

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONSUMO DE MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCION MEDICA
DURANTE EL EMBARAZO**

Estudio Prospectivo-descriptivo sobre el Consumo
de Medicamentos sin Prescripción médica durante
el embarazo, en las pacientes que asistieron al
Departamento de Gineco-Obstetricia Hospital
Nacional de Chimaltenango del 1 de abril
al 31 de mayo de 1994. Guatemala

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

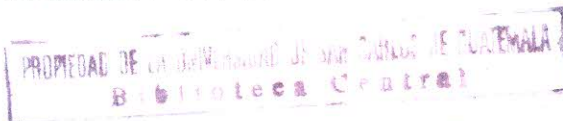
P O R

EDNA BEATRIZ RODRIGUEZ GALICIA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1994.





FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

FORMA C

Guatemala, 8 de junio de 1994

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: Perito Contador Edna Beatriz Rodriguez Galicia
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos

_____ Carnet No. 8616198
_____ completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

Consumo de Medicamentos Sin Prescripción Médica Durante el
Embarazo.

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Brick D. De León B.
Médico y Cirujano
Colegiado No. 6852

Asesor
Firma y sello personal

Firma del estudiante

Revisor
Firma y sello
Registro Personal 6483.

Dr. Joel Eleazar Sical Flores
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 4175

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: EDNA BEATRIZ RODRIGUEZ GALICIA

Carnet Universitario No. 86-16198

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"CONSUMO DE MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCION MEDICA DURANTE EL EMBA-
BAZO"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
ORDEN DE IMPRESION:


Guatemala, 8 de junio de 1994

Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl A. Castillo Rivas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :




Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco
D E C A N O

INDICE

I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	3
IV. OBJETIVOS	4
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI. METODOLOGIA	18
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	23
VIII. INTERPRETACION DE RESULTADOS	34
IX. CONCLUSIONES	37
X. RECOMENDACIONES	38
XI. RESUMEN	39
XII. BIBLIOGRAFIA	40
XIII. ANEXOS	42

I. INTRODUCCION

El presente trabajo descriptivo, prospectivo de corte transversal, realizado en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango, referente al consumo de medicamentos sin prescripción médica durante el embarazo, en el cual se pretendió determinar la magnitud de éste problema, que factores influyen, e identificar cuales medicamentos son los de mayor consumo.

El consumo de medicamentos sin prescripción médica, es una práctica común en nuestra sociedad, y la etapa del embarazo no es la excepción con sus consecuentes daños a la salud del binomio madre-niño. Por lo que la medicina preventiva juega un papel fundamental en la solución de éste problema.

El mayor desarrollo tecnológico y los adelantos de la ciencia médica, no logran alcanzar el impacto en masa tal como lo plantea la medicina preventiva.

Se logró determinar que un alto porcentaje consumen medicamentos sin prescripción médica durante el embarazo; el ácido acetil salicílico y el acetaminofén fueron los de mayor consumo, aunque un buen porcentaje de consumidoras de ácido acetil salicílico ignoraban que era ésto lo que consumían; un 47% es automedicado; un 56% cree que no es necesario consultar al médico. Factores como: grupo étnico y escolaridad no fueron determinantes.

Para éste estudio se encuestaron a 177 pacientes embarazadas que consultaron al departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango, del 1 de abril al 31 de mayo de 1994.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Durante el embarazo la posibilidad de que el producto de la concepción nazca con una malformación, representa uno de los motivos más frecuentes de preocupación. El elevado porcentaje de casos sin explicación de la génesis de malformación, lleva quizá a formular una serie de hipótesis que expliquen el hecho. A menudo tales hipótesis se refieren a medicamentos tomados por la embarazada y ello obedece a varios motivos: los medicamentos son muchas veces posibles teratógenos, escribiéndose mucho al respecto en revistas y artículos científicos. Los fármacos no son parte natural del ecosistema y, por lo mismo, se les vé con cierta desconfianza, en especial cuando se usan sin una buena razón o por motivos triviales, finalmente, porque los medicamentos se cuentan entre los pocos agentes ambientales lo cual hace posible determinar, con bastante facilidad, la exposición durante la vida prenatal. (10)

Sin embargo a pesar de conocer lo anterior, poco se ha hecho para determinar cuales son los medicamentos que con más frecuencia consumen las mujeres embarazadas, específicamente sin prescripción médica, ya que como sabemos, nuestra gente, por diversos factores y por su misma ideosincracia, no consulta con el médico, consumiendo diferentes tipos de medicamentos, ignorando los riesgos en que pone al feto, y en algunos casos a ella misma.

III. JUSTIFICACION

En el desarrollo de la práctica médica se han utilizado diversidad de medicamentos, los cuales en el transcurso del tiempo han aumentado considerablemente, y con ello el uso indiscriminado de los mismos.

En Guatemala, nuestra población por su misma ideosincrasia y por factores socio-económicos y culturales, hacen uso de los medicamentos sin prescripción médica, y la mujer embarazada no es la excepción; exponiendo al feto a agentes externos con posibles efectos teratógenos, los que se pueden manifestar de diferentes formas: problemas de infertilidad en la pareja, aborto espontáneo, retraso en el desarrollo intrauterino, defectos anatómicos mas o menos graves, tumores, alteraciones funcionales de órganos sensoriales y sistema nervioso central.

Actualmente no se cuenta con ningún estudio sobre el uso de medicamentos sin prescripción médica durante el embarazo, por lo que éste estudio efectuado en el Hospital Nacional de Chimaltenango, pretende demostrar con datos más confiables y concretos, la magnitud del problema, sus posibles consecuencias y la propuesta de soluciones a nuestra población estudiada.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la frecuencia del consumo de medicamentos sin prescripción médica durante el embarazo, en pacientes que acuden al Hospital Nacional de Chimaltenango.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar cual o cuales medicamentos son los de mayor consumo y su dosis.
2. Identificar cuales son las causas por las cuales no acudieron al médico.
3. Identificar por quien son prescritos éstos medicamentos.
4. Determinar cuales son las causas por las que utilizaron dichos medicamentos.
5. Identificar en que trimestre del embarazo es más frecuente el consumo de medicamentos.
6. Determinar si las pacientes leen las instrucciones o indicaciones que aparecen en el sobre, caja, frasco o prospecto del medicamento.
7. Determinar si la paciente sabía que se encontraba embarazada cuando usó dichos medicamentos.
8. Identificar si la paciente tiene temor de consumir medicamentos durante el embarazo.
9. Determinar si el grupo étnico y/o la escolaridad condicionan el uso de medicamentos.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD DE LA REGION CENTRAL (ANTECEDENTES)

CARACTERISTICAS FISICAS Y DEMOGRAFICAS:

El departamento de Chimaltenango presenta una extensión de 1979 kilómetros cuadrados, con una densidad de población de 169 habitantes por kilómetro cuadrado. La población indígena constituye el 71.9% (Cakchiquel). Las mujeres de 15-49 años en 1990 representaron el 21.21% de la población. El 15.12% de los nacimientos ocurrió en madres menores de 20 años y el 54.59% en madres de 20 a 30 años, el grupo de mayores de 40 años, representaron el 4%. (3)

ASPECTOS SOCIOECONOMICOS:

Su producción es predominantemente agrícola y artesanal realizada en minifundios. El índice de analfabetismo es del 48%, y la extrema pobreza constituye el 71%. (3)

SITUACION DE SALUD:

La esperanza de vida al nacer es de 63.65 años. La tasa de mortalidad general para 1990 es de 7.79 por mil habitantes; siendo las primeras causas de muerte las infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica y accidentes y violencia. Las cifras de mortalidad infantil es de 57.35 por mil nacidos vivos; siendo las primeras causas infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica y parasitismo. La tasa de mortalidad materna es de 4.79 por 10,000 nacidos vivos; siendo las primeras causas obstétricas directas (hemorragia, toxemia, y complicaciones del puerperio) constituyendo el 73%, y el otro 27% el aborto como causa de muerte. La tasa de fecundidad es de 185 por mil.(3)

ANTECEDENTES DE EFECTOS TERATOGENOS POR MEDICAMENTOS:

El antecedente de mayor relevancia fué la tragedia de la talidomida en los años 60 en Europa, cuando se usó ésta como tranquilizante en la embarazada, es uno de los pocos fármacos que produce una frecuencia muy elevada (50 a 80%) de

malformaciones en los expuestos a ella durante un período vulnerable, las anomalías variaban desde graves como amelia y focomelia, a leves como hipoplasia del pulgar. (5,10,12)

