

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN**

**ESCUELA DE POSGRADO**



---

**“PREDICTORES PARA AUTOMEDICACIÓN CON MEDICINA  
CONVENCIONAL Y NO CONVENCIONAL EN GESTANTES  
DEL CENTRO DE SALUD PILCOMAYO – HUANCAYO, 2019”**

---

**LINEA DE INVESTIGACIÓN: GESTIÓN SANITARIA**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN SALUD  
PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA**

**TESISTA: AIDA MARIELA CAMARGO CAMPOS**

**ASESORA: Dra. IBETH CATHERINE FIGUEROA SÁNCHEZ**

**HUANUCO – PERÚ**

**2019**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo va dedicado a Dios, por otorgarme la gracia y la fuerza de voluntad para la obtención de este logro profesional.

A las personas que más quiero y son lo más importante en mi vida, siendo mis padres los que me forjaron y se esforzaron para que tuviera una carrera profesional,

A mi esposo, por su amor, compañía constante y apoyo incondicional en mi crecimiento personal y profesional.

A mis hijos que son el motor y motivo para seguir superándome

A toda mi familia que de una manera u otra forma siempre estuvieron conmigo.

**Mariela.**

## **AGRADECIMIENTO**

A la UNHEVAL, que a través de su escuela de posgrado me dio la oportunidad de formarme en ella, gracias a los docentes y personas que participaron en este proceso.

A mi asesora la Dra. Ibeth Catherine Figueroa Sánchez; por su acertada dirección y conducción en la realización de esta tesis.

A los trabajadores del Centro de Salud de Pilcomayo, a la gerente, del establecimiento de salud y pacientes, en especial a la población de gestantes que participaron en el presente estudio.

Gracias a todos por el apoyo incondicional que dieron como resultado la culminación de esta tesis.

**Mariela**

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar los predictores para automedicación con medicina convencional y no convencional en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pilcomayo – Huancayo, 2019; mediante un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal; de diseño descriptivo epidemiológico predictivo. Los resultados demostraron que los factores que predicen la automedicación durante el embarazo con la medicina convencional fueron: el estado civil (p-valor= 0,004), ocupación (p-valor=0,000), lugar de procedencia (p-valor= 0.014), influencia de consumo (p-valor= 0.000), motivo de automedicación (p-valor= 0.033), las patologías frecuentes (p-valor= 0.000), el lugar donde adquieren la medicina p-valor=0,003), la persona que les recomendó (p-valor= 0.033), verificación de las medidas de seguridad (p-valor= 0,031) y momento del embarazo (p-valor= 0,000). Para la medicina no convencional: la edad (p-valor= 0,003), el estado civil (p-valor= 0.012), ocupación (p-valor=0,032), ingreso económico mensual (p-valor= 0.003), influencia de consumo (p-valor= 0.000), las patologías frecuentes (p-valor= 0.000), tipo de medicamento utilizado (p-valor= 0.000), lugar donde obtuvo la información (p-valor=0.000) y el trimestre de embarazo (p-valor= 0.001). Concluyendo, con un p –valor menor a 0.05, se afirma que existen predictores para la automedicación con medicina convencional y no convencional durante el embarazo.

Palabras claves: Medicina farmacológica, medicina natural; automedicación

## ABSTRACT

The objective of the study was to determine the predictors for self-medication with conventional and unconventional medicine in pregnant women treated at the Pilcomayo Health Center - Huancayo, 2019; through an observational, prospective, cross-sectional study; of descriptive epidemiological descriptive design. The results showed that the factors that predict self-medication during pregnancy with conventional medicine were: marital status (p-value = 0.004), occupation (p-value = 0.000), place of origin (p-value = 0.014), influence of consumption (p-value = 0.000), reason for self-medication (p-value = 0.033), frequent pathologies (p-value = 0.000), the place where they acquire medicine p-value = 0.003, the person who gives them recommended (p-value = 0.033), verification of safety measures (p-value = 0.031) and time of pregnancy (p-value = 0.000). For unconventional medicine: age (p-value = 0.003), marital status (p-value = 0.012), occupation (p-value = 0.032), monthly economic income (p-value = 0.003), consumption influence (p-value = 0.000), frequent pathologies (p-value = 0.000), type of medication used (p-value = 0.000), place where the information was obtained (p-value = 0.000) and the trimester of pregnancy (p-value = 0.001). Concluding, with a value less than 0.05, it is claimed that there are predictors for self-medication with conventional and unconventional medicine during pregnancy.

Keywords: Pharmacological medicine, natural medicine; self-medication

## ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Índice	vi
Índice de tablas	viii
Índice de gráficos	x
Introducción	xii
<b>CAPITULO I</b>	
<b>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1 Fundamentación del problema de investigación	1
1.2 Justificación	3
1.3 Importancia	4
1.4 Limitaciones	4
1.5 Formulación del problema de investigación	
Problema general	4
Problemas específicos	5
1.6 Formulación del objetivo	
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
1.7 Formulación de Hipótesis	
• Hipótesis general	6
• Hipótesis específica	6
1.8 Variables	6
1.9 Operacionalización de variables	7
1.10 Definición de términos operacionales	8
<b>CAPITULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes	9
Antecedentes internacionales	9
Antecedentes nacionales	10
Antecedentes locales	13
2.2 Bases Teóricas	
Automedicación	13
2.3 Bases Conceptuales	30

**CAPITULO III****METODOLOGÍA**

3.1	Ámbito	32
3.2	Población	32
3.3	Muestra	32
3.4	Nivel y tipo de estudio	32
3.5	Diseño y esquema de investigación	33
3.6	Técnicas e instrumentos	33
3.7	Validación y confiabilidad del instrumento	34
3.8	Procedimiento	34
3.9	Tabulación y análisis de datos	34

**CAPITULO IV****RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1	Análisis descriptivo	36
4.2	Análisis inferencial y contrastación de hipótesis	49
4.3	Discusión de resultados	51
4.4	Aporte de la investigación	55

	CONCLUSIONES	56
--	--------------	----

	RECOMENDACIONES	59
--	-----------------	----

	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60
--	----------------------------	----

