

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**

**UNAN- LEÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS**

**CARRERA DE FARMACIA**



**MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADO EN QUÍMICA Y  
FARMACIA.**

**Causas de automedicación en mujeres embarazadas asistentes  
al control prenatal de tres centros de salud de la ciudad de León.  
Enero 2009.**

**Autores:**

- **Francis Carolina Reyes González**
- **Fany Lucía Reyes Ortiz**
- **Giselle Norvelia Vásquez Escoto**

**Tutor:**

**Dr. Byron Josué Muñoz Antón.**

**Profesor titular farmacología clínica**

**Facultad de medicina UNAN-León**

**Mayo, 2009**

## **OPINIÓN DEL TUTOR**

El suscrito profesor titular de farmacología clínica considera que el trabajo monográfico titulado “ Causas de automedicación en mujeres embarazadas asistentes al control prenatal de tres centros de salud de la ciudad de León Enero 2009” realizado por Francis Carolina Reyes Gonzales, Fany Lucía Reyes Ortiz y Giselle Vásquez Escoto cumple con los requisitos necesarios para ser sometido a consideración por el tribunal examinador que la facultad de CCQQ consideré y ser defendido con excelencia por las sustentantes.

Durante la realización de este trabajo las investigadoras demostraron suficiente capacidad científica, disciplina y responsabilidad. Los resultados y conclusiones a las que llegaron las autoras pueden ser de utilidad como un elemento de referencia para la implementación de estrategias educativas en diferentes ambientes tales como el docente asistencial y el docente universitario:

El primero para fomentar en el profesional de la salud como farmacéutico habilidades en información terapéutica de fármacos prescritos.

El segundo aspecto para crear líneas de investigación para futuros investigadores estudiantes de las ciencias de la salud. A du vez ser de utilidad para valorar la ejecución de un programa de educación farmacológica continua en egresados farmacéuticos y médicos que laboran en atención primaria.

---

**Dr. Byron Josué Muñoz Antón.**

**Profesor titular farmacología clínica UNAN-LEON**

## RESUMEN

Causas de automedicación en mujeres embarazadas asistentes al control prenatal de tres centros de salud de la ciudad de León. Reyes Gonzales. F.C, Reyes Ortiz. F.L, Vásquez Escoto .G.N, Muñoz Antón. B.J

Palabras claves: ***Automedicación, embarazo, atención primaria, Prescripción.***

La automedicación es un problema de salud pública que consiste en administrarse fármacos sin prescripción médica, este uso inadecuado de los medicamentos trae consigo una serie de consecuencias perjudiciales para la salud en general pero principalmente para grupos vulnerables como el de las embarazadas. El objetivo primordial del estudio fue determinar las principales causas de automedicación en mujeres embarazadas que asistían al control prenatal de tres centros de salud de la ciudad de León y a la vez estratificar a las pacientes en estudio según rango de edad y antecedentes obstétricos, se propuso además conocer los fármacos que las pacientes utilizaron para poder tener una percepción de las consecuencias del uso de dichos fármacos.

El 50% de las mujeres se encontró en el rango de edad de 18-25 años, el 33% de las pacientes en estudio admitieron haberse automedicado durante su embarazo, la causa principal resulto ser considerar pérdida de tiempo asistir al centro de salud, seguido por el hecho de seguir recomendaciones de familiares u otras personas. El acetaminofén y dimenhidrinato fueron los fármacos más utilizados por dichas pacientes. Se llego a la conclusión de que a pesar de que se obtuvo un porcentaje significativo de mujeres que reconocieron automedicarse esta práctica se halla un poco reducida en comparación con estudios realizados con anterioridad, esto revela un poco mas de preocupación por parte de la población y deja como meta tratar de reducir la automedicación sin fundamento a través de esfuerzos mancomunados entre Ministerio de salud, ONGs e instituciones relacionadas al ámbito de la salud como las universidades.

## DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso por haberme dado la vida ya que por su infinita gracia he llegado hasta donde estoy siendo su voluntad culminar mi carrera.

A nuestra madre la Santísima Virgen María que ha intercedido en todas mis necesidades que con su gran corazón de madre no me ha desamparado.

A mis adorados padres: Francisco Reyes Núñez y María del Socorro González que con mucho amor, sacrificio y esfuerzo me han apoyado; y que gracias a sus sabios consejos he terminado mi carrera y soy una profesional. Padres los quiero muchísimo por ser luchadores, ser mis ejemplos a seguir y por decirme que se siente orgulloso de mí. Dios gracias por los padres que me distes.

A mi abuelita: Sra. Gloria González a quien admiro mucho; supiste de mis necesidades y me distes ánimo para seguir adelante. Gracias por orar siempre por mí. La quiero mucho "mita".

Agradezco mucho a mi Hna.: Silvia Elena Herrera G, a mi tío y prima quienes me apoyaron económicamente en mis estudios y demás familiares quienes se sienten orgullosos de mí.

A mis profesores por transmitirme sus conocimientos, a mis amigos con quienes compartí buenos y malos momentos durante todo el transcurso de mi carrera y demás personas que han estado en pie de lucha conmigo.

Muchas, muchas gracias a todos

*Francis Carolina Reyes González.*

## DEDICATORIA

A Dios nuestro señor que es la fuerza que me ha permitido llegar hasta donde estoy ya que sin su refugio y consuelo que evitaron que me derrumbara en los momentos duros que he atravesado durante el recorrido de este camino nunca habría logrado culminar este proyecto.

A mis padres Luis Danilo Reyes y Johana Isabel Ortiz, mi madre que con su amor y comprensión estuvo todo el tiempo a mi lado ayudándome cada vez que la necesite ella ha sido la luz que ha guiado mi vida y mi trayecto para terminar esta carrera, ya que estuvo conmigo desde que empecé a aprender mis primeras letras y fue mi primera maestra y la mejor, pues sin sus enseñanzas no sería posible estar escribiendo estas palabras. A mi padre que con su sabiduría supo orientarme hacia el camino correcto y que con tanto esfuerzo y trabajo me ha brindado su amor y apoyo en todo momento sin importar lo difícil que fuera nunca me dio un “no” como respuesta cada vez que lo necesite y sé que voy a poder contar con él en cualquier momento de mi vida.

A todas las personas que quiero incluyendo a mis hermanos y personas especiales en mi vida que estuvieron conmigo en los momentos difíciles y que me han ayudado de alguna u otra forma haciéndome sonreír cuando estaba triste o acompañándome cuando necesitaba ayuda gracias.

A mis maestros que fueron los que me transmitieron el conocimiento y a mis amigos que han estado conmigo en los momentos buenos y malos y con quienes compartí estos años de mi vida les agradezco mucho la ayuda que me brindaron y la compañía que han significado para mí.

*Fany lucia Reyes Ortiz*

## DEDICATORIA

A Dios todo poderoso quien con su infinito amor me dio la vida me dio fuerza, me dio valor para enfrentar problemas, dificultades, pruebas, luchas y que al final de todo poder ser toda una vencedora, y lograr una de muchas metas que me propuse lograr en mi vida.

A mis padres por sus apoyos, abnegación, ejemplo, entusiasmo y sacrificio que sirvieron de inspiración en todo momento para seguir adelante y formar mi futuro.

A mi esposo Álvaro Medrano Berrios por su amor incondicional, su comprensión, su confianza y su apoyo demostrado de muchas maneras los cuales permitieron culminar mis estudios sin ningún egoísmo de su parte.

*Giselle Vásquez Escoto*

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar dedicamos este trabajo a Dios nuestro señor ya que sin Él nada podríamos hacer. Él nos concede el privilegio de la vida y nos ofrece lo necesario para lograr nuestras metas.

A nuestros padres quienes nos apoyaron incondicionalmente estando siempre presente en las buenas y en las malas, inculcándonos valores, aconsejándonos y creyendo en nosotras.

A nuestro tutor Dr. Byron Muñoz quien nos apoyo desde el inicio hasta el final de este trabajo siempre brindándonos incondicionalmente sus conocimientos.

A los profesores que tuvimos el honor de conocer y estar con ellos en una etapa muy importante de nuestras vidas impartiéndonos sus sabios conocimientos y consejos.

A todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron a la realización de este proyecto muchas gracias a todos.

# INDICE

Pág.

Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Justificación.....	5
Objetivos.....	6
Marco teórico.....	7
Diseño metodológico.....	21
Resultados.....	26
Discusión.....	36
Conclusión.....	41
Recomendaciones.....	43
Bibliografía.....	44
Anexos.....	46



## I.INTRODUCCION

Durante el embarazo se producen una serie de modificaciones tanto físicas y psicológicas los cuales influyen en la vida de la mujer y de su entorno. Dichos cambios pueden afectar la cinética de los medicamentos produciendo diferentes tipos de respuestas farmacológicas.

La utilización de medicamentos en el embarazo es muchas veces necesaria pero se debe tener en cuenta que todos los cambios funcionales en la embarazada modifican la absorción, concentración, metabolización y excreción de los medicamentos administrados.

El embrión constituye uno de los sistemas biológicos más dinámicos, se caracteriza por sufrir cambios celulares constantes.

Para que un fármaco sea totalmente teratogénico requiere la capacidad intrínseca de modificar la morfofunción del tejido embrionario, además de actuar en el momento preciso de la morfogénesis embrionaria.

Un fármaco tendrá una acción embriotoxica o dismorfogénica potencial si se acumula en el embrión genéticamente susceptible. De modo que todos los fármacos que se administren durante la gestación deben considerarse potencialmente peligrosos y su uso se justifica cuando los beneficios superan los riesgos.