Las observaciones clínicas realizadas por médicos cuidadosos y que con mucho rigor llevan a cabo un interrogatorio de los hechos prenatales, son métodos que, con mayor frecuencia, han permitido descubrir los medicamentos teratógenos. Las observaciones clínicas no tienen valor sino que son abundantes y centradas en una misma clase de relación fármaco-efecto. A menudo, este tipo de observaciones clínicas lleva a conclusiones erróneas por la dificultad que implica valorar qué asociaciones son enteramente casuales, y cuales no lo son. En todo caso, su utilidad principal radica en genera hipótesis, que se consideran como tales, mientras no se logren demostraciones más convincentes. Las observaciones clínicas, aún cuando se dirijan a la misma conclusión, casi nunca tienen valor, si se comparan con un estudio epidemiológico bien realizado. El ejemplo clásico es la relación Debendox-defectos de reducción de las articulaciones. En Italia 1975-1979, el 8% de mujeres embarazadas estuvo expuesta. Entre los recién nacidos, seis de cada diez mil, deberán presentar un defecto de reducción de las articulaciones, como efecto puro. Si en ese período se hubiese publicado en Italia, un centenar de observaciones clínicas, éstas no habrían tenido otro valor que el de comunicar una asociación casual totalmente ovia. (10)

Un fármaco no puede declararse realmente seguro para su uso durante el embarazo hasta que un control deliberado, cuidadoso y amplio haya probado que no se producen ningún tipo de efectos adversos en la descendencia, no sólo en el útero o durante la infancia, sino también en la edad madura. Un ejemplo especialmente oportuno de retraso en el descubrimiento de los defectos adversos de un fármaco que se utilizó ampliamente en obstetricia durante una serie de años es la producción de diversas anomalías en los órganos reproductores, incluido el cáncer vaginal, en mujeres jóvenes cuyas madres tomaron dietilestilbestrol durante el embarazo. (1,4,5,6,9,10)

GENERALIDADES:

El consumo de medicamentos durante el embarazo por propia desición de la paciente ó por recomendación de una persona que no és médico, es una conducta muy frecuente en nuestro medio, y que todos conocemos pero que no se le ha dado la importancia debida, dejando a la madre y al producto de la concepción en un alto riesgo de teratogenicidad, del cual conocemos muy poco, he allí su importancia. Además por sus efectos en la salud que pueden esperarse a un corto y/o mediano y/o largo plazo, como ha sucedido en el pasado.

COMO SON PROMOVIDOS LOS MEDICAMENTOS:

Los métodos para promover la venta de los medicamentos, utilizando los medios de información pública, favorece en el público la tendencia a la automedicación, demasiado extendida ya en la actualidad. Además no hay un medio que controle realmente la venta de los medicamentos, únicamente por personas adiestradas, ya que con el afán de vender no atienden como debiera de ser los efectos secundarios de éstos, con el consecuente daño inminente al que se expone al público confiado o ignorante.

El derecho de recetar, distribuir y vender medicamentos depende, de las circunstancias de cada país, y a ese respecto tiene una importancia fundamental los recetadores (9). En muchos si nó en todos los países en vías de desarrollo pocas veces se encuentran a los médicos propiamente dichos en las zonas rurales; en consecuencia, se ha autorizado a los farmacéuticos, a las enfermeras y a otro personal de salud a recetar y expandir, por lo menos los productos de una breve lista de medicamentos disponibles en los lugares donde trabajan. Se corre el riesgo de que los comerciantes ofrezcan de preferencia a sus clientes productos objeto de intensa promoción que suelen dejar más beneficio. Los representantes de ventas, son promotores excesivamente activos de productos de las firmas que les emplean, que utilizan sin escrúpulos las muestras gratuitas o recurren a otros incentivos para engatusar a los recetadores y hacerles aceptar productos de cuya utilidad relativa nada saben. Las muestras gratuitas que los representantes distribuyen ampliamente, algunos recetadores las revenden luego para aumentar sus ingresos, otros las dan a pacientes que más adelante no pueden seguir tomándolas, porque son medicamentos que no están disponibles o son demasiado caros, y otros las tiran. (9)

DEFECTOS CONGENITOS:

Para una mejor comprensión del estudio se dá una definición:

DEFINICION DE DEFECTO CONGENITO:

Cualquier anomalía anatómica, metabólica o funcional, heredada con un mecanismo de transmisión mendeliana, causada por una nueva mutación genética o una alteración cromosómica, o bien debida a un daño físico, químico o infeccioso sobre el embrión o feto en desarrollo. (10)

DEFINICION DE EFECTO TERATOGENO:

Cualquier efecto producido por la acción de un agente externo sobre el feto, efecto que tiene lugar entre la concepción y la organogénesis. Los efectos de un agente teratogénico se pueden manifestar en la siguiente forma: problemas de infertilidad en la pareja, aborto espontáneo, retraso del desarrollo intrauterino, defectos anatómicos más o menos graves, tumores, alteraciones funcionales de órganos sensoriales y sistema nervioso central. Estos últimos pueden manifestarse en forma de parálisis motrices y retraso mental, o como perturbaciones de la conducta. (10)

PERIODO DE EXPOSICION:

El período de mayor susceptibilidad a los teratogénicos, por parte del feto humano, es el de la organogénesis, que comprende de la cuarta semana a la decimocuarta semanas del embarazo. Entre la segunda y cuarta semanas, en la etapa de implantación o nidación, la acción de un teratogénico, según lo que revelan estudios experimentales, puede provocar un aborto o dejar incólume al feto. Transcurrida la decimocuarta semana, los teratogénicos pueden originar defectos funcionales, especialmente en el sistema nervioso central. (1,5,10)

ELECCION DE MEDICAMENTOS EN EL EMBARAZO:

Los analgésicos como la aspirina y el acetaminofén, son los más comunmente consumidos durante el embarazo, tanto por que éstos no necesitan receta médica, y porque los ingieren cuando aún no se han dado cuenta de su estado de embarazo.

Hasta ahora, se ha afrontado el problema de cómo se llega a demostrar que un medicamento es teratogénico, y cuáles tienen una reconocida capacidad teratogénica en el hombre. De hecho es prácticamente imposible afirmar que un medicamento o cualquier otro factor no intervengan en la producción de ciertas malformaciones a menos que se estudie un número real de sujetos expuestos a dicho factor. El problema se afronta en una forma diversa. En la práctica clínica, hay que tratar de entender, cuáles son los medicamentos que pueden utilizarse razonablemente en el embarazo sin dañar al feto. El principio fundamental que habrá de tenerse en cuenta es la valoración del riesgo-beneficio. Es patente que los medicamentos con capacidad teratogénica bien conocida, debe evitarse en lo posible, y si se necesita un tratamiento sustituirlo por otros. En el caso de todos los fármacos, una larga serie de consideraciones podrían llevar a una conclusión, donde el abstencionismo sea la alternativa, y declarar que ningún medicamento debería prescribirse durante el embarazo. Tal actitud no sería equilibrada en absoluto, pues no tratar algunos trastornos

de la madre, puede ponerse en peligro tanto a ella como al feto. (10)

MEDICAMENTOS TERATOGENOS:

Hay una lista de medicamentos de comprobada teratogenicidad que están definitivamente contraindicados durante el embarazo, según la literatura más reciente, éstos son:

- Acido Valproico
- Andrógenos
- Antineoplásicos
- Antitiroideos
- Carbonato de Litio
- Penicilamina
- Progestágenos de acción androgénica
- Mebendazol
- Fenitoína
- Cortisona
- Heroína
- Retinoides y sobredosis de vitamina A
- Estreptomina y Kanamicina
- Tetraciclina
- Warfarina y otros cumarínicos
- Dietilestilbestrol
- Talidomida
- Trimetadiona
- Barbitúricos
- Diacepam
- Etanol

ACIDO VALPROICO:

El ácido valproico, es un teratógeno muy específico, pese a que hay una interrelación etiopatogénica, entre los defectos del tubo neural (anencefalea, espina bífida o encefalocele), hasta el momento actual se han registrado únicamente casos de espina bífida, 1-1.5%.

ANDROGENOS:

En 50 casos clínicos se dió efectos de masculinización en fetos de sexo femenino, pseudohermafroditismo femenino. En caso de ser un feto de sexo masculino, no existe riesgo alguno.

ANTINEOPLASICOS:

El riesgo de que existan malformaciones graves en articulaciones y sistema nervioso central, fluctúa según cada agente entre 7 y 75%. (10)

ANTITIROIDEOS:

Estos alteran la función tiroidea del feto después de la

14 semana de embarazo. Suele presentarse un bocio congénito más tiroidismo, algunas veces retraso mental. El metimazol se acompaña de defectos congénitos en el cuero cabelludo. El propiltiouracilo es el fármacode elección en éste caso, el riesgo quizá es menor.