	ANEXOS	67
--	--------	----

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Factores sociodemográficos para automedicación con medicina convencional y no convencional en la población en estudio	36
Tabla 2	Características socioeconómicas para automedicación con medicina convencional antes del embarazo en la población en estudio.	38
Tabla 3	Momento de la automedicación con la medicina convencional y no convencional durante el embarazo en la población en estudio.	39
Tabla 4	Influencia para la automedicación de la medicina convencional y no convencional en la población en estudio	40
Tabla 5	Inicio de la automedicación con la medicina convencional y no convencional en la población en estudio	41
Tabla 6	Motivo de la automedicación con la medicina convencional y no convencional en la población en estudio	42
Tabla 7	Patologías más frecuentes para automedicación con la medicina convencional y no convencional en la población en estudio	43
Tabla 8	Lugar donde consiguen la medicina convencional y no convencional en la población en estudio	44
Tabla 9	Medicamentos más frecuentes para automedicación con la medicina convencional y no convencional en la población en estudio	45
Tabla 10	Conocimiento previo de los medicamentos convencionales y no convencionales en la población en estudio	46
Tabla 11	Lugar donde obtuvo la información de los medicamentos convencionales y no convencionales en la población en estudio	47
Tabla 12	Medidas de seguridad que verifican de los medicamentos convencionales y no convencionales de la población en estudio	48



Tabla 13	Prevalencia de automedicación con medicina convencional y no convencional en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pilcomayo – Huancayo, 2019	49
Tabla 14	Predictores para la automedicación con medicina convencional y no convencional en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pilcomayo – Huancayo, 2019.	49

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Figura 1	Factores sociodemográficos para automedicación con medicina convencional y no convencional en la población en estudio	37
Figura 2	Características socioeconómicas para automedicación con medicina convencional antes del embarazo en la población en estudio.	38
Figura 3	Momento de la automedicación con la medicina convencional y no convencional durante el embarazo en la población en estudio.	39
Figura 4	Influencia para la automedicación de la medicina convencional y no convencional en la población en estudio	40
Figura 5	Inicio de la automedicación con la medicina convencional y no convencional en la población en estudio.	41
Figura 6	Motivo de la automedicación con la medicina convencional y no convencional en la población en estudio	42
Figura 7	Patologías más frecuentes para automedicación con la medicina convencional y no convencional en la población en estudio	43
Figura 8	Lugar donde consiguen la medicina convencional y no convencional en la población en estudio	44
Figura 9	Medicamentos más frecuentes para automedicación con la medicina convencional y no convencional en la población en estudio.	45
Figura 10	Conocimiento previo de los medicamentos convencionales y no convencionales en la población en estudio	46

Figura 11	Lugar donde obtuvo la información de los medicamentos convencionales y no convencionales en la población en estudio	47
Figura 12	Medidas de seguridad que verifican de los medicamentos convencionales y no convencionales de la población en estudio	48

## INTRODUCCIÓN

La automedicación durante el embarazo puede poner en riesgo la vida de la madre y el futuro de su bebé, ocasionar abortos, muertes maternas o malformaciones congénitas. Estos riesgos se presentan debido a que, tanto el embrión, el feto, son muy sensibles a las acciones de los fármacos; por esta razón todo medicamento utilizado por las gestantes debe estar indicado por el médico especialista tratante o del médico tratante a cargo del embarazo en caso de emergencia; por ningún motivo las mujeres embarazadas deben tomar ningún medicamento que no haya sido dado bajo prescripción médica. El consumo de medicamentos por iniciativa propia sin la prescripción o supervisión de un médico es una actividad común en la población, pero hacerlo durante el embarazo representa un riesgo importante para la salud de la madre y el bebé.

De acuerdo con especialistas, la automedicación durante el embarazo oscila aproximadamente entre 30 y 70 por ciento, y los principales síntomas relacionados con esta actividad son náuseas, resfriado común y dolores de cabeza.

Las personas tienen la concepción de que al ser productos naturales no ejercen riesgo en el embarazo. Las plantas más comunes utilizadas durante el embarazo son manzanillas (*Matricaria chamomilla*), limón (*Citrus x limon*), menta (*Mentha*), árnica (*Arnica montana*), sábila (*Aloe vera*) y jengibre (*Zingiber officinale*), para aliviar malestares como náuseas, estreñimiento, migraña y resfriado común, principalmente.

La relevancia del uso de medicamentos herbales durante el embarazo, explicó el Castro Alonso, radica en que aún son escasos los estudios que aseguren su inocuidad durante una etapa delicada como la gestación: *“En algunos casos, las dosis seguras de plantas medicinales se desconocen. Árnica y ruda se utilizan de manera tradicional para disminuir la inflamación, pero su consumo en dosis elevadas puede ocasionar aborto. En este estudio vemos que el árnica es la planta número cuatro con mayor incidencia de uso. Muchas mujeres las utilizan sin darse cuenta del daño que ocasiona durante el embarazo”*. De acuerdo con estudios realizados en animales de laboratorio,

el consumo de ciertas dosis de ruda deriva en malformaciones congénitas, pero, aún no hay estudios clínicos que den respuesta a esta asociación.

A diferencia de las plantas medicinales, las mujeres embarazadas recurrieron a la automedicación de analgésicos -paracetamol, bonadoxina y omeprazol, principalmente- para el tratamiento de fatiga, migraña, dolor de espalda y gastritis. Castro, indicó que el uso prolongado de paracetamol durante el embarazo se asociaba a trastornos respiratorios y neurológicos (hiperactividad, autismo, por ejemplo) en los recién nacidos: Aunque se reportaron que el consumo frecuente de paracetamol ocasionó hepatotoxicidad, es decir, daño en el hígado, no se han identificado consecuencias sobre su consumo durante el embarazo. Los estudios relacionados con el consumo de analgésicos y sus posibles consecuencias en mujeres embarazadas son escasos

Lo que es necesario e indispensable empoderar a la población con información al respecto y evitar riesgos potenciales para el feto e incluso para la madre.

Entonces, existen condiciones de riesgo a la automedicación que deben poner en alerta a los profesionales de salud que están en contacto con las gestantes; por ende, el objetivo de nuestra investigación fue identificar estas condiciones como predictores que pongan en alerta y enfatizar actividades en esta población para evitar la automedicación que tanto daño puede ocasionar al binomio madre niño.

Es así, que la presente investigación se desarrolló en cuatro capítulos, siendo: El primer capítulo, conformado por la descripción del problema de investigación; donde se fundamentó el problema, se describieron las justificaciones e importancia, la formulación de problema, objetivos e hipótesis y se operacionalizaron las variables.