El periodo de mayor susceptibilidad para la aparición de mal formaciones producidas por fármacos se sitúa entre la cuarta y décima semana de gestación un periodo durante el cual muchas mujeres no saben que están embarazadas.

Debido a todos los cambios fisiológicos durante el embarazo suelen aparecer síntomas muy molestos para la gestante que influye en la decisión de automedicarse para el tratamiento paliativo o curativo de dichas molestias.

Los trastornos gastrointestinales leves como las náuseas y vómitos son frecuentes en embarazadas a su vez por los cambios antes mencionados; la frecuencia de infecciones genitourinarias es mucho mayor lo que conlleva a la necesidad de utilizar agentes antiinfecciosos. Esta particularidad origina la tendencia a la automedicación<sup>1</sup>.

Las consecuencias de la automedicación sin conocimientos básicos del medicamento utilizado origina: reacciones adversas más molestas e incluso graves, riesgo de fototoxicidad, posibles complicaciones, resistencia bacteriana, aparición de otras patologías, hospitalización, etc.

Es importante que la mujer en general pero en especial las embarazadas posean conocimientos de la utilización responsable de medicamentos durante una etapa tan importante desde el punto de vista biológico, biopsicosocial como es el embarazo.

---

<sup>1</sup> <http://www.portalfarma.com>

## II. ANTECEDENTES

La automedicación es la administración de fármacos sin consejo médico, trae consigo diversos problemas si no se tienen suficientes conocimientos. En la etapa de embarazo esta práctica, que se remonta a la antigüedad, puede resultar muy peligrosa.

Se han publicado diversos estudios a nivel internacional acerca de los efectos teratogénicos de los fármacos durante el embarazo entre los cuales podemos destacar un artículo publicado por *The new journal of medicine* en el año 2000 en el cual se mencionan los efectos tóxicos de algunos medicamentos específicamente el caso de la talidomida, en este se llegó a la conclusión de que con frecuencia la farmacoterapia aplicada a la mujer gestante resulta innecesaria y pone en peligro la salud del feto<sup>2</sup>

Existen además artículos publicados por *The Italian teratology information service* en el cual se muestra a través de un estudio realizado en el año 2006 que en la actualidad los fármacos de mayor riesgo para el feto son los inhibidores selectivos de los receptores de serotonina , seguido por los antiepilépticos<sup>3</sup>

A nivel latinoamericano se encontró un estudio muy interesante realizado por el centro nacional de información sobre la salud de la mujer en Chile por medio del cual se demostró que a pesar de la inseguridad que representa la administración de algunos medicamentos durante el embarazo, en el caso de las mujeres embarazadas con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión e incluso VIH el beneficio de la terapéutica supera los posibles riesgos.

Entre los estudios realizados en nuestro país se encuentra uno elaborado en el hospital Berta Calderón (1990) con una muestra de 583 mujeres embarazadas

---

<sup>2</sup> Cesari Elena, Ligato María; Nobili Elena, Caruso Alessandro. Prenatal drug exposure and teratological risk. The Italian teratology information service. 2008.

<sup>3</sup> Gideon Koren, Pastuzak Anne e Ito Shinja. Drugs in pregnancy. The new England journal of medicine. 1998

propensas al uso de fármacos tales como la aspirina, alka-seltzer, trimetoprim sulfametoxazol y gentamicina; y que el uso de muchos medicamentos no se limitaba solamente a las prescripciones realizadas por los facultativos sino también a la autoadministración de fármacos de venta libre por parte de las pacientes<sup>4</sup>.

La OMS contempla que la automedicación responsable puede generar beneficios a nivel personal y social, el alivio o solución de problemas de salud se puede realizar de forma autónoma sin embargo no emite el mismo juicio en el caso de la mujer embarazada.

En nuestro país no se han realizado estudios relevantes acerca de la automedicación por parte de las mujeres gestantes, pero en contraste si se han llevado a cabo estudios sobre la utilización de medicamentos durante el embarazo la UNAN-León reportó en el 2007 que entre los medicamentos más utilizados por las mujeres embarazadas se encuentran los suplementos vitamínicos y los antibióticos.

Es importante que las autoridades de salud e instituciones privadas que aportan a la promoción de salud lleven a cabo estudios específicos acerca de la automedicación en el embarazo para poder conocer la magnitud del problema y las consecuencias que esta puede traer.

---

<sup>4</sup> Camacho, Tania y Quintana, Gardenia (tesis). Uso de medicamentos en mujeres embarazada que asisten al programa de control prenatal en el centro de salud Félix Pedro Carrillo

### III. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el mercado de la industria farmacéutica pone a la disposición de los usuarios medicamentos que pueden obtenerse sin necesidad de ser prescritos por profesionales competentes, a su vez se dispone de combinaciones farmacológicas cuya eficacia es dudosa. Ambos aspectos sumados a la falta de atención sanitaria originan el uso inadecuado, injustificado y por ende riesgoso principalmente cuando estos usuarios son considerados grupos poblacionales vulnerable.

A la mayoría de fármacos se le realizan ensayos *in vitro* en animales de laboratorio y de esa manera se le cataloga de acuerdo al riesgo que pueda tener para una mujer embarazada. El acceso a este tipo de información puede quedar restringido debido a las características socioculturales, nivel de educación, lugar de residencia de los potenciales usuarios mujeres en general, lo cual influye en el perfil de uso de medicamentos en una población determinada: el uso frecuente de medicamento durante el embarazo y el conocimiento de las usuarias respecto a los beneficios y riesgo de esta práctica.

Al realizar esta investigación se pretendió aportar datos respecto a la utilización de medicamentos en una población en particular, en este caso a embarazadas evaluando el conocimiento y los riesgos de la automedicación en esta etapa y el uso de medicamentos como una estrategia para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Los resultados obtenidos podrán servir de base para futuras investigaciones, no solamente en el área de ginecoobstetrica sino también porque el uso de fármacos durante el embarazo es frecuente.

## **IV. OBJETIVOS**

### **General:**

Determinar los elementos que caracterizan la automedicación en mujeres embarazadas asistentes al programa de control prenatal en los centros de salud Mantica Berio, Perla María Norori y Félix Pedro Picado de la ciudad de León durante enero del 2009.

### **Específicos:**

1. Caracterizar a las mujeres en estudio según grupo de edad y antecedentes obstétricos.
2. Identificar las principales causas de automedicación en la población en estudio.
3. Especificar los fármacos que las mujeres embarazadas se autoadministran con más frecuencia.

## V. MARCO TEÓRICO

### 5.1 Conceptos generales:

El autocuidado, es decir, el propio tratamiento de los signos y síntomas de las enfermedades que las personas padecen, a lo largo de la historia de la Humanidad ha sido la forma más utilizada para el mantenimiento de la salud. La automedicación, en la actualidad sigue siendo una práctica ampliamente extendida en la sociedad, fuertemente estimulada e inducida en gran medida por el aparato publicitario en los medios y en la vía pública.

**Automedicación:** Es un fenómeno sociocultural relativo del uso inadecuado de fármacos de uso médico e ilegal que no se basan en las recomendaciones profesionales ni obedece a indicación diagnóstica, terapéutica o rehabilitadora de ninguna clase, generando a menudo situaciones negativas contra la salud individual y colectiva

**Automedicación según OMS:** Lo define como: "lo que las personas hacen por sí mismas para mantener su salud, prevenir y tratar la enfermedad."

Dentro de este marco quedan incluidos los conceptos de automedicación y de automedicación responsable.

**Automedicación responsable:** El usuario trata sus enfermedades o síntomas con medicamentos que han sido aprobados, están disponibles para la venta sin prescripción y que son seguros y eficaces cuando se usan en las condiciones establecidas. Es por lo tanto una actividad legal, pero requiere información calificada e independiente para poder tomar buenas decisiones. Se debe tener especial cuidado con los grupos vulnerables, como niños

La automedicación es un tipo de conducta que implica tomar medicamentos según la propia iniciativa del paciente, por consejo de cualquier persona no médica.

El uso abusivo de los medicamentos es un importante problema, que las personas aún no toman en serio, siendo frecuente causa de efectos adversos graves; en algunos países, entre el 30 y 50% de los casos de falla hepática aguda se asocian con el uso de un fármaco de venta libre. En Estados Unidos el uso inapropiado de fármacos constituye la tercera causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer

Son muchos los factores que influyen en este tipo de conducta, destacando los factores sociales como la presión de grupo o de nuestros propios familiares que nos ofrecen una alternativa para la solución de nuestros problemas de salud basados en su propia experiencia . También influye el bajo nivel de instrucción de personas especialmente de los padres de familia, los cuales ignoran por completo el riesgo que implica la automedicación.

### **5.2 Principales sustancias utilizadas en la automedicación:**

-Analgésicos

-Contenidos de nebulizadores.

-Antibióticos.

-Esteroides.

-Anestésicos entre muchos otros

### **5.3 Importancia del conocimiento sobre automedicación durante el embarazo:**

Es importante que las mujeres embarazadas y no embarazadas sepan que ingerir algún medicamento no prescrito implica una decisión demasiado arriesgada y que lo conveniente es acudir al médico que es el que puede realizar el balance apropiado para indicar un medicamento específico o no.



Es común el consumo de té, hierbas, extracciones, infusiones sin prescripción médica debido a que estos constituyen productos naturales con la creencia infundada de que por ser naturales no pueden ser nocivos.