CARBONATO DE LITIO:

Los primeros informes de una relacion entre el litio y malformaciones en el ser humano, se remontan a 1970, éstas son anomalías de los grandes vasos y del corazón.

PENICILAMINA:

Los efectos teratógenos que se le atribuyen son: cutis laxo y lasitud de las articulaciones.

PROGESTAGENOS DE ACCION ANDROGENICA:

Se incluyen tanto los naturales como los sintéticos, las combinaciones estrógenos-progestágenos utilizados como anticonceptivos orales, y algunos compuestos sintéticos de acción anovulatoria, producen masculinización del feto femenino, tres cuartas partes de los casos registrados, indican exposición prenatal a etisterona o noretindrona, la posibilidad de virilización es más elevada, en caso de anticoncepción después del coito (la píldora del día siguiente), que prevé la ingestión de 0.2 mg. de etinil-estradiol y 1 mg. de levonorgestrel, subdivididos en dos tomas para 24 horas. (5,6,10)

RETINOIDES Y SOBREDOSIS DE VITAMINA A:

Una exposición de 0.4 a 1.5 mg./kg./día de isotretinoína, se caracteriza por uno o más defectos de:

- Sistema nervioso central (microcefalea o hidrocefalea con quistes en la fosa posterior; pero puede presentarse también sólo anomalías funcionales, retraso o ceguera o ambas, ó únicamente espina bífida).

- Oídos, generalmente los dos, con microtia, estenosis o atresia del conducto auditivo externo; oídos dismórficos e implantaciones bajas.

- Corazón (más a menudo defectos conotruncales).

En la mayor parte de los casos, hay también un dismorfismo facial que se caracteriza por micrognatia o asimetría facial. Las primeras observaciones indican que

los recién nacidos, aparentemente normales al momento de nacer, pueden presentar más tarde defectos funcionales como sordera y ceguera.

El etretinato a una dosis de 0.4 a 1.5 mg./kg./día de este fármaco se ha observado; espina bífida, encefalocele, anomalías craneofaciales y de las articulaciones.

La sobredosis de vitamina A, 18,000 a 150,000 UI al día, da un cuadro clínico semejante al observado en relación con los retinoides, por lo que las mujeres no deben tomar suplementos de vitamina A superiores a 8,000 UI diarias.

Por el momento, el riesgo de aborto es de 22% y los defectos en el recién nacido, en 18% aproximadamente.

ESTREPTOMICINA Y KANAMICINA:

El efecto teratógeno que se le atribuye a estos medicamentos es la sordera, a una dosis de 1 g./día en el último mes del embarazo, (aunque la susceptibilidad se prolonga durante todo el embarazo). El tratamiento en el primer trimestre parece ser el más nocivo.

TETRACICLINAS:

Desde 1962 se conoció las anomalías en el color de la decidua dental, en los expuestos en el periodo prenatal a las tetraciclinas. La decidua dental inicia su calcificación al cuarto mes de gestación, por lo que después de el cuarto mes, origina alteraciones de la decidua dental. Los dientes muestran un color amarillento, más oscuro, marrón. Aún no se ha precisado si ésta predispone a una mayor susceptibilidad a la caries dental.

WARFARINA Y OTROS DERIVADOS CUMARINICOS:

Sobre la base de 41 casos registrados en la literatura se relaciona la warfarina con un síndrome específico que se caracteriza principalmente por:

- Un defecto en la osificación en los huesos nasales, la nariz no sobresale del rostro,
- Hidrocefalia, microcefalia, síndrome de Dandy-Walker, agenecia del cuerpo calloso, atrofia cerebral y cerebelar, o solo retraso mental,
- Otras manifestaciones clínicas son: bajo peso al nacer, defectos del ojo (17%), hipoplasia rizomélica de las extremidades o hipoplasia de los dedos (50%).

Debe posponerse el embarazo en las mujeres que están recibiendo anticoagulantes. Tratándose de las pacientes que tienen una prótesis valvular, se les programa con el fin de iniciar el embarazo con terapia de heparina. En el caso que se dé un embarazo no programado, los datos disponibles señalan que el período de susceptibilidad del embrión, para adquirir dicho síndrome, fluctúa entre la sexta y la novena semana. (8,10)

DIETILESTILBESTROL:

Este medicamento no se usa actualmente con frecuencia, yá que sus efectos teratógenos son evidentes: adenosis vaginal, malformaciones útero-vaginales, infertilidad temporal, defectos testiculares e infertilidad masculina y adenocarcinoma de la vagina.

TALIDOMIDA:

Esta yá no se usa, por sus efectos teratógenos graves y evidentes, como: embriopatía grave, variable en relación con el período de exposición: defectos que consisten en ausencia de articulaciones (27a 40 días); microtia (21 a 27 días). Presentes también: hemangioma facial, atresia de esófago y duodeno, tetralogía de Fallot y agenesia renal, en un 30 a 50%, otros le dan hasta un 80%, de los casos.

TRIMETADIONA:

Esta también esta en desuso. Presenta facies peculiar (cejas epicanto, silla nasal hipoplásica y larga), paladar hendido, oídos con implantación baja y hélice replegada hacia adelante, dientes irregulares, retardo en el desarrollo y problemas de lenguaje, en un 46 a 60% de los casos.

MEBENDAZOL:

Este resulta embriotóxico y teratogénico a dosis de 10mg./kg en la rata, por lo que no se aconseja su utilización.

BARBITURICOS:

Su uso crónico conduce a dependencia neonatal, al consumirlo en cualquier trimestre del embarazo.

FENITOINA:

Los efectos teratogénos que se le atribuyen son: labio y paladar hendido, al usarlo en cualquier trimestre del embarazo.

DIACEPAM:

Su uso crónico conduce a dependencia neonatal.

CORTISONA:

Su consumo durante el primer trimestre, aumenta el riesgo de paladar hendido.

ETANOL:

Riesgo elevado del síndrome de alcoholismo fetal.

HEROINA:

Su uso crónico conduce a dependencia neonatal.

MEDICAMENTOS QUE MAS SE USAN EN EL EMBARAZO:

Hay un grupo de medicamentos de uso frecuente durante el embarazo que se pueden elegir, y cuantificar su riesgo-beneficio, entre éstos estan:

- | | |
|-------------------|---------------------|
| - Analgésicos | - Anticoagulantes |
| - Antiepilepticos | - Antiarrítmicos |
| - Antidiabéticos | - Antihipertensivos |
| - Antiasmáticos | - Antiheméticos |
| - Antirreumáticos | - Hormonas |

ANALGESICOS:

La aspirina y el acetaminofén, son los analgésicos de más consumo durante el embarazo.

Se ha demostrado que incluso el uso de aspirina por la madre provoca una serie de efectos adversos no sospechados anteriormente. Investigadores australianos han comunicado que la ingestión persistente de analgésicos que contienen salicilatos en combinación con cafeína o fenacetina, o ambas, se asocia a un aumento de la incidencia de anemia, hemorragia, gestación prolongada, mortalidad perinatal y bajo peso al nacer. Esto se justifica por la acción inhibidora de

las prostaglandinas, y también acción antiagregante de las plaquetas, por lo que debe desaprobarse especialmente en la parte final del embarazo. (4,8,10,11)

Se ha sugerido el acetaminofén como alternativa más segura; sin embargo, hemos detectado graves insuficiencias hepáticas y renales en la madre y muerte fetal por toxicidad del acetaminofén. (11)

ANESTESICOS:

No se tiene evidencias de la capacidad teratogénica de éstos medicamentos.

ANTIARRITMICOS:

Beta-bloqueadores; a su empleo se ha atribuido una serie de efectos negativos en el feto: reducción del crecimiento intrauterino, depresión respiratoria, bradicardia fetal, hipoglucemia, policitemia, hiperbilirrubinemia. No se puede excluir, que tales complicaciones estén ligadas a los problemas que han llevado al uso de beta-bloqueadores.

A los demás medicamentos antiarrítmicos no se les conoce evidencia de su capacidad teratogénica.

ANTIASMATICOS:

Durante el embarazo, el tratamiento del asma no difiere de el tratamiento de la no embarazada. Únicamente no se recomienda el uso de adrenalina, porque puede provocar taquicardia fetal.

El uso de prednisona en un tiempo prolongado en la mujer embarazada, se a visto hipo-adrenalismo en los hijos, aunque no parece ser tan frecuente como se pensaba antes.

ANTIBIOTICOS:

Los únicos que actualmente se ha comprobado su capacidad teratológica son: estreptomycin, kanamicina y tetraciclinas, (ver paginas anteriores). Se utilizan las mismas dosis que se recomiendan para adultos, pues no hay motivos válidos para utilizar dosis más bajas en el embarazo, excépto por supuesto la estreptomycin, kanamicina, y tetraciclinas, que están contraindicadas en el embarazo.