En el segundo capítulo, se desarrolló el marco teórico; describiendo los antecedentes, las bases teóricas y conceptuales.

En el tercer capítulo, se describió la metodología que siguió el desarrollo de la investigación.

En el cuarto capítulo se desarrollaron los resultados y la discusión de los resultados,

Finalmente se redactaron las conclusiones, las sugerencias y la bibliografía que se utilizó en el desarrollo de la investigación.

# CAPITULO I

## DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 Fundamentación del Problema

La automedicación de forma clásica ha sido definida como el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico <sup>1</sup>. Muchas veces los pacientes basan su decisión de emplear un medicamento siguiendo las recomendaciones de familiares, amigos, luego de la consulta con un farmacéutico, o haciendo uso de una receta médica previa.

En países desarrollados, con una población debidamente educada, la automedicación podría ser beneficiosa porque reduciría la asistencia médica por enfermedades de fácil manejo y el gasto en fármacos que hace el sistema nacional de salud. Los que se encuentran en esta capacidad de usar la automedicación, deben tener en cuenta de usar medicamentos que han sido aprobados por la FDA, que estén disponibles para la venta sin prescripción médica, y ser seguros y eficaces cuando se usan en las condiciones establecidas, y con especial cuidado en grupos vulnerables como niños, ancianos y mujeres embarazadas; lo que se ha denominado “automedicación responsable”<sup>1</sup>.

Lamentablemente, en países en desarrollo, como el nuestro, los que mayormente tienden a automedicarse o a pedir el apoyo de otras personas que, a su vez, desconocen o conocen poco sobre la administración adecuada de los medicamentos son muchas veces la población que no tiene un nivel adecuado de educación sanitaria; por ello, se observan efectos negativos de la automedicación como la resistencia bacteriana, el aumento del riesgo de reacciones adversas, el encubrimiento de la enfermedad, entre otros<sup>2</sup>.

A nivel nacional existen medicamentos de venta sin receta y con receta médica, la condición de venta de los medicamentos se encuentra impresa en el envase del producto<sup>2</sup>; no obstante, un estudio realizado en Chiclayo (costa norte del Perú) demuestra que ninguna de las boticas evaluadas

solicitó la receta médica a pesar de ser necesaria para la venta de antibióticos, situación que se podría repetir en muchos lugares del país<sup>3</sup>.

En el Perú, el profesional calificado para indicar el tratamiento farmacológico es el médico; en el área de atención de la mujer gestante es el médico especialista y en casos donde sólo se encuentre un personal obstetra es éste el que asigna las indicaciones farmacológicas hasta donde le permita sus competencias profesionales:

En el ámbito nacional, la prevalencia de automedicación en población general varía entre 40 y 60%; la facilidad con que se consiguen los medicamentos, así como la dificultad de acceder a una consulta médica por parte de la población de menores recursos, podrían ser los factores más importantes para la automedicación<sup>2</sup>. En gestantes el riesgo de la automedicación es mayor por los posibles efectos negativos sobre el feto, pues muchos medicamentos que se venden sin receta médica pueden ser perjudiciales, de acuerdo con la edad gestacional<sup>4</sup>.

Actualmente es muy preocupante el alto uso de medicamentos en el embarazo. El 5 % de las gestantes sufren de alguna enfermedad crónica preconcepcional (asma, hipertensión arterial crónica, diabetes, enfermedades tiroideas, gastrointestinales, etc.), por lo cual deben continuar con algún tratamiento farmacológico. Registros de la OMS indican que aproximadamente el 85 % de las gestantes toman uno o más fármacos durante el embarazo y un regular porcentaje lo hace sin prescripción médica<sup>5</sup>. En nuestra realidad la automedicación es una preocupación constante en la medida que no sólo ingieren medicamentos de dudosa procedencia sino también medicina alternativa (hierbas, raíces, jugos, entre otros), a quienes les atribuyen propiedades curativas, sin ninguna evidencia científica y con riesgo de efectos deletéreos para la madre y su hijo.

La Dirección Regional de Salud Junín<sup>6</sup>, ante este problema de la automedicación en gestantes, indico que la “automedicación durante el embarazo podría ser perjudicial para madre e hijo” debido a que, los medicamentos pueden llegar al futuro bebé, a través de la placenta que es la vía que lo conecta a su madre. Indico a su vez que: “Cuando ella ingiere un medicamento, éste se distribuye por la sangre, cruzando la placenta y



alcanzando la circulación fetal. Debemos tener en cuenta que lo que se ingiera o administre a la madre, en esta etapa, puede tener consecuencias lamentables y, en algunos casos, irremediables (aborto y muerte). En este contexto, el uso de los medicamentos durante el embarazo y la lactancia es un factor de riesgo latente para la madre y el futuro bebé, ya que no existe el medicamento ideal o inofensivo”.

En el Centro de Salud de Pilcomayo al igual que otras instituciones de salud se evidencian personas que acuden para atención médica después que han recibido medicación ya sea por parte de ellos mismo o sugerido por otras personas; y un buen porcentaje de ellos son gestantes.

La automedicación durante el embarazo es de gran interés, ya que podría suponer un riesgo para la salud de la madre y el niño. La información sobre la automedicación durante este periodo, ya sea con medicamentos convencionales o no convencionales (medicina natural, u otros), es limitada; por lo que algunos problemas maternos y perinatales puede estar pasando desapercibido como resultados de este problema de salud pública.

## **1.2 Justificación**

La automedicación puede aumentar la mortalidad materna y el daño al feto; y sin embargo es una práctica común entre las mujeres embarazadas; por lo que la investigación se justifica teóricamente en que permite conocer la población susceptible a riesgos por la “automedicación irresponsable” ya que sin medir las consecuencias las madres predisponen a que el futuro bebé tenga problemas congénitos muy graves durante su formación.

En la práctica; permite que el sector salud continúe dirigiendo esfuerzos en el control de este problema de salud pública; emitiendo sanciones más drásticas a las farmacias o boticas que dispensen medicamentos sin receta médica. Asimismo, el personal de salud direcciona actividades que mejoren el nivel de conocimientos de las personas, gestantes e integrantes de la familia en general sobre los riesgos que conlleva la automedicación de medicina convencional y no convencional sobre todo durante el embarazo.

