA. MÉXICO. McGraw-Hill, 23° Edición. 2006. Páginas: 1033-1034.*

20. M.J. Puchades. *Evolución de la Función Renal y factores de progresión en pacientes nefrectomizados.* Hospital Clínico Universitario de Valencia. España. 2010. Página: 2-3.