ANTICOAGULANTES:

El medicamento recomendado para el uso en el

embarazo sigue siendo la Warfarina, pese a sus efectos teratógenos expuestos anteriormente (ver pag. anteriores). Se deben hacer intentos por sustituirlo durante todo el embarazo, con heparina por vía oral.

ANTIIDIABETICOS:

Los actuales conocimientos acerca de la insulina y los hipoglicemiantes orales, no indican que exista una relación entre estos medicamentos y efectos teratógenos. (10)

ANTIEMETICOS:

Rara vez tiene una verdadera indicación en el embarazo. Entre los antieméticos, el problema más estudiado es, sin duda la relación entre diciclomina, doxilamina y piridoxina (Debendox), por la aparición de defectos congénitos en los niños, que casualmente estuvieron expuestos al Debendox. La metoclopramida ha sido propuesta como antiemético para utilizarse durante el embarazo su uso sistemático no es aconsejable porque se han efectuado pocos estudios para valorar su posible capacidad teratógena.

ANTIPILEPTICOS Y EPILEPSIA MATERNA:

Los estudios disponibles señalan, en forma congruente, que los hijos de mujeres epilépticas, a quienes se les administró anticonvulsivantes, durante el embarazo tienen un doble riesgo de tener hijos con malformaciones con respecto a la población control. El riesgo mas alto en relación con labio o paladar hendidos es de 8 a 10 veces, y cardiopatías de tres veces. (10)

ANTIINFECCIOSOS:

Exceptuando a la estreptomocina, la kanamicina y la tetraciclinas, a los medicamentos antiinfecciosos no se les a comprobado aún algún efecto teratógeno.

ANTIHIPERTENSIVOS:

No se han señalado efectos teratógenos para éste grupo, excepto que al Metildopa se le a relacionado con una reducción de la circunferencia craneal en los expuestos a éste fármaco en las semanas 16 y 20 de embarazo. Para beta-bloqueadores, ver antiarítmicos.

ANTIRREUMATICOS:

No se dispone de evidencia o sospecha de capacidad teratogénica. Para los inhibidores de prostaglandinas, ver antiinflamatorios.

HORMONAS:

Gran parte de las sustancias pertenecientes a esta categoría tienen escaso o nulo potencial teratogéno (por ejemplo, corticosteroides, hormonas hipofisiarias). (10)

Unicamente para el dietilestilbestrol, los andrógenos y progestágenos de síntesis y acción andrógena tienen acción teratogénica comprobada.

PSICOFARMACOS:

En el grupo de los psicofarmacos, el único para el cual se ha demostrado un efecto teratogéno, es el litio; y el diacepam aumenta el riesgo de labio y paladar hendido, además de dependencia neonatal.

MALFORMACIONES Y PERIODOS MAXIMOS RELATIVOS DE EDAD GESTACIONAL (CONTADA A PARTIR DE LA ULTIMA MENSTRUACION), LA INDUCIDA POR PARTE DE UN TERATOGENO EN EL HOMBRE. (10)

Malformación	Período de máxima susceptibilidad.
Ciclopía	37 días
Sirenomelia	37 días
Anencefalia	40 días
Mielomeningocele	42 días
Atresia esofágica	44 días
Atrofia de vejiga	44 días
Trasposición de los grandes vasos	48 días
Labio leporino	50 días
Aplasia del radio	52 días
Hernia diafragmática	8 semanas
Atresia anal	8 semanas
Defectos interventriculares	8 semanas
Sindactilia	8 semanas
Atresia duodenal	9-10 semanas
Paladar hendido	10-11 semanas
Malrotaciones intestinales	12 semanas
Onfalocele	12 semanas
Hipospadias	14 semanas
Criptorquidea	7-9 meses
El control prenatal habitual es a las	6 semanas

Debe evitarse aquellos fármacos de los cuales es posible prescindir, y el hecho de que no se haya demostrado la capacidad teratogénica de un medicamento, no significa que ésta no exista. En el otro extremo encontramos medicamentos de los cuales no puede prescindirse y que deben utilizarse para no poner en peligro la salud de la madre ni la del feto. Aun si entrañasen un pequeño riesgo teratogénico, hipotético o demostrado, no queda más remedio que recurrir a ellos. (10)

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO

1. De acuerdo con el período en que se capta la información, el estudio es:

PROSPECTIVO: Estudio en el que toda la información se recogerá de acuerdo con los criterios del investigador, y para los fines específicos de la investigación, después de la planeación de ésta. (7)

2. De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado, el estudio es:

TRANSVERSAL: Estudio en el cual se mide una sola vez la o las variables; se mide las características de uno o más grupos de unidades en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de estas unidades. (7)

3. De acuerdo con la comparación de las poblaciones el estudio es:

DESCRIPTIVO: Estudio que sólo cuenta con una población, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables y respecto, de la cual no existen hipótesis centrales. Quizá se tiene un grupo de hipótesis que se refieren a la búsqueda sistemática de asociaciones entre varias variables dentro de la misma población. (7)

B. TAMAÑO DE LA MUESTRA

En el Hospital Nacional de Chimaltenango se lleva a cabo la atención Gineco-Obstétrica durante todo el año, por lo que se tomarán dos meses para la realización de ésta investigación.

Por lo tanto para que sea una muestra significativa se utilizará, el método de muestreo de conveniencia, el cual se utiliza cuando no se sabe con certeza la frecuencia de presentación de un fenómeno, tratando de que en el tiempo seleccionado para el estudio del mismo se presente un número de casos que pueda considerarse representativo. (7,13.)

C. CRITERIO DE INCLUSION Y EXCLUSION

Las características que deben reunir los pacientes para que se incluyan dentro de la investigación son:

- Que esté embarazada.
- Que su estado de salud no sea crítico.
- Que sea paciente del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- Que no esté embarazada.
- Que su estado de salud sea crítico.
- Que no sea paciente del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.

D. VARIABLES

DEFINICION	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
Embarazo	Gestación, preñez, estado de una mujer en cinta; período que vá desde la fecundación del óvulo hasta el parto.	Por medio de boleta de recolección de datos
Medicamento	Agente o sustancia, simple o compuesta, que se administra al exterior o al interior con objeto terapéutico.	Por medio de boleta de recolección de datos.
Prescripción	Receta: nota que escribe el médico, en el que indica el modo de preparación y administración de un remedio.	Por medio de boleta de recolección de datos.
Dosis	Cantidad determinada de un medicamento o agente terapéutico.	Por medio de boleta de recolección de datos.
Trimestre	Espacio de tres meses.	Por medio de boleta de recolección de datos.
Magnitud	Grandeza, importancia de una cosa.	Por medio de boleta de recolección de datos.
Etnia	Perteneciente a una raza.	Por medio de boleta de recolección de datos.
Escolaridad	Duración de los estudios. Nivel educacional de la persona.	Por medio de boleta de recolección de datos.

E. RECURSOS

MATERIALES:

ECONOMICOS:

- Se estima que aproximadamente se gastarán de Q.900.00 a Q.1000.00 quetzales.

FISICOS:

- El estudio se efectuará en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango.
- Transporte extraurbano a Chimaltenango.
- Fotocopiadora.
- Computadora e impresora.
- Boleta de recolección de datos.
- Escritorio.
- Bolígrafos.
- Sillas.

HUMANOS:

- Estudiante con curriculum del Pensum Cerrado de la Facultad de Ciencias Médicas.
- Pacientes embarazadas.
- Personal del departamento de Gineco-Obstetricia.
- Personal administrativo.

F. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

El objetivo general de la investigación en seres humanos tanto, adultos como en niños es obtener información científica acerca de ellos, para desarrollar un cuerpo de conocimientos que permite el manejo racional de la naturaleza en beneficio de hombre.

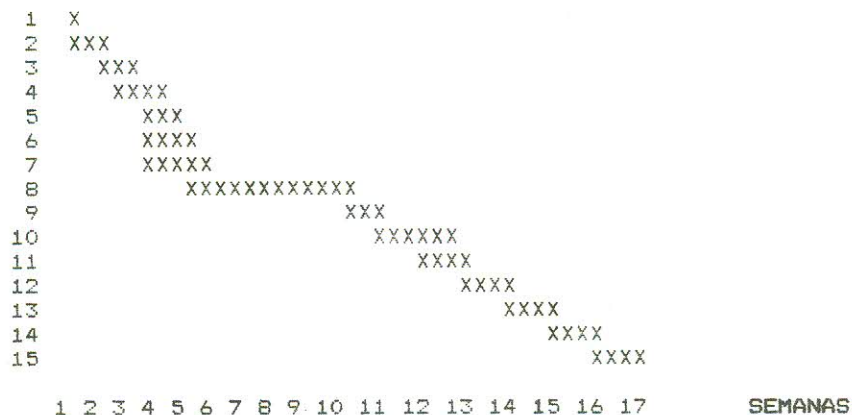
Luego de consultar la DECLARACION DE HELSINKY y tener en consideración los principio básicos de la elaboración de un estudio en seres humanos, se hace la observación que el estudio no causará, ninguna implicación de riesgo a la integridad física y psicológica, del paciente. El estudio será supervisado por un médico clínico, competente conocedor del tema y será orientado por personas científicamente calificadas.

6. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

- Se pedirá permiso a las autoridades de la institución y a las personas que participarán en la investigación, para poder recolectar datos.
- Se iniciará la recolección de la información a partir del 1 de abril al 31 de mayo de 1994.
- Por medio de la boleta de recolección de datos se tomará toda la información que se solicita al paciente.
- Se tabularán en cuadros y graficas los resultados obtenidos.

GRAFICA DE GANT

ACTIVIDADES



ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación. 3-3-94
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por el comité de investigación del hospital o institución en donde se efectuará el estudio.
6. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
7. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la

- recopilación de la información.
8. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
 9. Procesamiento de los datos, elaboración de tablas y gráficas.
 10. Análisis y discusión de los resultados.
 11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
 12. Presentación del informe final para correcciones. 7-6-94
 13. Aprobación del informe final.
 14. Impresión del informe final y trámites administrativos.
 15. Exámen público de defensa de la tesis. 1-7-94

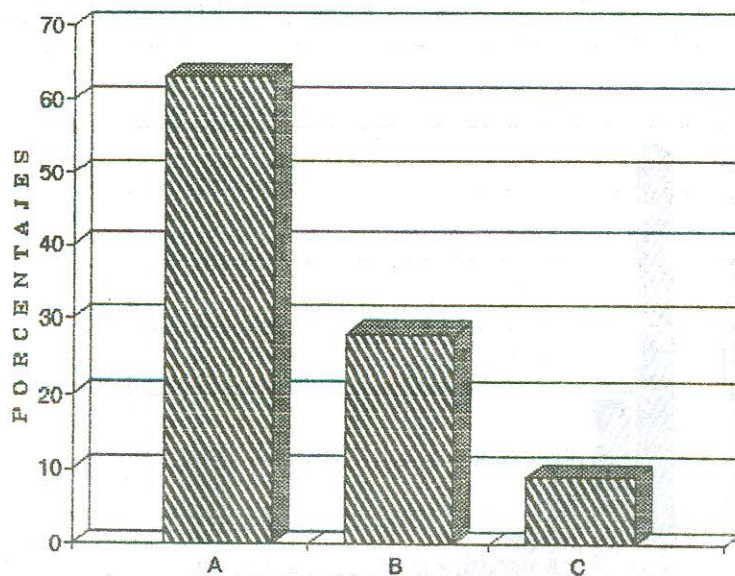
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO Y GRAFICA # 1

FRECUENCIA DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS
Y PRESCRIPCION MEDICA DURANTE EL EMBARAZO
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL
DE CHIMALTENANGO, DEL 1 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 1994

Consumo	No.	%
A. Sin prescripción médica	111	63
B. Con prescripción médica	50	28
C. No consumieron medicamentos	16	9
Total	177	100

Fuente: boleta de recolección de datos.



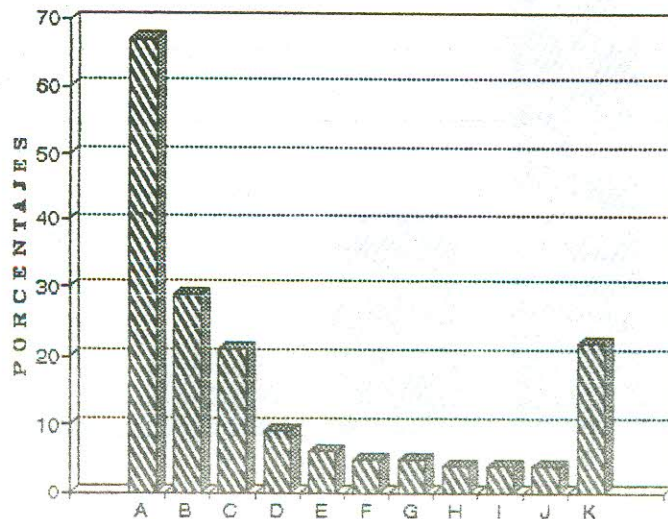
CUADRO Y GRAFICA # 2

TIPO Y FRECUENCIA DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS
DURANTE EL EMBARAZO
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL
DE CHIMALTENANGO, DEL 1 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 1994

Medicamento	Frec.		Total	%		Total
	SI	NO		SI	NO	
A. Aspirina	74	37	111	67	33	100
B. Acetaminofén	32	79	111	29	71	100
C. Bicarbonato de sodio	23	88	111	21	79	100
D. Prenatales	10	101	111	9	91	100
E. Ignorado	7	104	111	6	94	100
F. Dimenhidrinato	5	106	111	5	95	100
G. Maalox	5	106	111	5	95	100
H. Mebendazol	4	107	111	4	96	100
I. Penicilina	4	107	111	4	96	100
J. Dhipirona	4	107	111	4	96	100
K. Otros	24	87	111	22	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

OTROS: cimetidina, canestén, nervesa, indocid, neurobión, histaprim, viralpén, trimetoprim-sulfametoxazol, hierro y calcio, cibalgina, romero y ajeno.



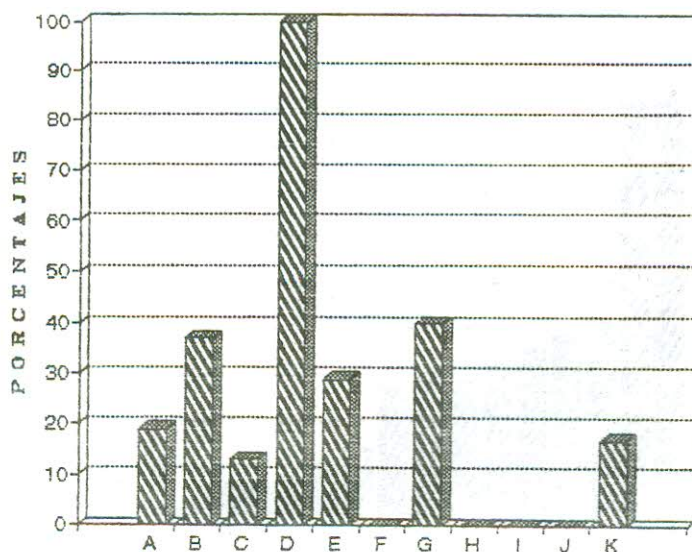
CUADRO Y GRAFICA # 3

MEDICAMENTOS QUE SE CONSUMIERON
 POR LO MENOS DURANTE UN MES
 DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL
 DE CHIMALTENANGO, DEL 1 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 1994

Medicamento	Frec.		Total	%		Total
	SI	NO		SI	NO	
A. Aspirina	14	60	74	19	81	100
B. Acetaminofén	12	20	32	37	63	100
C. Bicarbonato de sodio	3	20	23	13	87	100
D. Prenatales	10	0	10	100	0	100
E. Ignorado	2	5	7	29	71	100
F. Dimenhidrinato	0	0	0	0	0	0
G. Maalox	2	3	5	40	60	100
H. Mebendazol	0	0	0	0	0	0
I. Penicilina	0	0	0	0	0	0
J. Dipirona	0	0	0	0	0	0
K. Otros	4	20	24	17	83	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

OTROS: cimetidina, nerversa, neurobión, hierro y calcio, romero y ajeno.