En lo social se justifica en que, al limitar el consumo indiscriminado de medicamentos riesgosos para la madre y su bebé, se limitan los riesgos que puede conllevar a morbimortalidad en este tan valioso binomio madre-niño.

En lo metodológico, porque a partir de la presente investigación se continuarán las investigaciones; ya que la automedicación en mujeres embarazadas es un riesgo constante.

### **1.3 Importancia o propósito**

El presente estudio tuvo el propósito de proporcionar información relevante sobre las condiciones como se desarrolló el consumo de medicamentos no indicados por un profesional médico en las gestantes conllevando a la automedicación, además permite a las autoridades proponer intervenciones o programas educativos sobre los riesgos al que se exponen de realizar esta práctica de automedicación, con la finalidad de disminuir y erradicar la automedicación.

### **1.4 Limitaciones**

Las limitaciones de la investigación fueron el limitado acervo bibliográfico sobre automedicación en gestante y la demora en los trámites administrativos en el proceso de la autorización para aplicación de la investigación.

Asimismo, se contempló el sesgo de la información; ya que las gestantes podrían haber omitido información o brindar información de dudosa veracidad, por temor o vergüenza.

### **1.5 Formulación del problema de investigación**

#### **1.5.1 Problema general**

¿Cuáles son los predictores para automedicación con medicina convencional y no convencional en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pilcomayo – Huancayo, 2019?

### **1.5.2 Problemas específicos**

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas que actúan como predictores para automedicación con medicina convencional y no convencional en la población en estudio?
2. ¿Cuál es el momento de la automedicación con la medicina convencional y no convencional durante el embarazo en la población en estudio?
3. ¿Cuál es el patrón de consumo que predice la automedicación con la medicina convencional y no convencional en la población en estudio?
4. ¿Cuál es la prevalencia de la automedicación con la medicina convencional y no convencional durante el embarazo en la población en estudio?

## **1.6 Formulación del objetivo general y específicos**

### **1.6.1 Objetivo General**

Determinar los predictores para automedicación con medicina convencional y no convencional en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pilcomayo – Huancayo, 2019.

### **1.6.2 Objetivos específicos**

1. Identificar las características sociodemográficas como predictores para automedicación con medicina convencional y no convencional de la población en estudio.
2. Analizar el momento de la automedicación con la medicina convencional y no convencional durante el embarazo en la población en estudio
3. Analizar el patrón de consumo que predice la automedicación de la medicina convencional y no convencional en la población en estudio.
4. Estimar la prevalencia de la automedicación con la medicina convencional y no convencional durante el embarazo en la población en estudio.

## **1.7 Formulación de hipótesis general y específicas**

### **1.7.1 Hipótesis General**

H1: Existen predictores para la automedicación con medicina convencional y no convencional en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pilcomayo – Huancayo, 2019.

H0: No existen predictores para la automedicación con medicina convencional y no convencional en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pilcomayo – Huancayo, 2019.

### **1.7.2 Hipótesis Específicas**

H11 Las características sociodemográficas predicen la automedicación con medicina convencional y no convencional de la población en estudio.

H10 Las características sociodemográficas no predicen la automedicación con medicina convencional y no convencional de la población en estudio.

H21 El patrón de consumo predice la automedicación con medicina convencional y no convencional de la población en estudio.

H20 El patrón de consumo no predice la automedicación con medicina convencional y no convencional de la población en estudio.

## **1.8 Variables**

### **Variable de estudio**

Predictores de la automedicación

### **Indicadores:**

- Características sociodemográficas y culturales
- Características de conocimiento de automedicación
- Características de la práctica de automedicación

## 1.9 Operacionalización de variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Valor final	Escala
Variable de estudio	Automedicación	Tipo de medicamento	Convencional No convencional	Nominal
	Características sociodemográficas	Edad según riesgo	Adolescente (menor de 19) Edad adecuada (20 a 34) Añosa (mayor de 35)	
Grado de instrucción		Analfabeta -Primaria Secundaria- superior técnica Superior universitaria		Nominal
Estado civil		Soltera-Casada- Viuda unión estable (conviviente) Divorciada		Nominal
Ocupación		Estudiante Trabajadora dependiente Trabajadora independiente Ama de casa		Nominal
Procedencia		Rural –Urbano - Urbano marginal		Nominal
Ingreso familiar		Menor de S/. 900 De S/. 900 a 1400 De S/. 1500 a 2000 Mayor de S/. 2000		Ordinal
Predictores para automedicación		Características del Patrón de automedicación	Historia familiar de automedicac.	Padres- pareja -ambos- ninguno
	Motivo de la automedicación		Por conocimiento previo Factor tiempo El médico recetará lo mismo Factor económico No necesita indicación	Nominal
	Síntomas para auto medicarse		Dolor Patologías: respiratorias Digestivas, renales, Padecimiento crónico- otros.	Nominal
	Lugar de expendio		Farmacia -Tiendas – Establecimiento de salud	Nominal
	Momento de automedicación		Antes del embarazo Durante el embarazo	Nominal
	Edad gestacional		1º , 2do y 3er trimestre	Ordinal
	Tipo de medicación que toma		• Antibióticos, AINES-, Antiinflamatorios esteroideos medicamentos de tto. crónico • Hierbas para probl. Gástricos, Respirator, Renales, nerviosos, Otros:	Nominal
	Conoce del medicamento		Indicaciones y contraindicaciones, Riesgos maternos y fetales Desconoce	Nominal
	Donde obtuvo la información del medicamento		Profesional de salud Farmacéutico Medios de difusión (radio, TV, Internet) , Otra persona Prospecto	Nominal
	Persona que le recomendó		Esposo - Amigo(a), Familiar -En la farmacia, Ninguno - Otros	Nominal
	Verifica al momento de adquirir el producto		Fecha de vencimiento Presentación genérica o comercial. Posibles riesgos, ninguno	Nominal

### **1.10 Definición de términos operacionales**

#### **Predictores para la automedicación:**

Características de riesgo que aumentan la probabilidad de que la gestante se pueda automedicar; poniendo en riesgo su salud y la de su bebé: edad, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico, etc.