La automedicación conlleva riesgos severos incluso en pastillas que nos son familiares, como las aspirinas o algunas vitaminas. Esto por varias razones, pero la principal es que cada persona es diferente y puede manifestar una reacción propia al medicamento.

Uno de los motivos de la automedicación es la comodidad, ya que se venden medicamentos en ferias libres y otros sitios de alta concurrencia; por lo que las personas suelen tomar esta determinación evitando así ir a una consulta, caminar hasta la farmacia o consultar a su farmacéutico.

Otra razón es el problema económico, ya que ir al consultorio significa un gasto en dinero, locomoción y espera

Los países desarrollados han respondido a esta situación con políticas de control de medicamentos. En Latinoamérica es una preocupación creciente y que causa grandes problemas, especialmente con los medicamentos de venta directa, que son aquellos que se venden sin regulación. Cada medicamento y cada principio activo que lo compone trae consigo una reacción adversa. Estas van desde un simple enrojecimiento cutáneo hasta problemas mayores, como un paro respiratorio.

Así, cuando hay una persona que se automedica y acude a la consulta del médico, éste se dedica a investigar la patología y si no se le informa que está tomando un medicamento puede haber una equivocación en el diagnóstico o el tratamiento, atribuyéndolo a otro motivo.

El segundo problema es la interacción, ya que los medicamentos tienen un principio activo o droga que tiene el mismo sitio de absorción o eliminación y por lo

tanto, puede interactuar con otros medicamentos, con alimentos; algunos aditivos que tienen los alimentos o los tóxicos ambientales, todos los que puede potenciar la acción de la droga o disminuirla.

Todos los medicamentos son peligrosos en la automedicación. Incluso, aunque se suele pensar que las vitaminas no son dañinas, la vitamina A en exceso produce daño tanto a mujeres embarazadas como a los pacientes comunes.

Hasta una simple aspirina está contraindicada para las personas que suelen tener hemorragias o padecen de úlcera gástrica, y los componentes de este medicamento le potencia estas patologías. Por su parte, el paracetamol no está indicado para las personas que tienen daño hepático.

Cada persona es diferente a otra, tanto en absorción, metabolismo y excreción de los fármacos, lo que junto a la reacción adversa que en sí cada fármaco contiene, puede producir un daño.

#### **5.4 Riesgos de la automedicación:**

- Riesgo de morbi y mortalidad.
- Complicaciones médicas.
- Efectos secundarios.
- Trastornos en el funcionamiento de aparatos, sistemas y de la homeostasis.
- Complicaciones del padecimiento que intenta mitigarse.
- Riesgo de adquisición de trastornos adictivos.
- Riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el producto

## **5.5 Factores que influyen en la formación de una cultura de automedicación:**

**-Evaluación del dolor físico:** uso de analgésicos sedantes en exceso debido a los bajos umbrales de dolor o a los hábitos de los individuos de la sociedad actual.

**-Automedicación por compensación de síntomas:** consumo de antidepresivos, ansiolíticos, sedantes o hipnóticos, falta de estrategias para regular el estado de ánimo y las reacciones emocionales.

**-El papel de los medios de comunicación y la industria farmacéutica:** transmisión de mensaje implícitos o de cualquiera aun de conocimientos médicos, puede tener acceso a los medicamentos, mensajes que son frecuentes y con una mercadotecnia detrás.

**-Disponibilidad excesiva de los medicamentos:** A pesar de que existe una legislación al respecto muchos medicamentos son accesibles para cualquiera.

**-Dificultades para la adherencia terapéutica:** En nuestra cultura no se tiene la costumbre de apegarse de modo estricto, disciplinado y regular a las indicaciones que prescribe el médico.

**-Desconocimiento:** Falta de acceso a los servicios de salud.

**-Tendencia familiar hacia la automedicación:** Es clave el papel del aprendizaje social, que influye con frecuencia a otras personas<sup>5</sup>

## **5.6 Uso de fármacos y embarazo:**

Durante el embarazo coexisten dos vidas, por lo que habrá que tener siempre presente que los fármacos utilizados no perjudiquen a ninguna de las dos. Además, el feto en formación es especialmente vulnerable a los posibles efectos de cualquier medicamento que ingiera la madre. Estos efectos nocivos del

---

<sup>5</sup> <http://www.liberaaddictus.org>

medicamento sobre el feto pueden ser causa de alteraciones leves, pasajeras o reversibles, hasta malformaciones o situaciones que pueden poner en peligro el embarazo.

Es evidente que el primer trimestre es especialmente delicado. Pero ahora se prefiere hablar de un uso racional de los medicamentos en el embarazo, antes que de una prohibición.

Durante el embarazo son muchas veces necesarios los medicamentos, pero si no se los toma con conciencia y bajo la opinión de un especialista pueden llevar a riesgos importantes para la salud.

Los medicamentos suelen establecer efectos directos que se relacionan con las proteínas plasmáticas y tisulares; cuando la mujer está embarazada la cantidad de éstas se ve alterada, así como su calidad, lo que puede provocar efectos impensados cuando administramos ciertos medicamentos.

**Los medicamentos durante el embarazo pueden ser muy nocivos, en especial para el embrión; la placenta es la que eventualmente los absorberá;** habitualmente los remedios penetran la placenta, especialmente al final del embarazo debido a que su grosor es mínimo

El riesgo que se corre aquí es la dirección que las sustancias que ingerimos puedan tomar, los remedios suelen viajar directamente hacia el cerebro fetal y otros órganos y debido a que éstos todavía no están maduros, les es imposible eliminar estas sustancias<sup>6</sup>.

**La toxicidad de estas últimas está relacionada con la duración y la frecuencia con la que se las consuma a lo largo de la gestación;** en caso de necesitar algún medicamento durante el embarazo será necesario tener en cuenta tres aspectos fundamentales. El primero, es ser consciente de que no

---

<sup>6</sup> Opcit. portalfarma.com

podemos consumir estos remedios por un largo período y a su vez la dosis debe ser la mínima posible; el segundo aspecto es utilizar estos remedios sabiendo de antemano que no son nocivos y que dan resultado. Por último debemos estar al tanto de la relación riesgo- beneficio informándonos qué sustancias contiene el medicamento

La edad promedio de la menarca ha disminuido, la edad de la concepción ha aumentado y la mejor atención médica ha llevado a una supervivencia más prolongada y a un mejor control de las enfermedades en las mujeres afectadas por una variedad de problemas médicos. Debido a estos cambios la incidencia y el espectro de las asociaciones entre las enfermedades médicas y el embarazo han aumentado

Hasta mediados de la década del 70' las pacientes con enfermedades cardíacas severas, diabetes, y muchos otros trastornos médicos no sobrevivían hasta los años reproductivos o bien tenían una tasa muy elevada de pérdidas fetales. La experiencia del obstetra, del médico internista o generalista era entonces muy limitada. La mayor supervivencia y el mejor control de los trastornos médicos permiten que las mujeres conciban y el mejor manejo médico prácticamente garantiza la supervivencia de la madre y el feto. A su vez impone un nuevo desafío a los médicos que trabajan en estas áreas.

El período durante el que un fármaco tiene mayor riesgo de producir alteraciones congénitas es durante las primeras ocho semanas de embarazo (período de organogénesis), pero la posibilidad de producir efectos adversos persiste a lo largo de toda la gestación.

La etapa de preimplantación (primera semana postfertilización) es el período de máxima embriotoxicidad. Los fármacos pueden producir la muerte del embrión pero no dan lugar a malformaciones o al menos no se dispone de pruebas de que puedan producirlas. En esta etapa se dice que rige la "ley de todo o nada".

Después del primer trimestre del embarazo, los fármacos no suelen producir alteraciones morfológicas muy importantes pero pueden afectar el crecimiento y desarrollo funcional del feto. Además, en el momento del nacimiento, la capacidad del recién nacido para metabolizar y excretar muchos fármacos está muy poco desarrollada y los agentes administrados poco antes o durante el parto, pueden persistir en el neonato

### **5.7 Normas generales para la prescripción de fármacos en la embarazada:**

.Indicar sólo lo absolutamente necesario.

- Restringir la prescripción aún más en el primer trimestre
- Informar sobre los peligros de la automedicación.
- Evitar fármacos de reciente aparición.
- Utilizar la menor dosis eficaz durante el menor tiempo posible.
- Evitar la politerapia y/o la polifarmacia
- Revalorar los posibles tratamientos cuando se conozca un nuevo embarazo<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Opcit. Camacho, Tania y Quintana, Gardenia (tesis)

## **5.8 Categorías de riesgo de los medicamentos según la FDA:**

La Food and Drug Administration (FDA) ha establecido para los fármacos cinco categorías de riesgo (A, B, C, D, X) para indicar el nivel de riesgo que poseen sobre el feto.

### **Categoría A**

Los estudios controlados realizados en mujeres embarazadas no han demostrado un aumento en el riesgo de anomalías fetales en ningún trimestre del embarazo. Pueden prescribirse en cualquier trimestre del embarazo, ya que la posibilidad de daño fetal parece remota. El número de fármacos incluidos en esta categoría es muy bajo al no poder garantizar que no aparezcan efectos nocivos.

### **Categoría B**

Estudios realizados en animales no han demostrado riesgo fetal, pero no hay estudios adecuados, ni bien controlados, en mujeres embarazadas; o bien los estudios en animales han mostrado un efecto adverso, pero los estudios realizados en mujeres embarazadas no han podido demostrar riesgo sobre el feto en ningún trimestre del embarazo. En este grupo se incluyen los fármacos sobre los que no existe evidencia de riesgo fetal. El uso de estos medicamentos se acepta, generalmente, durante el embarazo.