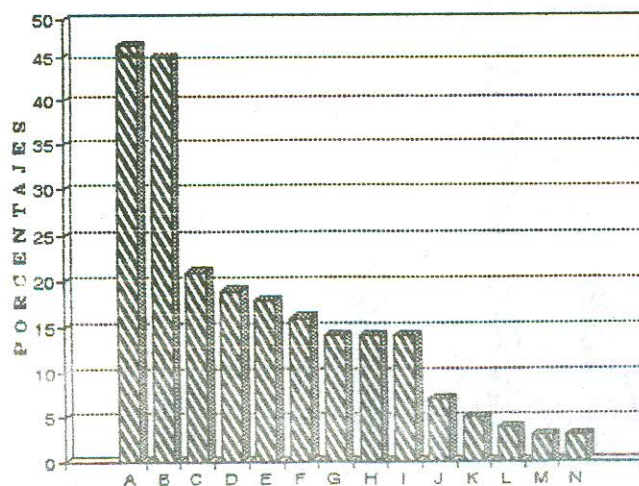
CUADRO Y GRAFICA # 4

SIGNOS Y SINTOMAS
 POR LOS QUE SE CONSUMIERON MEDICAMENTOS
 DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL
 DE CHIMALTENANGO, DEL 1 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 1994

Signos y Sintomas	Frec.		Total	%		Total
	SI	NO		SI	NO	
A. Cefalea	52	59	111	47	53	100
B. Malestar estomacal	50	61	111	45	55	100
C. Dolor de origen dental	23	88	111	21	79	100
D. Lumbago	21	90	111	19	81	100
E. Tensión nerviosa	20	91	111	18	82	100
F. Nauseas	18	93	111	16	84	100
G. Fiebre	15	96	111	14	86	100
H. Mareos	15	96	111	14	86	100
I. Disúria	15	96	111	14	86	100
J. Otros	8	103	111	7	93	100
K. Diarrea	6	105	111	5	95	100
L. Flujo vaginal	5	106	111	4	96	100
M. Otitis	3	108	111	3	97	100
N. Alergia	3	108	111	3	97	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

OTROS: resfriado común, dermatitis.



CUADRO Y GRAFICA # 5

PERSONA QUE PRESCRIBIO EL MEDICAMENTO
 DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL
 DE CHIMALTENANGO, DEL 1 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 1994

Prescribió	No.	%
A. Automedicación	52	47
B. Familiar	24	22
C. Boticario	15	13
D. Comadrona	12	11
E. Otros	6	5
F. Curandero	2	2
Total	111	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

OTROS: enfermera, compañeros de trabajo.



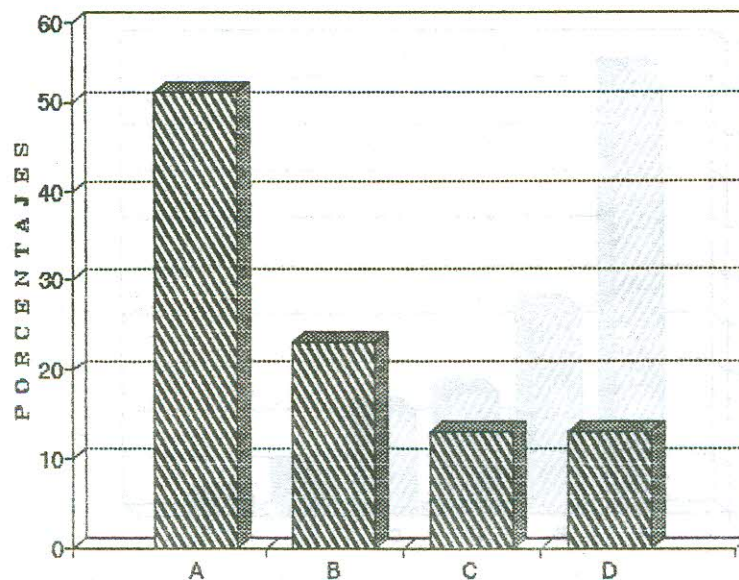
CUADRO Y GRAFICA # 6

RAZON POR LA QUE NO SE CONSULTO AL MEDICO
 PARA EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS
 DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL
 DE CHIMALTENANGO, DEL 1 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 1994

Por qué no consultaron	No.	%
A. No es necesario	56	51
B. Otros	25	23
C. Caro	15	13
D. Distancia	15	13
Total	111	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

OTROS: por ausencia de médico en puesto de salud, porque el médico no receta nada y por falta de tiempo.

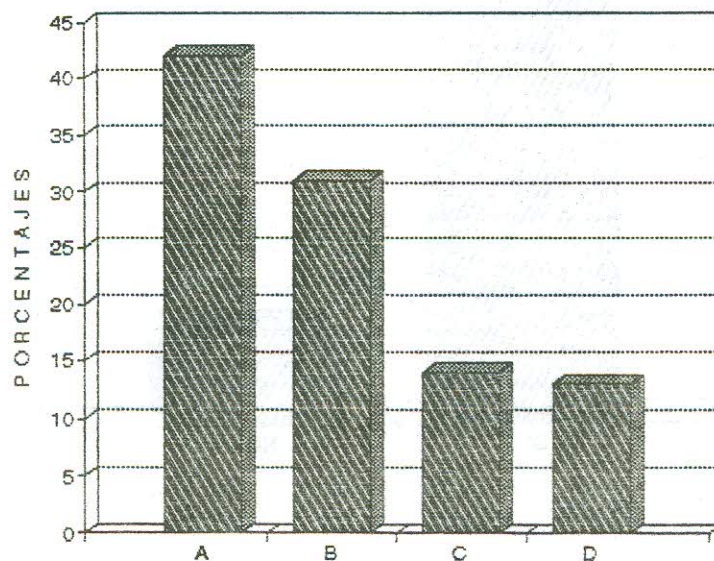


CUADRO Y GRAFICA # 7

ESTADIO DEL EMBARAZO Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS
 DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL
 DE CHIMALTENANGO, DEL 1 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 1994

Estadio	No.	%
A. 1er. Trimestre	47	42
B. 2do. Trimestre	35	31
C. 3er. Trimestre	15	14
D. Todo el embarazo	14	13
Total	111	100

Fuente: boleta de recoleccion de datos.

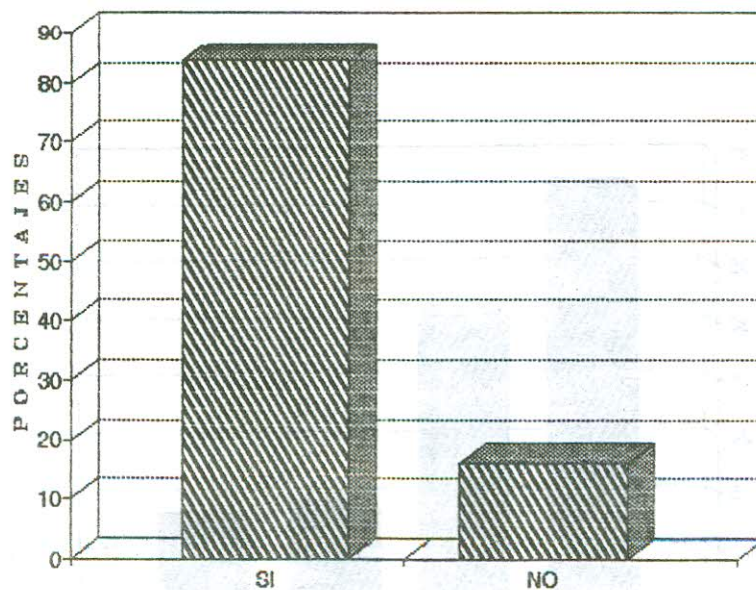


CUADRO Y GRAFICA # 8

CONOCIMIENTO SOBRE SU EMBARAZO
Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL
DE CHIMALTENANGO, DEL 1 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 1994

Sabian que estaban embarazadas	No.	%
Si	93	84
No	18	16
Total	111	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

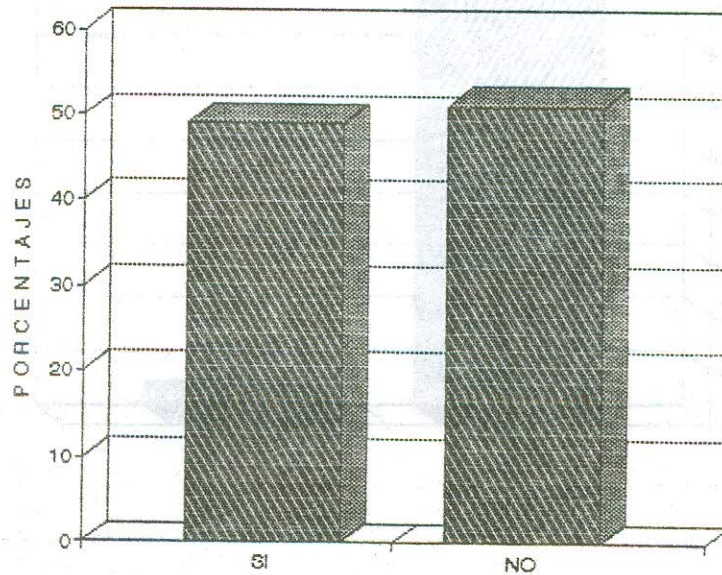


CUADRO Y GRAFICA # 9

PACIENTES QUE LEEN LAS INSTRUCCIONES
 ANTES DE CONSUMIR MEDICAMENTOS
 DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL
 DE CHIMALTENANGO, DEL 1 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 1994