#### **Características de patrón de automedicación**

Forma en que adquieren las gestantes los medicamentos sin prescripción médica, es decir, por iniciativa propia y sin la asistencia de profesionales de la salud: problemas de salud – enfermedad, eventos adversos, hábitos de consumo, etc

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes

##### 2.1.1 Antecedentes Internacionales

**González Armas Deborah Jimena**<sup>7</sup>(Guatemala,2017). Realizó la investigación titulada Automedicación en embarazadas usuarias del puesto de salud El Tizate. San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, Guatemala, julio 2017, con el objetivo de determinar la frecuencia de automedicación de embarazadas usuarias del puesto de salud enero-abril 2017. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal, observacional Los resultados demostraron que hasta un 44% de la población de la Aldea El Tizate, se auto medica durante el embarazo. Un tercio de las pacientes lo realizó durante el primer trimestre y el medicamento más utilizado fue el acetaminofén.

**Achachi Meléndez, Darío Xavier**<sup>8</sup> (Ecuador,2015). Realizó la investigación titulada Automedicación en el embarazo como factor etiológico de abortos atendidos en el hospital provincial docente Ambato en el periodo septiembre diciembre del 2014 con el objetivo de determinar que la automedicación en mujeres embarazadas constituye uno de los posibles factores etiológicos de abortos. El estudio fue no experimental, de tipo descriptivo y de corte transversal porque se valoraron y explicaron las características de las pacientes, que acudieron con cuadros clínicos de cualquier tipo de abortos en una población de 260 pacientes. Se obtuvieron los siguientes resultados: La automedicación es una práctica frecuente dentro de las pacientes embarazadas, mismos medicamentos que son adquiridos con total libertad en diferentes sitios. Hay relación estadística que indica que existe relación directa entre las variables aborto y automedicación, el grupo etario que más se auto medico fue en el rango de 21 a 25 años. La población que más se auto medico fueron las pacientes con estudios secundarios completos, mostrando predilección por los AINES, de este mismo grupo mayoritariamente dijeron que si sabían para que era el medicamento consumido. Surgiendo una nueva

interrogante si los aines son los causantes de los abortos, proponiéndose la realización de un ensayo clínico.

**Jiménez Puñales, Sandi**<sup>9</sup>(Cuba,2015). Realizó la investigación Auto medicarse en el embarazo, acto de doble irresponsabilidad con el objetivo de prevenir los efectos negativos de la automedicación; para lo cual indicaron que se debe educar a las pacientes, y a toda la población en general, y brindar información y consejería en el uso adecuado de medicamentos y la herramienta para lograrlo la prevención, debido a que la automedicación en el embarazo constituye un acto de doble irresponsabilidad. Se realizó un estudio de análisis bibliográfico y se concluyó que la automedicación es un problema de salud pública, mucho mayor si se relaciona con alguna etapa del embarazo; inevitablemente se impone la realización de estudios de intervención que se propongan lograr disminuir los índices de automedicación en la población general y, en especial, en el embarazo ya que puede acarrear consecuencias en la madre y en el producto de la concepción.

**Castanho Sabaini de Melo, Simone Cristina**<sup>10</sup>(Brasil,2009). Realizó el estudio titulado El uso de medicamentos por parte de mujeres embarazadas que reciben atención en el Sistema de Salud Universal de Brasil; con el objetivo de identificar el uso de medicamentos por las gestantes del sistema único de salud del Municipio de Bandeirantes-Paraná. El estudio fue analítico de corte transversal en una población constituida por 245 gestantes siendo la muestra 205. El instrumento para la recolección de datos fue un cuestionario estructurado. El estudio concluyó en que las gestantes están siendo expuestas a una variedad de medicamentos, lo que exige una atención con criterio para evitar posibles daños al feto

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

**Sandoval Paredes, José y Sandoval Paz, Cindy**<sup>11</sup> (Lima,2018). Realizaron el estudio titulado Uso de fármacos durante el embarazo con el objetivo de describir los riesgos de la medicación de más frecuente uso en las patologías más comunes en el embarazo. El estudio se desarrolló mediante la revisión de información bibliográficas; donde al análisis concluyeron que los cambios



fisiológicos en el embarazo modifican considerablemente la farmacocinética de la medicación. Se evaluó el verdadero riesgo potencial de teratogénesis de los fármacos, los criterios específicos para considerarlos como factor etiológico. También comentó la clasificación de la Administración de Alimentos y Medicamentos estadounidense (FDA, por sus siglas en inglés), los criterios de su clasificación, sus limitaciones, su limitada vigencia actual y la propuesta de nuevas reglas para etiquetar los fármacos en donde consideró la evaluación clínica, exposición inadvertida y riesgo disponible. Así mismo, se realizó la descripción de los riesgos de la medicación de más frecuente uso en las patologías más comunes en el embarazo y la correcta manera de informar a la paciente expuesta a supuestos teratógenos, con la finalidad de no afectar la percepción del riesgo. Concluyendo que se debe considerar que los fármacos prescritos con mayor frecuencia se pueden administrar con relativa seguridad durante el embarazo, indicando los que sean estrictamente necesarios, restringiéndolos en el primer trimestre, prefiriendo los de seguridad comprobada, utilizando la menor dosis eficaz durante el menor tiempo posible, evitando utilizar varios fármacos y vigilando sus efectos colaterales y complicaciones.

**Rosales Zurita, Verónica Vilvia**<sup>12</sup>(Lima,2017). Realizo el estudio titulado Caracterización del consumo de medicamentos; automedicación responsable, automedicación y auto prescripción en usuarios de boticas ubicadas en San Juan de Lurigancho 2016-2017 con el objetivo de determinar las prácticas de automedicación irresponsable y auto prescripción que se han incrementado en los usuarios de boticas convirtiéndolo en un problema de salud pública. El estudio se realizó mediante un estudio con diseño no experimental y de corte transversal, utilizando para ello un formulario de recolección de datos, previamente validado. La encuesta se aplicó a 374 usuarios voluntarios anónimos que solicitaron medicamentos sin prescripción médica, para así determinar las características sociodemográficas de la automedicación responsable, automedicación y auto prescripción, así mismo evaluar las conductas y conocimientos asociados a estas tres prácticas en los usuarios de boticas. Concluyendo que el 6.2% de los usuarios de boticas se auto

medican de forma responsable, mientras que el 23.5% solo se auto medican y el 70.3% se auto prescriben.