### **Categoría C**

Los estudios realizados en animales han demostrado efectos adversos en el feto, pero no hay estudios adecuados, ni bien controlados, en mujeres embarazadas, o bien no se han realizado estudios en animales, ni existen estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas.

### **Categoría D**

Los estudios controlados y observacionales realizados en mujeres embarazadas han demostrado un riesgo para el feto. Sin embargo, el beneficio de su uso en mujeres embarazadas puede aceptarse a pesar del riesgo. Por ejemplo, si la vida del paciente está en riesgo o en enfermedades graves para las cuales los medicamentos más seguros no pueden usarse o son inefectivos.

### **Categoría X**

Los estudios controlados y observacionales realizados en animales o en mujeres embarazadas han demostrado una clara evidencia de anomalías o riesgo para el feto. El riesgo de la utilización del medicamento en la mujer embarazada sobrepasa claramente cualquier posible beneficio. El medicamento está contraindicado en la mujer que está o que puede quedar embarazada

## **5.9 Fármacos de uso habitual en el embarazo y la lactancia:**

### **Complementos nutricionales**

Hierro: si bien muchos organismos como The Institute of Medicine of EUA recomiendan el aporte de hierro en forma sistemática, aún no es claro cuál es el beneficio real. En general los complementos que se indican tienen una cantidad excesiva pues con una absorción de 6 mg diarios es suficiente y esto se logra con 30 mg/día es decir con 150 mg de sulfato ferroso, 90 mg de fumarato ferroso o 250 mg de gluconato ferroso.

### **Vitamina A**

Los complejos vitamínicos prenatales (5.000 UI/día) no se han asociado con teratogenia, pero el riesgo puede aumentar con dosis > 10.000 UI/día.



### **5.9.1 Situaciones clínicas que requieren el uso de fármaco:**

#### **Embarazada con fiebre uso de antipiréticos**

Durante el embarazo se ha implicado a la fiebre como causa de malformaciones fetales y abortos espontáneos tanto en animales como en el hombre, sobre todo en el primer trimestre de gestación. Se ha planteado que un episodio aislado de fiebre superior a 37,8° en ese período duplica el riesgo de defectos en el desarrollo del tubo neural.

Como antipirético se prefiere el paracetamol a la aspirina. La dosis tóxica de acetaminofén (paracetamol) es de 10 a 15 g.; se deberá ser muy cuidadoso en evitar la toxicidad.

La aspirina es un agente antiinflamatorio no esteroideo de uso oral con propiedades analgésicas y antipiréticas. La FDA recomienda que las mujeres embarazadas no utilicen aspirina durante los últimos tres meses del embarazo.

#### **Embarazada con dolor uso de analgésicos y antiinflamatorios**

Los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos que inhiben la síntesis de las prostaglandinas también pueden prolongar la gestación y el trabajo de parto, e incrementar la hemorragia posparto. También se han descrito, en niños prematuros, dificultades respiratorias, en los expuestos a indometacina o naproxeno.

#### **Embarazada con migraña**

Los alcaloides del cornezuelo del centeno (ergotamina), pueden provocar aborto probablemente por su potencial de producir contracciones uterinas tetánicas. En la mujer que amamanta están contraindicados o se debe suspender la lactancia.

Alternativas pueden ser: AINE, beta bloqueantes.

## **Embarazada con infección bacteriana uso de antibióticos**

### Penicilina (Categoría B)

Es un antibiótico  $\beta$ -lactámicos de amplio espectro. Combinada con gentamicina es útil para el tratamiento de infecciones de origen ginecológico.

Es la droga para el tratamiento de la sífilis en el embarazo pues es la única capaz de prevenir los efectos sobre el feto de la sífilis congénita. Para algunos autores incluso si la madre es alérgica a la penicilina se la debe de sensibilizar rápidamente para poder tratarla con penicilina y así prevenir la injuria del feto.

### Ampicilina y Amoxicilina (Categoría B)

Son antibióticos  $\beta$ -lactámicos semisintéticos y tienen un espectro de acción similar a la penicilina pero ampliado. Amoxicilina-Clavulánico (Categoría B) El clavulanato amplia aún más el espectro de acción y permite tratar por ejemplo infecciones urinarias por gérmenes productores de  $\beta$ -lactamasa. Algo similar ocurre con la asociación ampicilina-sulbactam.

### Cefalosporinas (Categoría B)

Son antibióticos  $\beta$ -lactámicos que tienen un espectro similar a los anteriores aunque más amplio. Todas ellas serían drogas seguras durante el embarazo.

### Macrólidos

#### Azitromicina y Eritromicina (Categoría B)

Efectivos para estreptococo pneumoniae, S. pyogenes, S. agalactiae, Chlamydia trachomatis, H. Influenzae, Moraxella catarrhalis y Mycoplasma pneumoniae por lo que se usan frecuentemente en infecciones respiratorias y en infecciones genitourinarias. Tienen buena tolerancia y se pueden usar durante el embarazo.

### Cloranfenicol

Este fármaco no lo puede metabolizar el neonato ("síndrome del niño gris"); sin

embargo no se han reportado efectos tóxicos en recién nacidos de madres tratadas con cloranfenicol. De todas maneras teniendo en cuenta que atraviesa la placenta y que también aparece en la leche materna no se aconseja su uso inmediatamente antes del parto ni durante la lactancia.

#### Metronidazol (Categoría B)

Si bien es un fármaco categoría B, muchos autores están de acuerdo en ser particularmente cautelosos con este fármaco, sobre todo en el primer trimestre, ya que es mutágeno en bacterias y carcinógeno en roedores.

#### Sulfamidas (Categoría B)

Asociado a trimetoprim se usan en infecciones principalmente en pacientes alérgicos a  $\beta$ -lactámicos. Trimetoprim es un inhibidor del ácido fólico que se ha asociado con malformaciones del tubo neural por lo que se debe tener la precaución, al utilizarlo como antibiótico, dar suplemento de ácido fólico.

#### Nitrofurantoína (Categoría B)

Es efectivo para el tratamiento de infecciones urinarias, bien tolerado en general. Están descritos fenómenos adversos importantes como hipersensibilidad pulmonar, hepatitis, neuropatía periférica, y anemia hemolítica en pacientes con déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa.

#### Quinolonas (categoría C)

Dentro de este grupo tenemos los de más tiempo de utilización como el ácido nalidíxico que ha demostrado ser mutagénico, puede provocar artropatías en animales inmaduros e hipertensión endocraneana en neonatos. Dentro de las de última generación, su uso se ha cuestionado por la existencia de comunicaciones que establecen que la ciprofloxacina y norfloxacina tienen una elevada afinidad por el hueso y el cartílago, con la potencialidad de causar artralgias en los niños expuestos.

### **Antirretrovirales en la embarazada**

Sí no se administran antirretrovirales durante el embarazo, 15 a 20 % de los niños expuestos a la infección materna por VIH serán infectados con dicho virus.

Todas las embarazadas VIH positivo deben recibir terapia antirretroviral con zidovudina.

## **VI. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **6.1 Tipo de estudio.**

El presente estudio se clasifica dentro del campo de la farmacoepidemiología (EUM) como un estudio de información terapéutica, en este caso particular la utilización de medicamentos sin prescripción médica por parte de embarazadas asistentes a 3 centros de salud de la ciudad de León.

Se caracteriza por ser un estudio descriptivo de corte transversal efectuado a mujeres embarazadas asistentes al programa de control prenatal de los centros de salud: Mantica Berio, Perla María Norori y Subtiava en enero del 2009.

### **6.2 Área de estudio.**

Esta investigación se realizó en tres centros de salud de atención primaria de la ciudad de León los cuales cuentan a su vez con varios puestos de salud tanto en el área urbana como rural. En el centro de salud Félix Pedro Picado de subtiava se brinda atención a embarazadas por medio de CPN y Proyecto CARAS; las embarazadas son atendidas por 2 médicos generales y 1 obstetra asistiendo un promedio de 15 pacientes por día.

En el centro de salud Perla María Norori la atención brindada a embarazadas está a cargo de 3 médicos generales y 1 especialista realizándose control del embarazo (CPN) a un promedio de 15 pacientes por día.

En el centro de salud Mantica Berio la atención brindada está a cargo de 2 médicos generales y de 1 especialista atendiendo un total de 72 embarazadas con un promedio de 10-15 pacientes por día.

### **6.3 Población de estudio.**

Fueron todas las pacientes embarazadas inscritas y asistentes al programa de control prenatal de los tres centros de salud durante un periodo de estudio estipulado.

Para seleccionar la unidad de análisis (mujeres embarazadas) se determinaron criterios de inclusión y de exclusión que debieron cumplir las pacientes para formar parte de este estudio.

#### **6.3.1 Criterios de inclusión:**

- Paciente embarazada que asistían al CPN durante el periodo de estudio.
- Embarazada que estuvieron de acuerdo en brindar información pertinente para el estudio.

#### **6.3.2 Criterios de exclusión:**

- Pacientes que se negaron a brindar información.
- Paciente sin diagnóstico de embarazo.

### **6.4 Métodos de recolección de información:**

La información se recopiló por medio de una ficha de recolección de datos diseñada especialmente para obtener información válida y cumplir con los objetivos del estudio a través de entrevistas directas a embarazadas asistentes al control prenatal.

La ficha de recolección de información está compuesta por los siguientes acápite:

- Datos generales de la paciente.
- Datos de la automedicación.
- Datos de los fármacos autoadministrados.