Leen las instrucciones	No.	%
Si	55	49
No	56	51
Total	111	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

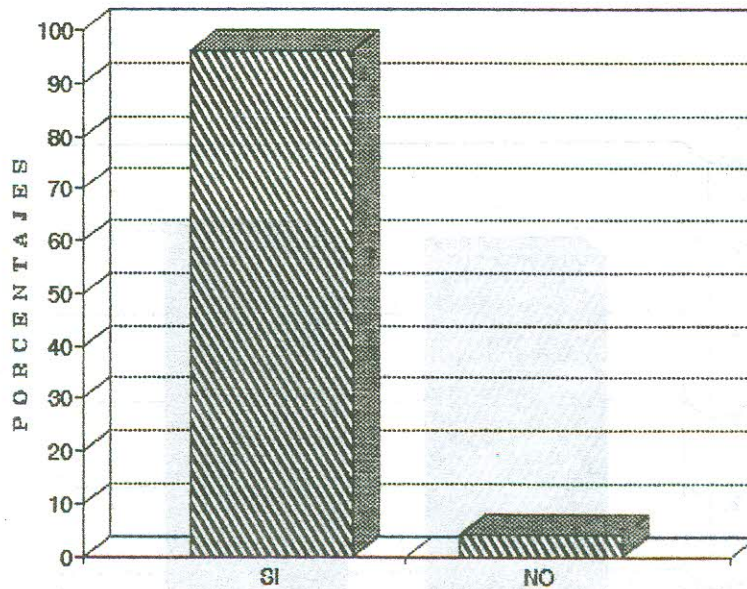


CUADRO Y GRAFICA # 10

MADRES QUE REFIRIERON TEMOR DE TOMAR MEDICAMENTOS
DURANTE EL EMBARAZO
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL
DE CHIMALTENANGO, DEL 1 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 1994

Tienen temor	No.	%
Si	170	96
No	7	4
Total	177	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

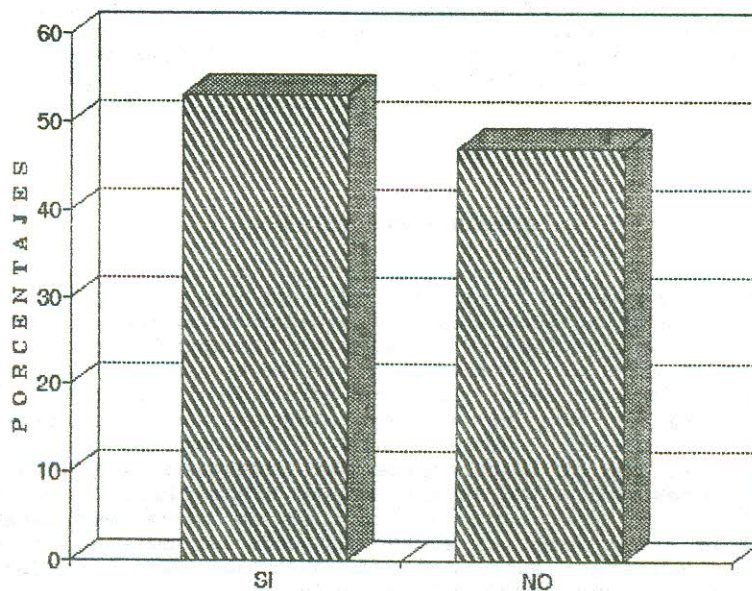


CUADRO Y GRAFICA # 11

MUJERES QUE SABEN QUE DEBEN CONSULTAR AL MEDICO
 CUANDO TIENEN DUDAS DE ESTAR EMBARAZADA
 DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL
 DE CHIMALTENANGO, DEL 1 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 1994

Consulta	No.	%
Si	93	53
No	84	47
Total	177	100

Fuente: boleta de recolección de datos.



VIII INTERPRETACION DE RESULTADOS

CUADRO Y GRAFICA # 1

En el cuadro y gráfica # 1, se observa que el 63% (111) de pacientes consumieron medicamentos, sin prescripción médica, el 28% (50) con prescripción médica, y el resto no consumieron medicamentos.

CUADROS Y GRAFICAS # 2 Y 3

En los cuadros y gráficas 2 y 3, podemos observar que del 100% (111) de pacientes que consumieron medicamentos sin prescripción médica durante el embarazo, el 67% (74) consumieron aspirina, éste alto porcentaje se cree que se deba a, que un 57 (42) ignoraba que era aspirina (Calmante y Alka-seltzer) lo que consumió; un 19% (14) la consumieron por más de un mes. En segundo lugar está el acetaminofén con un 29% (32). Se identificó que un 6% ignoraba que medicamento había consumido porque no le dió importancia, y de este 6%, un 29% lo consumió por más de un mes. Por último se menciona un 4% que consumió mebendazol (medicamento contraindicado en el embarazo), que según las pacientes, no hicieron el tratamiento completo.

CUADRO Y GRAFICA # 4

Se observa en el cuadro # 4, que de los 111 casos (100%) que consumieron medicamentos sin prescripción médica durante el embarazo; la cefalea y el malestar estomacal, con un 47 y 45% respectivamente, fueron las primeras causas de este consumo, en tercer lugar está el dolor de origen dental con un 21%, seguido por el lumbago con un 19% y la tensión nerviosa con un 18%. Estos signos y síntomas son comunes en el embarazo, por lo que creemos que informando y educando a las pacientes, estas se sentirían más tranquilas, con lo que se evitaría en gran parte el consumo de tanto medicamento innecesario y sin saber si están tratando la causa exacta del efecto, o malestar; aumentando con esto aún más el riesgo de daño a la salud del binomio madre-niño.

CUADROS Y GRAFICAS # 5 Y 6

Se observa en el cuadro y gráfica # 5 que de el 100% (111) de los casos que consumieron medicamento sin prescripción médica durante el embarazo, el 47% (52) lo consumió por automedicación, seguida por la prescripción de un familiar con un 22% (24), luego por el boticario con un 13% y la comadrona con un 11%. Creemos que ésto se debe a varios factores como: los metodos para promover la venta de medicamentos que favorecen en el público la tendencia a la automedicación; porque nuestra sociedad y cultura actual no lo permite de otra manera; y principalmente por la falta de interés a nivel institucional para resolver éste problema. Esta misma problemática se refleja en el cuadro # 6, donde un 51% (56) cree que no es necesario consultar al médico, un 23% (25) por ausencia del médico en el puesto de salud, por falta de tiempo, o porque el médico no receta nada; la distancia o porque el médico cobra muy caro, representó un 13% (15) para cada uno.

CUADROS Y GRAFICAS # 7 Y 8

En éstos cuadros y gráficas identificamos, que en el primer trimestre del mebarazo con un 42% (47) es cuando más medicamentos se consumieron, contribuyendo a ésto el hecho que un 16% (18) no tenia conocimiento de su embarazo, además un 13% consumieron medicamentos durante todo el embarazo; un 14% consumieron medicamentos en el tercer trimestre, y un 31% en el segundo trimestre.

CUADROS Y GRAFICAS # 9 Y 10

Observamos que en el cuadro # 10 se tomaron a todas las pacientes encuestadas porque las 50 pacientes que consumieron medicamentos con prescripción médica en el embarazo también refirieron tener temor de consumir medicamentos durante el embarazo, por lo que determinamos que un 96% (170) tienen algún tipo de temor, el mas frecuente es algún tipo de defecto anatómico exterior; pero solamente un 49% (55) (cuadro 10) se preocupó por leer las instrucciones que traen casi todos los medicamentos, se cree que se debe a la propia ideosincrasia de nuestra gente, tanto del área rural como urbana, y al poco interés que se le dá a éste problema para resolverlo a nivel institucional.

CUADRO Y GRAFICA # 11

En éte cuadro observamos que un 57% (101) sabían que deben consultar al médico cuando tienen duda de estar embarazadas antes de consumir medicamentos; un 43% (68) ignoraban ésto. Apesar de que un alto porcentaje sabían que deben consultar al médico antes de consumir medicamentos al sospechar embarazo, casi el mismo porcentaje (63%) consumió medicamentos sin prescripción médica, lo que nos viene a corroborar los datos e interpretación de los cuadros anteriores.