**Nieto Lazo, Katheryne Elizabeth**<sup>13</sup>(Chimbote,2017) Realizo un estudio titulado Relación entre el nivel de conocimiento sobre los efectos adversos de los medicamentos y la automedicación en gestantes atendidas en el Centro Salud Coishco. Enero - diciembre 2017. El objetivo fue identificar la relación entre el nivel de conocimiento sobre los efectos adversos de los medicamentos y la automedicación en gestantes; el tipo de estudio fue básica, descriptiva, de corte transversal y relacional la población estuvo constituida por 102 gestantes que asistieron al Centro Salud, para su atención prenatal. Los resultados de este estudio fueron que el 33.4% de las mujeres estudiadas corresponden al grupo etario de 20-25 años, estado civil conviviente, instrucción secundaria, amas de casas y de religión católica. Respecto al número de gestaciones el mayor porcentaje fueron primigestas con un 46,1%. En relación a la automedicación, el 60,8% de las gestantes atendidas si se automedicaron durante su embarazo. El 96,1% de las gestantes tienen un nivel de conocimiento suficiente sobre los efectos adversos de la automedicación. En relación a los tipos de medicamentos el 36,3% de las gestantes utilizaron analgésicos. La razón que condujo a la automedicación en las gestantes, fue mayormente por la falta de tiempo con un 20,5%. Respecto a los síntomas que llevaron a automedicarse, el más frecuente fue el dolor con un 37,3%. Concluyendo que no hay relación significativa entre las variables en estudio.

**Mini, Elsy;** et al.<sup>14</sup> (Lima, 2011). Realizaron el estudio titulado Automedicación en gestantes que acuden al instituto nacional materno perinatal, Perú 2011; con el objetivo de determinar la prevalencia de automedicación en gestantes y sus características. Se realizó un estudio descriptivo transversal, donde se entrevistaron a 400 gestantes que acudieron a control prenatal en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. Los resultados demostraron que el 10,5% (42 pacientes) se automedicó durante la gestación, el 64,6% opinó que la automedicación puede producir malformaciones congénitas a sus bebés. Los medicamentos consumidos por las gestantes estuvieron en categoría A y

B de la clasificación de la Administración de Alimentos y Drogas de EUA (FDA); principalmente, consumieron paracetamol (47,6%) y amoxicilina (16,7%). Todas las mujeres que se auto medicaron durante la gestación lo habían hecho antes de estar embarazadas. Concluyendo que la prevalencia de automedicación en gestantes del estudio es baja, comparado con la literatura internacional.

### **2.1.3 Antecedentes Locales**

**Hoyos Rojas, José Jacir**<sup>15</sup>(Huancayo,2017). Realizaron la investigación titulada Factores Predisponentes a la Automedicación en un Centro de Salud en la Ciudad de Huancayo, con el objetivo de determinar los factores predisponentes a la automedicación en un centro de salud de la ciudad de Huancayo, en el mes de febrero del 2017. El estudio fue de tipo básica, observacional, descriptivo, de corte transversal. En el periodo de estudio hubo 4800 pacientes mayores de 18 años de los cuales se trabajó con una muestra de 356 pacientes. La técnica de investigación fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Los resultados fueron procesados con el estadístico inferencial de chi cuadrado, llegando a las siguientes conclusiones: el 77% de las personas encuestadas se automedican, siendo los factores factores socio – económicos ( $p=0.025$ ) y los factores culturales ( $p=0.040$ ) los que son significativamente predisponentes.

## **2.2 Bases Teóricas:**

### **2.2.1 Automedicación**

La automedicación se define de forma tradicional como “el consumo de medicamentos, por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico”. Sin embargo, en la actualidad la automedicación debería ser entendida como “la voluntad y la capacidad de las personas para participar de manera inteligente y autónoma (es decir, informada) en las decisiones y en la gestión de las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas que les conciernen”. Kregar<sup>16</sup> definió la automedicación como “el uso de medicamentos, sin receta, por iniciativa propia de las personas, y al autocuidado como el conjunto de actividades realizadas por el paciente sin la asistencia de profesionales de la salud”.

Según la Organización Mundial de la Salud, “La automedicación implica el uso de medicamentos por parte del consumidor para tratar trastornos auto reconocido o síntomas, o el uso intermitente o continuo de un medicamento recetado por un médico para las enfermedades crónicas, recurrentes o síntomas”.

### **Factores predisponentes de la automedicación**

#### **Venta Libre de Medicamentos:**

El uso incorrecto de todos los medicamentos (dosis excesivas, durante períodos demasiado prolongados o en situaciones en que no estarían indicados), puede producir efectos secundarios o adversos, generar interacciones con otros fármacos o sustancias, provocar dependencia e incluso retrasar el diagnóstico de alguna enfermedad que requiera cuidados médicos o quirúrgicos.

La venta de cualquier medicamento fuera de los establecimientos farmacéuticos, es altamente riesgosa para la salud de la población. Según el titular de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid), Víctor Dongo Zegarra, en el 2010, señaló: *“El 43 por ciento de las personas que acuden a las farmacias de Lima se automedica, de ese total, el 57 por ciento compra medicamentos sin prescripción médica”. Es decir, se puede evidenciar que en muchas farmacias se suele expender libremente productos para cuya venta se necesita la presentación obligatoria de la receta”.*

La Conferencia GT/Clasificación de Medicamentos recomienda la siguiente definición para los medicamentos de venta libre:

*“Producto farmacéutico, medicamento o especialidad medicinal cuya dispensación o administración no requiere autorización médica, utilizados por los consumidores bajo su propia iniciativa y responsabilidad para prevenir, aliviar o tratar síntomas o enfermedades leves y que su uso, en la forma, condiciones y dosis autorizadas sean seguras para el consumidor”.*

#### **Publicidad:**

La publicidad en los medios de comunicación ejerce un gran impacto en los consumidores, lo que genera riesgos para la salud de la población. Este tipo de publicidad omitiría información acerca de eventos adversos, incluso

incitaría a vastos sectores poblacionales a adquirir, conservar en el hogar y consumir indiscriminadamente medicamentos de venta libre incluso aquellas que su condición sea bajo receta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) creó los "Criterios éticos para la promoción de medicamentos", un marco teórico donde se establecen recomendaciones sobre los anuncios dirigidos al público "deben contribuir a que la población pueda tomar decisiones racionales sobre la utilización de medicamentos que están legalmente disponibles sin receta". La publicidad y promoción activa por los medios masivos de comunicación, aumenta la automedicación irresponsable y el uso irracional de medicamentos.