En el presente estudio las pacientes además de cumplir con los criterios de inclusión fueron entrevistadas por las investigadoras al momento de efectuarse las citas de cada paciente embarazada según agenda de consulta de programa.

Tanto la recolección de fichas de datos como el formulario de preguntas se describen de manera completa en anexos.

#### **6.5 Manejo de datos estadísticos:**

Los resultados obtenidos a través de las fichas serán analizados por el sistema SPSS versión 14.0 para el manejo estadístico y evaluación de tablas de frecuencia y porcentaje.

### 6.6 Operacionalización de las variables.

<b>Objetivo:</b>			
Caracterizar a las mujeres en el estudio según grupo de edad y antecedentes obstétricos.			
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicación</b>
Edad	Años cumplidos de la persona encuestada al momento de realizarle la entrevista.	-Menores de 18 años  -18 a 25 años  -26 a 34 años  -Mayores de 34 años	Frecuencia y %
Patología concomitante.	Enfermedades que pueda presentar la mujer las cuales pueden agravar su estado.	-	Frecuencia y %
Paridad	Número de partos que ha tenido la mujer.	-Nulípara ,    -Bípara  -Multípara ,    -Gran-multípara	Frecuencia y %
Trimestre de embarazo	Periodo en que se divide el embarazo y en el que se encuentra la mujer al momento de la entrevista.	-1er trimestre, - 2do trimestre  -3er trimestre.	Frecuencia y %



**Objetivo:**

Identificar las principales causas de automedicación en la población en estudio.

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicación</b>
Causas de automedicación	Factores que influyeron en la decisión de automedicarse.	-	Frecuencia y %

**Objetivo:**

Especificar los fármacos que las mujeres embarazadas se autoadministran con más frecuencia.

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicación</b>
Fármaco	Sustancia química que tiene propiedades curativas	-	Frecuencia y %

## VII. RESULTADOS:

Los siguientes resultados se obtuvieron a partir de una entrevista aplicada a 60 mujeres asistentes al control prenatal de tres centros de salud de la ciudad de León.

**Tabla Nº 1: Estratificación de la muestra de acuerdo a rango de edad y antecedentes obstétricos.**

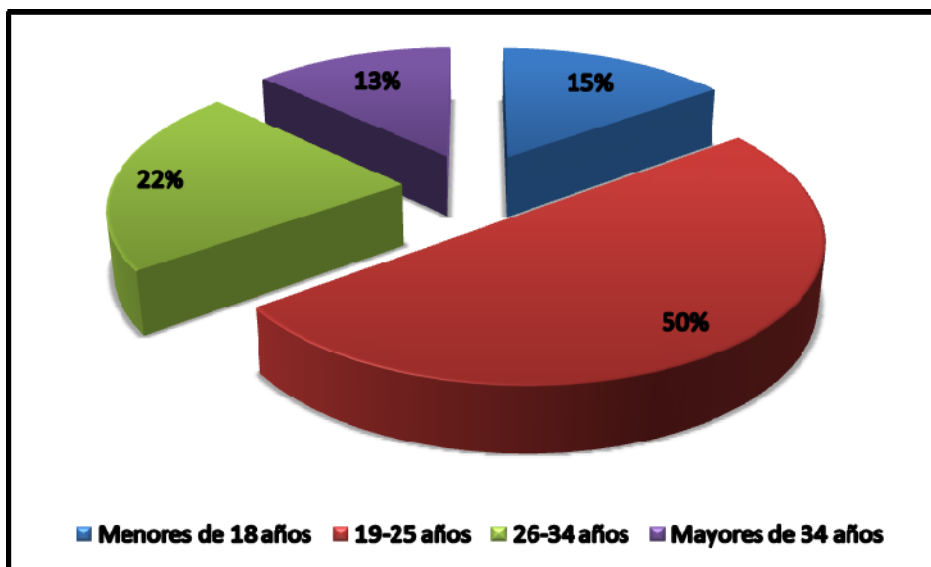
GRUPO DE EDAD.	PARIDAD				TOTAL	%
	Nulípara.	Bípara.	Múltipara.	Gran múltipara.		
< 18 años	9	–	–	–	9	15
18-25 años	9	16	5	–	30	50
26-34 años	2	3	6	2	13	22
> 34 años	–	–	5	3	8	13
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>60</b>	<b>100</b>
<b>%</b>	<b>33</b>	<b>32</b>	<b>27</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>–</b>

Respecto a la distribución de las pacientes por grupo de edad y paridad se determino que:

De un total de 60 pacientes 20 (33%) reportaron, según expediente clínico, ser nulíparas del grupo de nulíparas (20) 9 están en el rango de edad de menores de 18 años y 9 en el grupo de 10 a 25; las bíparas que resultaron ser el segundo grupo en orden de frecuencia (32%) reportaron 16 de un grupo de 19 mujeres en el rango de 18 a 25 años, solo el 8% del total de pacientes reportaron ser gran múltiparas.

### GRAFICO N° 1.

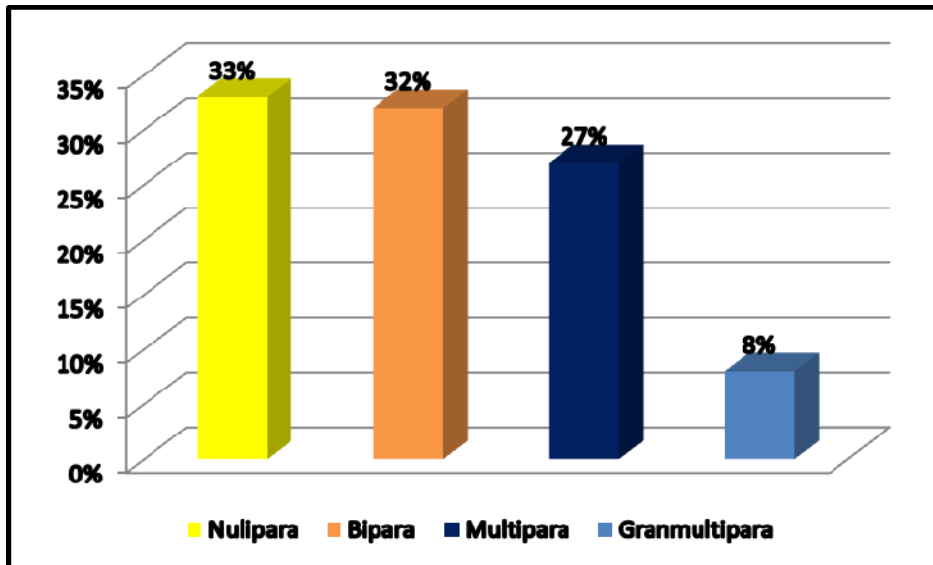
Clasificación de las participantes en el estudio de acuerdo a la edad.



El 50% de la población en estudio se categorizo en el grupo de edad de 18 a 25 años, en segundo orden de frecuencia las pacientes de 26 a 34 años (22%), las menores de 18 años representaron el 15% del total de pacientes y el 13% restante corresponde al grupo de mujeres mayores de 34 años.

## GRAFICO N°2.

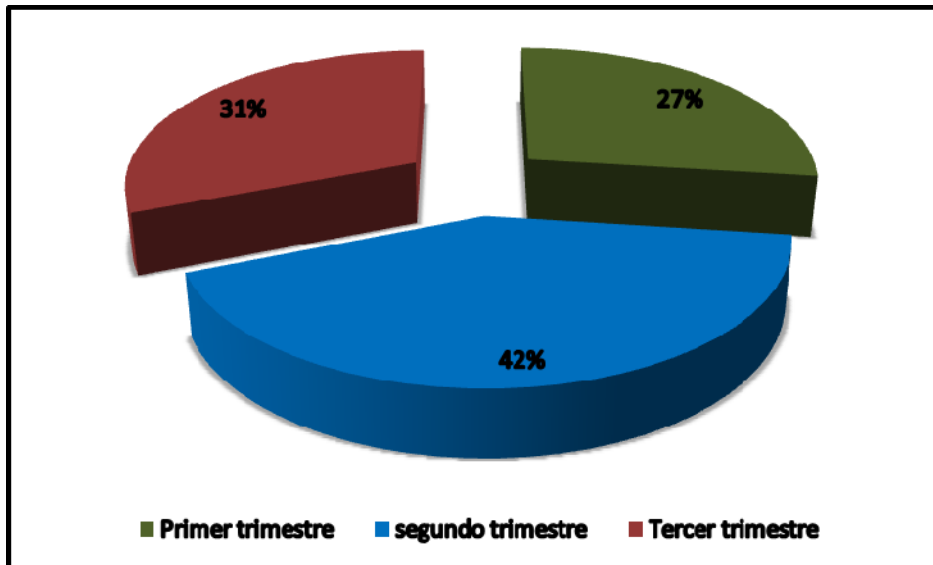
Estratificación de las pacientes de acuerdo a sus antecedentes obstétricos.



En cuanto a la estratificación de las pacientes de acuerdo a sus antecedentes obstétricos se verificó que del total de la muestra en estudio un 33% de ella pertenecen a mujeres nulíparas, un 32% a Bíparas, un 27% corresponden a múltiparas y un 8.335% representa a mujeres granmúltiparas.