IX. CONCLUSIONES

1. La frecuencia del consumo de medicamentos sin prescripción médica durante el embarazo, fué de 63% (111).
2. El medicamento de mayor consumo fué la aspirina con un 67% (74), de éste porcentaje un 38% (42) ignoraba que era aspirina lo que consumía, yá que la consumieron con otro nombre (Calmante y Alka-seltzer), teniéndoles a éstos mucha confianza, y no a la aspirina, un 19% (14) la consumió por más de un mes.
3. Las causas por las cuales las pacientes hicieron uso de medicamentos, fueron: la cefalea, el malestar estomacal, dolor de origen dental, lumbago, tensión nerviosa, náuseas, fiebre, mareos y disuria.
4. La automedicación fué la prescripción más frecuente, con un 47% (52), seguido por la prescripción de un familiar con un 22% (24).
5. La razón mas frecuente por la que no consultaron al médico fué: con un 51% (56) porque no es necesario.
6. El primer trimestre fué la etapa de embarazo en que más se consumieron medicamentos con un 42% (47), además de que un 13% los consumió durante todo el embarazo, y de que un 16% no sabía que estaba embarazada cuando consumió medicamentos.
7. Apesar que un 96% tienen temor de consumir medicamentos durante el embarazo, del total de pacientes que los consumieron sin prescripción médica (111), solo un 49% (55) se preocupó por leer las instrucciones que tienen la mayoría de medicamentos.
8. Un 57% (93) de las pacientes que consumieron medicamentos sin prescripción médica durante el embarazo, sabían que deben consultar al médico cuando sospechan ó están esperando quedar embarazadas, antes de consumir cualquier medicamentos.
9. Factores como grupo étnico y escolaridad, no fueron determinantes, yá que se dá por igual en indígenas como en no indígenas, y por una pequeña diferencia, se dá mas éste problema en las alfabetas, que en las analfabetas.

X. RECOMENDACIONES

Se recomienda que se promocióne la importancia que tiene para la embarazada, o para la que sospeche embarazo, el consultar a un centro asistencial, antes de consumir medicamentos, los cuales pueden producir efectos teratógenos.

Hacer del conocimiento del público consumidor que la aspirina y el acetaminofén, como otros medicamentos se venden con distintos nombres comerciales (Calmante, Acción, Alka-seltzer), y que su consumo crónico tiene efectos dañinos tanto para la madre como para el producto de la concepción.

Informarles a las pacientes, en que etapas del embarazo es mas alto el riesgo de teratogenicidad, al consumir medicamentos.

A los recetadores autorizados, médicos principalmente, se les recomienda dar la información necesaria a cada una de sus pacientes, para que éstas no tomen la desición de automedicarse, como a venido sucediendo.

Informar a las pacientes sobre la importancia de consultar al médico, yá que éste es el único que sabe el diagnóstico y tratamiento que más convenga a la paciente, contribuyendo con ello a prevenir daños a la salud del binomio madre-niño.

Realizar otros estudios en las pacientes embarazadas que consumieron medicamentos sin prescripción médica durante el embarazo, detectar sus posibles efectos teratógenos a un corto, mediano y largo plazo.

A nivel institucional se recomienda darle la atención que éste problema merece.

XI. RESUMEN

El presente trabajo de investigación, realizado en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango, referente al consumo de medicamentos sin prescripción médica durante el embarazo, en el cual se pretendió determinar que factores influyen en éste problema, e identificar cuales medicamentos son los de mayor consumo.

El consumo de medicamentos sin prescripción médica, es una práctica común en nuestra sociedad, y la etapa del embarazo no es la excepción, con sus consecuentes daños a la salud del binomio madre-niño. Por lo que la medicina preventiva juega un papel fundamental en la solución de este problema.

Como resultados podemos mencionar que se determinó una frecuencia del 63% de consumo de medicamentos sin prescripción médica durante el embarazo, el ácido acetil salicílico y el acetaminofén fueron los de mayor consumo aunque un buen porcentaje de consumidoras de ácido acetil salicílico ignoraban que era esto lo que consumían. Un 47% es automedicado; un 56% cree que no es necesario consultar al médico; la etapa del embarazo más frecuente en el consumo de medicamentos fué el 1er. trimestre 42%, un 14% consumieron medicamentos durante todo el embarazo, un 16% ignoraba que se encontraba embarazada cuando los consumió. Factores como grupo étnico y escolaridad no fueron determinantes. Como vemos el problema es grande, pero lo más importante es que hay solución para el mismo.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Benson Ralph C. Ginecología y Obstetricia. 7a. edición, 1985. Pag. 125.
2. Browlec A. Nichinda T. Masseur Y. Como Desarrollar y Diseñar Proyectos de Investigación para Resolver los Problemas Prioritarios de Salud. 1a. edición, Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud, USAC. Pag. 111.
3. Casas Juan Antonio, Machuca Miguel. Análisis de la Situación de Salud por Regiones. Publicaciones científicas y técnicas de la OPS. editorial Don Quijote, S.A., Guatemala 1992. Pag. 68-75.
4. Goodman y Gilman. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 7a. edición, Panamericana 1986. Pag. 420, 452, 969. 1121.
5. Katzung Bertram A. Farmacología Básica y Clínica. 4a. edición El Manual Moderno S.A. de C.V. Mexico 1991. Pag. 761-762.
6. Martin L. Pernoll Ralph C. Benson. Diagnóstico u Tratamiento Ginecológico y Obstétrico. 5a. edición 1989. Pag. 173-174.
7. Mendea I. El Protocolo de Investigación. 1a. edición, Mexico Trillas S.A. de C.V. 1986. Pag. 11-15.
8. Berkowitz R.L. Coustan D.R. Mochizuki T.K. Manual de Farmacología en el Embarazo. 2a. edición, 1988. Pag. 8,13,54,43,189,230.
9. OMS. Informe Uso Racional de Los Medicamentos. Informe de La Conferencia de Expertos Nairobi. Ginebra, 1985. Pag. 34-35.
10. Pagano M. Prescripción de Fármacos en el Embarazo. 1a. edición. Pag. 1-7, 16-17, 20-45, 47-80.

11. Pritchard J., Macdonald P., Gant N. Williams. Obstetricia. 3a. edición, Mexico 1987. Pag. 251-252, 793-794.
12. Robins S.L. Cotrán. Patología Estructural y Funcional. 3a. edición, Mexico 1987. Pag. 479-480.
13. Rodriguez A., Torrealba L., Ludewing C., Zambrano A. Taller de Autoformación Teórico-Práctico de Investigación en Salud para Docentes de la Facultad de Ciencias Médicas. C.I.C.S. y P.F.D. Fase IV1989, USAC. Pag. 15-18, 24-30, 36-37, 50-51, 53-54.
14. Salvat Editores S.A. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 12 edición 1989. Pag. 336, 363, 682, 916, 1138.

XIII. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

DATOS GENERALES:

Nombre: _____ Edad: _____ Religion: _____
Direccion: _____ Escolaridad: _____
Grupo Etnico: _____ Edad del Embarazo Actual: _____

PREGUNTAS:

- 1.- Durante su embarazo ha tenido alguna(s) de las siguientes molestias:
- | | | |
|---------------------|-------------------|----------|
| -Dolor de cabeza | -Dolor de Muelas | -Fiebres |
| -Malestar estomacal | -Dolor de oidos | -Nauseas |
| -Malestar al orinar | -Dolor de espalda | -Nervios |
| -Flujo vaginal | -Dolor de pierna | -Mareos |
| -Diarrea | -Alergias | -Otros |
- 2.- Del siguiente listado de personas, a quien consultó para aliviar sus molestias:
- | | | |
|-----------------|-----------|------------|
| -Comadrona | -Médico | -Curandero |
| -Boticario | -Vecina | -Otros |
| -Automedicación | -Familiar | |
- 3.- Del siguiente listado de medicamentos, cuales fueron los que utilizó para darle alivio a sus molestias:
- | | | |
|---------------|------------------|---------------|
| -Acetaminofen | -Sal de uvas | -Antiácidos |
| -Aspirina | -Antiparasitante | -Antibióticos |
| -Alka-seltzer | -Antidiarréicos | -Otros |
| -Salandreuws | -Vitaminas | |
- 4.- Dosis de los anteriores medicamentos: _____
- 5.- Si en la pregunta número dos no consulto al médico; preguntar por que:
- | | |
|------------|----------------------------|
| -Distancia | -El personal las trata mal |
| -Caro | -Cree que no es necesario |
| -Enojado | -Otros |

6.- Sabia usted que estaba embarazada cuando uso dichos medicamentos:

SI _____ NO _____

7.- Cuanto tiempo tenia de embarazo cuando uso dichos medicamentos:

1er. Trimestre 2o. Trimestre 3er. Trimestre

8.- Lee usted las indicaciones que traen los medicamentos:

SI _____ NO _____

9.- Sabia que por ser usted una paciente en la edad fertil, deseando o esperando quedar embarazada, antes de usar cualquier medicamento debe consultar con el medico:

SI _____ NO _____

10.- Tiene usted temor de utilizar medicamentos durante el embarazo:

SI _____ NO _____