### **Económico:**

A pesar del crecimiento económico la gran parte de la población gana tan sólo el salario mínimo y la ausencia de recursos económicos hace que la población busque alguna solución a sus problemas de salud. El bajo ingreso económico no permite acceder a los servicios de salud lo cual significa falta de prescripción por un profesional capacitado, lo que conlleva a la práctica de la automedicación.

### **Falta de tiempo:**

La sociedad actual sufre de la falta de tiempo. Al no tener tiempo, los pacientes se imposibilitan el acceso del hospital, y consultan con terceras personas o acuden más frecuentemente a la botica o la farmacia más cercana y compran los medicamentos. Los pacientes al no acudir al consultorio de medicina, no saben los diagnósticos definidos y no conocen los fármacos que se deben tomar.

### **Desconfianza en los profesionales médicos:**

La relación médico paciente se está debilitando debido a la mecanización de las acciones de los médicos por el avance de la ciencia y tecnología. La desconfianza del paciente hacia el médico ha ido apareciendo en la población. Los medicamentos salen al mercado luego de extensos estudios que determinan las indicaciones y contraindicaciones de los mismos, las cuales

solo conocen en detalle los médicos, por lo cual son las únicas personas indicadas para prescribir drogas.

**Ausencia de seguro de salud:**

La ausencia de un seguro de salud que proporcione cobertura universal contribuye a ahondar la problemática de la automedicación. El círculo vicioso que se inicia con la enfermedad, y que luego continúa con la deficiencia de los servicios, la estrechez económica, las malas prácticas de salud y el posible agravamiento de la enfermedad, afecta de manera particular a la población más pobre y menos educada.

**Factores culturales:**

La automedicación como se ha mencionado es un fenómeno multicausal, dentro de ellas se encuentra la cultura de las personas que responden a estímulos como la presión que ejercen grupos y/o familiares al consumo de medicamentos basados en su propia experiencia. Estas carencias causan que existan enunciados como "busca rápido alivio a esas molestias", los que tienen un papel decisivo en la decisión final del usuario.

**Consecuencias de la automedicación**

Se considera que todos, alguna vez en nuestra vida (sino es que más de una vez), se han auto-medicado. Todos lo hacemos, sin duda alguna, con el fin de ayudar a nuestro organismo para recuperar nuestro estado de salud, sin embargo, muchas veces no estamos conscientes del daño que nos podemos estar haciendo. Al auto-medicarnos, podemos recuperar la salud o bien agravar la enfermedad y también como consecuencia, podemos transmitir esta costumbre a nuestros seres queridos o bien a la gente que nos rodea.

Las consecuencias ocasionadas por la auto-prescripción podrían ir desde una fuerte intoxicación hasta algún otro problema que conduzca a la muerte del paciente. Sin embargo, cuando la auto-medicación se realiza conociendo el medicamento o bien informándose, se puede recuperar la salud sin problemas.

Por otro lado, hay medicamentos que no necesitan de una prescripción médica para ser consumidos y estos podrían de algún modo ser tomados sin

tantos problemas de efectos secundarios por su mal uso. De hecho, la OMS acepta la automedicación, siempre y cuando sea por medio de medicamentos libres o medicamentos que no necesitan prescripción médica, además de que estos deberán ser usados para tratar males como son la tos, dolor de garganta, dolor de estómago, entre otros síntomas leves, siempre y cuando el paciente se mantenga en contacto con el médico.<sup>17</sup>.

### **Riesgos y ventajas de la automedicación<sup>18</sup>**

Es una costumbre arraigada entre la población, ante los primeros síntomas de cualquier enfermedad, un resfriado, dolor de estómago acudir al botiquín casero para intentar cortar el avance de la enfermedad.

Durante mucho tiempo, se ha considerado a la automedicación como una de las formas de uso irracional de los medicamentos, al constituir una terapéutica no controlada, que no permite un seguimiento del tratamiento de los pacientes, y que puede conllevar numerosos riesgos o inconvenientes, tales como:

- Información errónea, insuficiente o no comprensible de los medicamentos y sus características por parte de los pacientes
- Elección incorrecta de los medicamentos, por un autodiagnóstico equivocado o bien por una identificación errónea
- Uso o administración incorrectos (dosis vía, duración, conservación, etc); y riesgo de abuso o dependencia
- Aparición de reacciones adversas o interacciones o utilización de asociaciones inadecuadas que podrían ser especialmente peligrosas en ancianos, niños, embarazadas, y ciertos grupos de riesgo.
- Retraso en la asistencia médica apropiada, en los casos en que ésta sea realmente necesaria.

Desde hace algunos años, se atribuyen a la automedicación ciertos aspectos positivos ya que, como parte de los "autocuidados sanitarios", constituye una forma de responsabilidad individual sobre la propia salud, por la que el paciente elige libremente un tratamiento a partir de sus propios conocimientos. Esto podría representar, según algunos autores, ciertas ventajas como:

- Menor demanda de asistencia sanitaria por dolencias menores que no la requieren, evitando la sobresaturación de los servicios médicos y reduciendo el tiempo de las visitas médicas y de los costos del sistema sanitario. Todo lo cual puede ser especialmente importante cuando los recursos son limitados.
- Rapidez, fácil disponibilidad y accesibilidad del tratamiento medicamentoso.

### **Todo fármaco implica un potencial riesgo**

Los médicos afirman que cualquier medicamento implica un potencial riesgo. Hasta las vitaminas, que se tiende a pensar que son inocuas, pueden, consumidas en exceso, resultar lesivas a la salud. Tal es el caso de la vitamina A, la cual, en grandes dosis, es capaz de causar daños, tanto a las mujeres embarazadas como a los pacientes comunes. Una simple aspirina podría originar serios trastornos en personas con tendencias a las hemorragias o afectadas de úlceras gástricas. Cada organismo es diferente en la absorción, metabolismo y excreción de los fármacos.