### GRAFICO N°3.

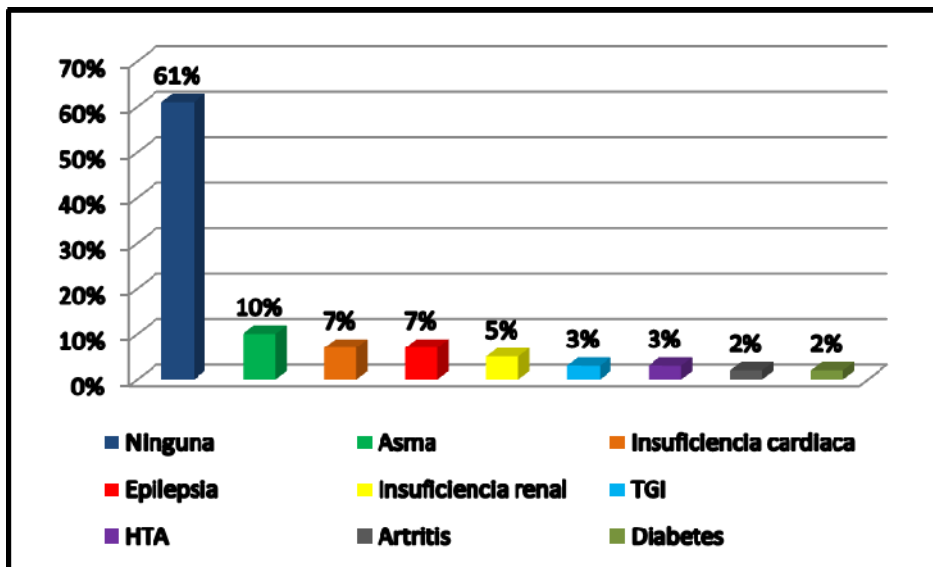
Categorización de las pacientes en estudio de acuerdo al trimestre de embarazo en el que se encuentran al momento del estudio.



De acuerdo a las respuestas dadas por las pacientes sobre el trimestre de embarazo en el que se encuentran al momento del estudio la mayoría se encontraba en el segundo trimestre de su embarazo( 41% ) en segundo orden de frecuencia las pacientes en el tercer trimestre de embarazo( 31% ) y un último grupo corresponde a aquellas en el primer trimestre de embarazo 26% del total.

## GRAFICO N° 4.

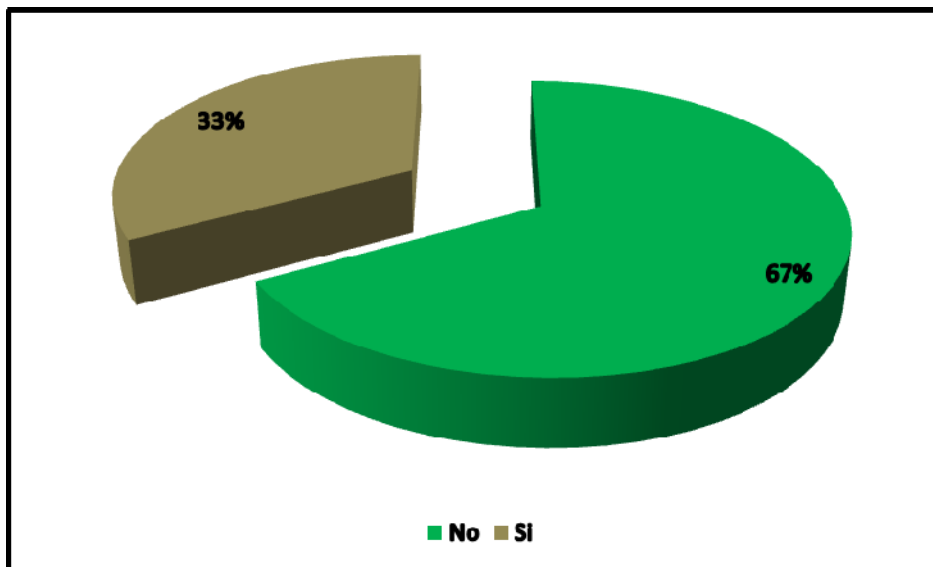
### Enfermedades concomitantes en las pacientes.



Respecto a las enfermedades concomitantes en estas pacientes y según la información obtenidas en expediente clínico 60% de estas no presentaban ninguna, 10% presenta asma bronquial, 7% presenta epilepsia, un 7% insuficiencia cardiaca, un 5% insuficiencia renal, 3%HTA, 3% trastornos gastrointestinales, 2% diabetes y un 2% presenta artritis.

### GRAFICO N° 5.

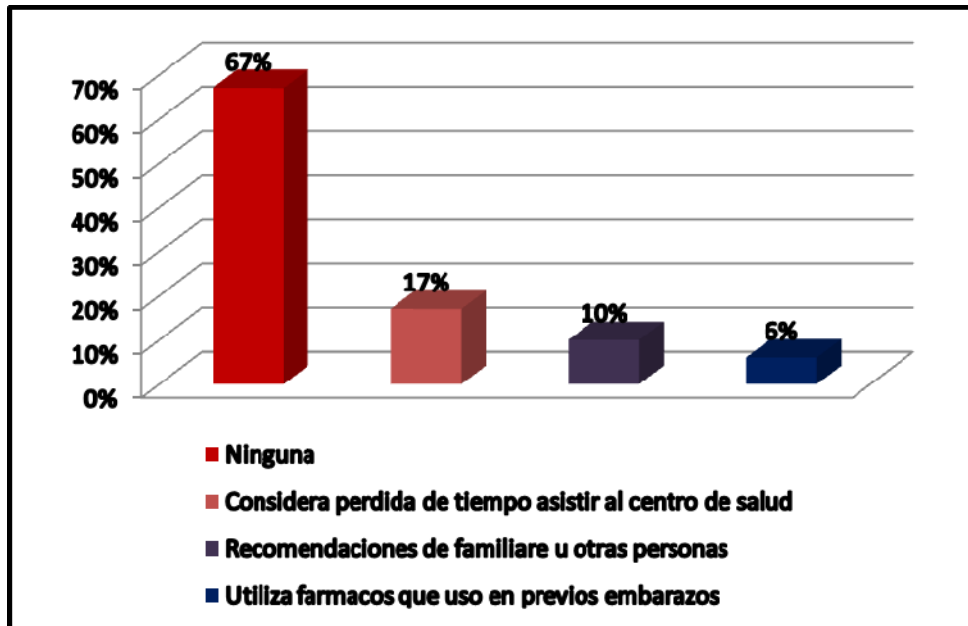
Pacientes que admitieron automedicarse durante el estado de embarazo.



Según los resultados obtenidos se determino que un 67% de toda la población en estudio no acostumbra automedicarse durante el embarazo y un 33% refirió que si lo hace.

## GRAFICO N° 6.

Causas para la práctica de automedicación en pacientes que admitieron realizar esta actividad.

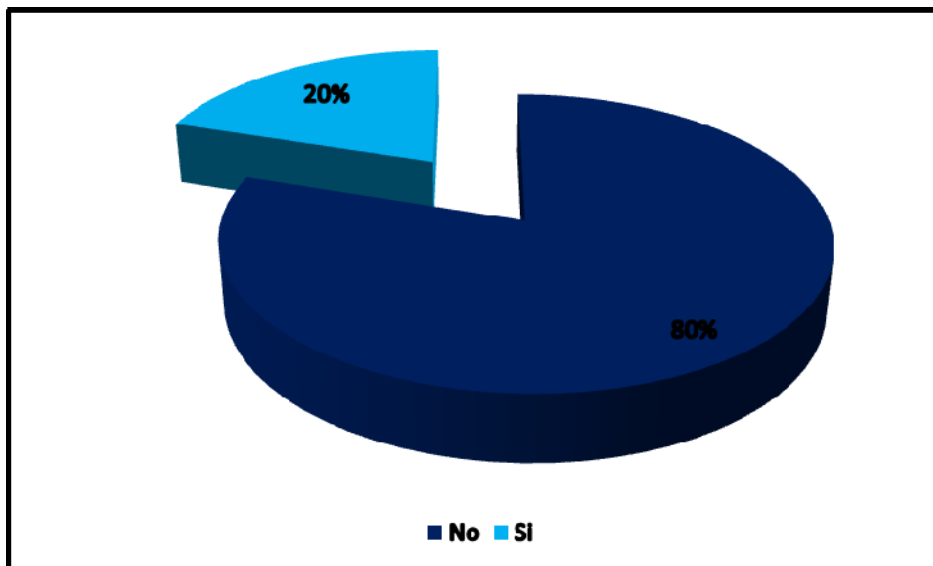


De acuerdo a las respuestas obtenidas mediante la entrevista se determinó que del 33% que admitió automedicarse un 16.66% lo hace porque consideran que es una pérdida de tiempo asistir al centro de salud, un 10% lo hacía por recomendaciones familiares u otras personas, y un 6.66% lo hacía porque acostumbra usar fármacos que utilizó en embarazos anteriores.



### GRAFICO Nº 7.

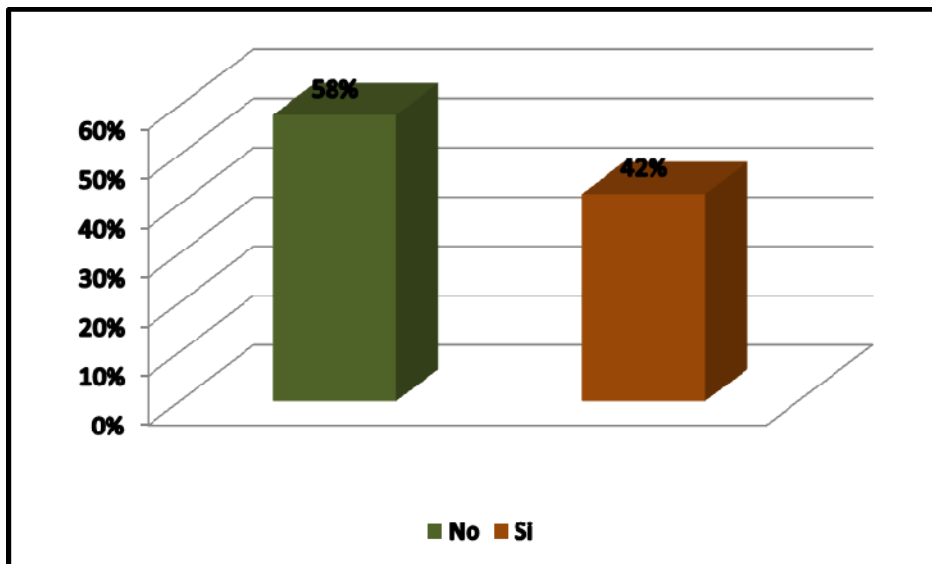
Pacientes que utilizan medicamentos anunciados en medios de comunicación.



El 20% de la población encuestada manifestó que utiliza medicamentos publicitados durante su embarazo.

## GRAFICO N° 8

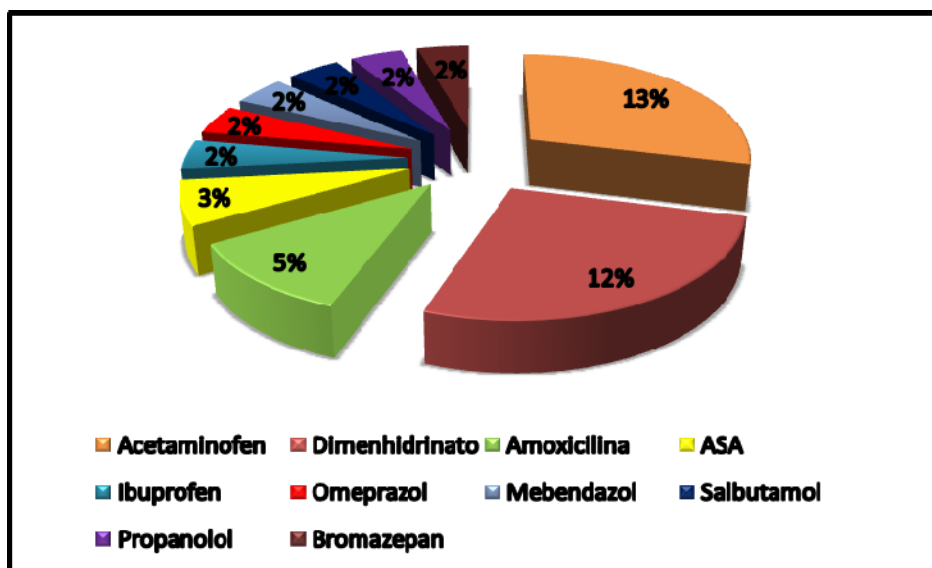
### Acceso a medicamentos sin prescripción.



De acuerdo a las respuestas obtenidas por parte de la población en estudio se determino que un 58% de las pacientes considera que tienen acceso a los medicamentos sin prescripción y un 42% respondió no tener acceso.

## GRAFICO N°9

Fármacos autoadministrados por las mujeres en estudio.



Según las respuestas emitidas por las participantes del estudio el acetaminofen (13%) constituyo el fármaco con mas alto índice de automedicación, en segundo orden de frecuencia el dimenhidrinato (12%), la amoxicilina (5%), ASA (3%), ibuprofen, mebendazol, salbutamol, propanolol, omeprazol y bromazepan obtuvieron un 2% cada uno para constituir un total de 33% que representa la cantidad de mujeres que admitieron haberse automedicado.

## VII. DISCUSIÓN

En el presente trabajo en el cual se entrevisto a un total de 60 mujeres embarazadas en diferentes rangos de edad. Se identifico el porcentaje de mujeres que tienen el habito de automedicarse y las posibles causas por las que llevan a cabo esta práctica durante el estado de embarazo.

En la mayoría de países latinoamericanos incluyendo Nicaragua la edad a la que las mujeres conciben es muy temprana debido a diferentes factores socioeconómicos y culturales. En estudios anteriores como el realizado en el año 2000 por estudiantes de la carrera de medicina titulado embarazo en adolescentes de la ciudad de León, se reflejan algunos de estos factores, entre los socioeconómicos se mencionan la presión de los padres, violencia intrafamiliar e inestabilidad familiar y entre los culturales se encontraron el machismo y desconocimiento general de los métodos anticonceptivos.<sup>8</sup>

En el estudio que se llevo a cabo se observo que el 15% de las mujeres entrevistadas son menores de 18 años y el 50% se encontraban entre los 18 y 25 años esto refleja una alta tasa de fertilidad entre adolescentes y jóvenes como consecuencia de esta característica existe una mayor amenaza de partos prematuros y abortos debido a la inmadurez fisiológica de las embarazadas y a su vez mas riesgos por inexperiencia con el uso de medicamentos.

En cuanto a la estratificación de las pacientes de acuerdo a sus antecedentes obstétricos se encontró que las de mayor frecuencias fueron las nulíparas con un 33%, es decir la mayoría de la población en estudio estaba embarazada de su primer hijo, en segundo lugar se reportaron las bíparas con un 31.66%, las multíparas con 26.66% y por últimos las gran multíparas 8.33%

---

<sup>8</sup> Medrano Mercedes, Palacios carolina. Embarazo en adolescentes de la ciudad de León. Octubre-noviembre 2000. UNAN-León

Así mismo se determino que un 33% de las mujeres entrevistadas se han automedicado en el transcurso de su embarazo y cabe recalcar que la mayoría de estas se encuentran en el segundo trimestre, un periodo de menor riesgo comparado con el primero en el que la embriogénesis es el elemento principal. Sin embargo, esto no excluye la posibilidad de el paso de sustancia a través de la placenta, el cual está determinado por factores físico químico y características del medicamento como: Liposolubilidad, peso y tamaño (menor de 700dalton) y principalmente la madurez placentaria puedan afectar el desarrollo de las funciones normales del organismo del feto. Respeto a la madurez placentaria esta está determinada por el desarrollo de la circulación materno fetal por medio de las arterias espirales de la placenta. Este desarrollo se completa al final del primer trimestre e inicio del segundo lo cual como se menciona anteriormente determina un paso efectivo de cualquier sustancia que tome la mujer durante el embarazo.<sup>9</sup>

Si bien, durante el primer trimestre, con el relativo poco desarrollo de la circulación placentaria, la posibilidad de la teratogénesis depende la naturaleza del fármaco y la fase evolutiva del embrión durante el segundo trimestre del embarazo depende más de la circulación placentaria y de la concentración del fármaco en el tejido fetal.

El 38.31% de las mujeres en el estudio padecen de diferentes enfermedades concomitantes algunas de las cuales son crónicas como HTA, asma bronquial, insuficiencia cardiaca , epilepsia, diabetes y artritis lo que implica la utilización de fármacos permanentemente ya que la suspensión de estos puede resultar más peligroso que la utilización del tratamiento un ejemplo de ello es el caso de una mujer hipertensa que no sea tratada adecuadamente corriendo el riesgo de desarrollar preeclampsia ya que esta se superpone en el 20% de los embarazos de mujeres hipertensas y se relaciona directamente con el retardo del crecimiento intrauterino y en casos graves puede resultar en muerte fetal y/o materna.

---

<sup>9</sup> [http. www.portalfarma.com](http://www.portalfarma.com)

También se puede mencionar la necesidad de continuar la medicación en los casos de mujeres epilépticas que se embarazan, puesto que aunque los anti convulsivantes por si mismos pueden ocasionar mal formación en medula espinal y paladar, el beneficio de uso supera el riesgo debido a que la suspensión del tratamiento crónico potencia la posibilidad de crisis convulsiva en la gestación que origina hipoxia fetal y por ende trastornos metabólicos en el futuro nonato.

La mayoría de las mujeres que presentan enfermedades crónicas reportaron no automedicarse para el tratamiento de su enfermedad, pero algunas de ellas admitieron haber usado fármacos sin haber consultado con el médico ya que según ellas conocían el tratamiento. Dicha práctica presenta ventajas y desventajas, una de las principales ventajas es evitar complicaciones o recaídas en patología entre los niveles plasmáticos de los medicamentos deben permanecer constantes sin embargo la principal desventaja es la posibilidad de emplear dosis a intervalos de dosis erróneas con lo cual se pueden obtener o niveles sub terapéuticos o peor aun niveles tóxicos principalmente cuando los medicamentos tienen tiempo de vida media prolongados como el acetaminofén con un tiempo de vida media de 1 a 4 horas el dimenhidrato que oscila entre 4 y 6 horas así como la amoxicilina con un tiempo de vida media de 2 horas.

Se sabe que existen tratamientos que se pueden usar de forma segura durante el embarazo para enfermedades como el asma, la HTA, epilepsia etc., Sin embargo existen muchos otros que están totalmente contraindicados ejemplo de ello es la utilización de valproato sódico(categoría D) como anticonvulsivante ya que dicho fármaco es capaz de producir un síndrome fetal con alteraciones craneofaciales y digitales así como del tubo neural , otro ejemplo es el uso de atenolol (categoría D) este puede producir retardo del crecimiento intrauterino.

La mujeres encuestadas refirieron usar acetaminofén (B) sin prescripción médica dicha aseveración represento un alto porcentaje (13.33%) entre las encuestadas aunque este medicamento empleado a dosis terapéutica puede mostrar seguridad durante el embarazo, se aconseja no emplearlo al final del embarazo debido a la

inhibición de la síntesis de prostaglandina con el consecuente riesgo de retardo o aceleración del inicio de trabajo de parto.

Se menciona además la automedicación con dimenhidrinato (categoría B) un fármaco también utilizado en el embarazo para la prevención y tratamiento de las náuseas, no existen estudios que demuestren que dicho fármaco produzca daños en el feto según la FDA.<sup>10</sup>

En contraste con los medicamentos antes mencionados que no representan un gran peligro para el feto, se menciona también la aspirina (categoría D) un fármaco que según estudios realizados por la revista médica "*British Medical Journal*" ha demostrado aumentar el riesgo de hemorragia a dosis normales, además de inhibir la contractilidad uterina y prolongar tanto la labor de parto como la gestación.

Otro de los fármacos mencionados como utilizados sin receta médica fue el mebendazol un medicamento en que no se han realizado estudios sobre su administración en el embarazo en humanos y que su uso solo se acepta en caso de que no exista otra alternativa de tratamiento.

Las mujeres encuestadas manifestaron auto medicarse con: propanolol, salbutamol ,ibuprofeno y omeprazol todos estos pertenecen a la categoría C de riesgo en el embarazo lo que implica que los estudios realizados en animales han demostrado efectos adversos en el feto, pero no hay estudios adecuados, ni bien controlados, en mujeres embarazadas.<sup>11</sup>

La principal causa de automedicación resulto ser el considerar que asistir a los centros de salud es una pérdida de tiempo lo que refleja falta confianza en el sistema de salud ya que la mayoría de los pacientes consideran que los centros

---

<sup>10</sup> Flórez Jesús. Farmacología humana.3ª ed.

<sup>11</sup> Adams Meredith, Fatone Patrick. Medicine and Pragnancy

de salud brindan una atención deficiente o inadecuada ya sea por falta de recursos económicos o de personal para atender.

Las encuestadas refirieron como segunda causa de automedicación seguir recomendaciones de familiares u otras personas y la tercera el usar medicamentos que habían utilizado en embarazos anteriores, todo esto nos indica una cultura de automedicación que muchas veces ocurre por la falta de conocimientos de la población acerca de los peligros del uso de medicamentos durante el embarazo o en cualquier circunstancias en las que se usen fármacos sin prescripción médica.



## VIII. CONCLUSIÓN

El presente trabajo tuvo como finalidad determinar las principales causas de automedicación en mujeres asistentes al control prenatal de los tres centros de salud Mantica Berio, Perla María Norori y Félix Pedro Picado durante enero del 2009 encontrándose como principal causa considerar que la asistencia a los centros de salud es una pérdida de tiempo.

Se reconocieron otras causas, ninguna de ellas aisladas con respecto a otros territorios ya que en un estudio titulado Automedicación en la ciudad de Chinandega realizado en el año 2002 por estudiantes de farmacia se mencionan causas similares.<sup>12</sup>

El rango de edad que más prevaleció entre las mujeres del estudio fue de los 18 a 25 años (50%), otro de los objetivos fue determinar los antecedentes obstétricos de las pacientes y a través de los expedientes clínicos se concluyó que las nulíparas (33%) sobresalieron entre las bíparas (31.66%) que fueron el segundo orden de frecuencia.

El medicamento que resulto ser el mas autoadministrado por las participantes del estudio fue el acetaminofen (13.33%) que obtuvo el mayor porcentaje, seguido de cerca por el dimenhidrinato (11.66%) y en un tercer lugar la amoxicilina (5%), los tres fármacos mencionados se encuentran en la categoría B para su uso en el embarazo. Con esto se refleja que las mujeres consideran pérdida de tiempo asistir al centro de salud ya que cuando sintieron los síntomas propios del embarazo como nauseas o dolor de cabeza prefirieron automedicarse que realizar una consulta con el médico.

Sin embargo se observa una disminución significativa de esta práctica con respecto a los resultados obtenidos por el estudio antes mencionado,

---

<sup>12</sup> Pereira Karen, Ríos Rosa. Automedicación en la ciudad de Chinandega. Agosto-noviembre 2002 UNAN-León

Automedicación en la ciudad de Chinandega realizado en el año 2,002 reflejando una tasa de automedicación de 68% en contraste con el estudio que realizamos en el que el resultado de automedicación fue de 33% , esto probablemente se deba a los esfuerzos del ministerio de salud y ONG que promueven el acceso a la salud y el uso racional de los medicamentos para poder llevar a la mínima expresión este habito que cuando no está basado en el conocimiento fiable es perjudicial para la población en general pero principalmente para grupos vulnerables como es el de las embarazadas.

Es necesario crear estrategias educativas en las cuales el farmacéutico se involucre de forma significativa en equipos multidisciplinarios para la conformación de planes de educación continua dirigida tanto al prescriptor como a la población usuaria de medicamentos para poder lograr un uso racional de los medicamentos y una disminución de las reacciones adversas e interacciones producidas por la automedicación

## IX. RECOMENDACIONES

- Desde lo interno de hospitales y centros de salud propiciar la creación de estrategias educativas enfocadas a los profesionales de salud incluyendo a médicos, farmacéuticos y enfermeras para que estos orienten a pacientes y población en general con respecto a los riesgos de la automedicación y fomentar el uso racional de los medicamentos.
- Desde los salones de clase incentivar a los futuros profesionales de la salud valores morales y éticos en función de mejorar la práctica y evitar los intereses económicos que muchas veces rigen las funciones de médicos y farmacéuticos.
- Las universidades en su rol de instituciones educadoras podrían crear programas de preparación para los estudiantes del ámbito de la salud para luego formar campañas de educación en las cuales los estudiantes con una preparación previa puedan dirigirse a la población y crear conciencia de los riesgos que conlleva la automedicación en grupos vulnerables como en este caso el embarazo.
- Es necesario que las autoridades fomenten la regulación de la ley 292 de medicamentos y farmacia para poder disminuir los índices de automedicación y las consecuencias de esta práctica.
- El ministerio de salud podría destinar un presupuesto para la creación de campañas publicitarias en las que se explique de la forma más sencilla posible las consecuencias de la práctica de automedicación para la salud de las personas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Adams Meredith, Fatone Patrick. Medicine and pregnancy. *The British Medical Journal*. 2006
2. Camacho Tania, Quintana Gardenia, García Darling. Uso de medicamentos en mujeres embarazadas que asisten al programa de control prenatal en el centro de salud Félix Pedro Carrillo, Sutiava de la ciudad de León durante septiembre-octubre 2006. UNAN 2007.
3. Cesari Elena, Ligato María, Nobili Elena, Caruso Alessandro. Prenatal drug exposure and teratological risk. The Italian teratology information service. 2008
4. Florez Jesus. Farmacología humana. 3ª ed.
5. Gideon Koren, Pastuszak Anne e Ito Shinja. Drugs in pregnancy. *The new England journal of medicine*. 1998
6. Goodman y Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. Vol I y II. 10ª ed.
7. Lawrence M. Tierney, Stephen J. Mephe, Maxine A. Papadakis. Diagnostico clínico y tratamiento. 41ª ed.

8. Medrano Mercedes, Palacios Carolina. Embarazo en adolescentes de la ciudad de León. Octubre- noviembre 2000 UNAN-LEON.
  
9. Mercado Guillermo. Automedicación en el embarazo.  
[www.liberaaddictus.org](http://www.liberaaddictus.org)
  
10. Pereira Karen, Ríos Rosa. Automedicación en la ciudad de Chinandega Agosto-noviembre 2002 UNAN-LEON.
  
11. Tello Vera Stalin, Jovera Ángela. Factores asociados a la incidencia de la automedicación.  
[www.monografias.com](http://www.monografias.com)
  
12. Úbeda Orestes. Uso de medicamentos durante el embarazo.  
[www.portalfarma.com](http://www.portalfarma.com)

ANEXOS

## INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

**Causas de automedicación en mujeres embarazadas asistentes al control prenatal de tres centros de salud de la ciudad de León. Noviembre 2008.**

Ficha N°: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### I. Datos generales de la paciente:

1. **Edad (años):** a) menor De 18 años b) 18-25 c) 26-34 d) mayor de 34
2. **Paridad:** a) Nulípara b) Bípara c) Multípara d) Gran-multípara
3. **Trimestre de embarazo:** a) Primer trimestre b) Segundo trimestre c) Tercer trimestre
4. **Enfermedades concomitantes:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### II. Causas de automedicación:

1) Elementos relacionados	SI	NO
Acostumbra administrarse algún fármaco cuando siente alguna molestia común (dolor de cabeza, dolor de estomago)		
Usualmente utiliza medicamentos que son anunciados en los distintos medios de comunicación.		
Comúnmente tiene acceso a medicamentos sin prescripción médica.		

#### 2) Acude a comprar medicamentos sin prescripción porque:

1. Considera que acudir al centro de salud es pérdida de tiempo \_\_\_\_\_
2. Falta de confianza en los conocimientos del medico \_\_\_\_\_
3. Prefiere seguir las recomendaciones de familiares u otras personas (amigos, vecinos, conocidos, etc.) \_\_\_\_\_
4. Utiliza los medicamentos probados en embarazos anteriores. \_\_\_\_\_

### III. Fármacos autoadministrados \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Efectos teratogenicos producido por farmacos:



Uso de talidomida durante el embarazo