### **Riesgo del uso de plantas medicinales en el embarazo:**

Los principios activos de las plantas pueden interferir en determinadas funciones del organismo de la embarazada e incluso podrían llegar a generar daños más o menos importantes, tanto en ella como en el feto. Muchos facultativos, sean médicos de cabecera o pediatras, suelen desaconsejar el consumo de plantas medicinales durante el embarazo, al menos durante el primer trimestre de gestación, porque en muchos casos no se puede contar con la seguridad de que no se van a producir interacciones indeseadas. Lo cierto es que son pocos los estudios realizados que evalúen el efecto de las plantas medicinales sobre el organismo de la mujer y el feto en desarrollo. La mujer embarazada es especialmente sensible y vulnerable a posibles reacciones adversas por ingesta de alimentos, entre ellos las plantas medicinales. Es por ello que toda precaución es poca ante la posibilidad de desarrollar cualquier problema que pudiera suponer el más mínimo riesgo para la salud de la madre y de su criatura. Debemos distinguir entre aquellas



plantas de consumo frecuente que es imprescindible evitar durante el embarazo, de las que se pueden consumir con tranquilidad si no se sobrepasan las dosis recomendadas.

No hay razón alguna para que la madre renuncie al placer de una tisana o siga utilizando determinadas plantas para aliviarse trastornos de la digestión o de la respiración como venía haciendo hasta ahora, por poner un ejemplo, siempre que el consumo sea equilibrado y se elijan aquellas plantas exentas de todo peligro<sup>19</sup>.

### **Compuestos de las plantas medicinales no apropiados para embarazadas**

Determinados componentes bioquímicos de las plantas pueden generar efectos contraproducentes en la mujer en gestación a diferentes niveles. Es cierto que en muchos casos se requiere consumir grandes cantidades para que ese riesgo sea significativo, pero conviene estar bien informados para evitar cualquier problema. Por ello, no olvidemos nunca de preguntar sobre los principios activos cuando adquirimos una planta medicinal en el herbolario. Durante el embarazo debemos alertarnos ante la presencia de principios activos que pueden presentar una cierta toxicidad o provocar irritación gástrica y posibles reacciones alérgicas, como:

- Alcaloides, por su efecto hepatotóxico y neurotóxico.
- Taninos, por su efecto irritante y potencialmente oxicítico.
- Principios amargos, por su efecto irritante, y en algunos casos oxicítico.
- Algunos compuestos flavónicos.
- Compuestos antraquinónicos, por su potencial laxante y purgante.
- Fitosteroles y otros estrógenos naturales, por su potencial abortivo.
- Aceites esenciales, por su potencial tóxico a diferentes niveles.

### **Automedicación en Gestantes**

El embarazo es un período de sumo riesgo para la madre, así como para el bebé por nacer; por ende, se debe de tener sumo cuidado en su control, más aún en el aspecto sobre el uso del medicamento, ya que solo puede ser usado si es prescrito por un profesional de salud; sin embargo, en la realidad no es

así ya que su irresponsabilidad trae consigo que al futuro bebé pueda ocasionarle graves daños como es la malformación congénita durante su formación en el vientre materno; asimismo, puede ocasionar, problemas que ponen en riesgo la gestación para llegar a término, ya que esta costumbre peligrosa ocasiona un grave daño al bebé por nacer<sup>20</sup>.

Por otro lado, durante el embarazo la automedicación causa graves daños o modificaciones en la placenta y los órganos fetales, debido a la acción de los medicamentos sin prescripción médica, este abuso de parte de las gestantes es debido a que surge un problema denominado teratogénesis, la cual ocasiona una alteraciones en la morfología y en el funcionamiento de los diferentes sistemas en formación, debido a la ingesta de medicación indiscriminada durante el embarazo, lo cual conlleva que en un futuro cercano el recién nacido presente alteraciones en el retraso en el desarrollo del comportamiento, o incluso causar daños irreversibles como son anomalías<sup>21</sup>.

El consumo de medicamentos durante el primer trimestre es decir en la etapa embrionaria es perjudicial para el futuro ser, considerando que en este lapso de tiempo están en formación los órganos, por ende, en este momento es donde se producen mayor riesgo de daños al embrión consideradas como muy graves en cuanto a la formación por conducir a malformaciones fetales, a partir de la octava semana hasta que el feto nazca, los daños se sitúan más en el crecimiento del feto en cuanto a su crecimiento y desarrollo funciona del feto, todo ello sumado ocasiona problemas durante el parto; es decir, ocasiona abortos espontáneos<sup>22</sup>.

Durante el primer trimestre, presenta malformaciones e incluso la muerte del feto; en el segundo trimestre impide el crecimiento de algunos tejidos u órganos y, en el tercer trimestre un mal funcionamiento de órganos fetales. Asimismo, la automedicación en las gestantes es debido a que su venta se realiza sin medir consecuencias; las farmacias los venden sin pedir de antemano la receta médica, se venden en tiendas, supermercados, boticas, etc. Otras gestantes lo hacen por seguir consejos de amigos, curanderos, vecinos, la abuela, o incluso toman remedios sobrantes, entre otros<sup>23</sup>.

Asimismo, las embarazadas acostumbran tomar infinidad de suplementos vitamínicos sin prescripción médica, por el simple hecho de que sus futuros bebés reciban según creencias o costumbres de ellas de las vitaminas y minerales suficientes para el desarrollo y crecimiento de su bebé. Un medicamento que es consumido indiscriminadamente es el ácido fólico, que, si es recomendado por el médico ya que les ayuda en la prevención de malformaciones congénitas, en cuanto al cerebro y médula espinal<sup>24</sup>.

La Food and Drug Administration<sup>25</sup> (FDA) de EEUU clasifica los fármacos en cinco categorías, en función de los riesgos potenciales de teratogénesis.

- ✓ Categoría A: Medicamentos sin riesgo para el feto durante el primer trimestre y en trimestres posteriores, la teratogénesis parece remota.
- ✓ Categoría B: Medicamentos sin confirmar riesgos para el feto durante el primer trimestre de gestación, ni de riesgo en trimestres posteriores.
- ✓ Categoría C: Medicamentos que sólo han de administrarse si el beneficio esperado justifica el riesgo potencial para el feto.
- ✓ Categoría D: Medicamentos de riesgo teratógeno, aunque los beneficios pueden hacerlos aceptables para su uso durante el embarazo.
- ✓ Categoría X: Medicamentos contraindicados en embarazadas, aparición de anomalías fetales por lo que el riesgo supera el posible beneficio.

Debido a la publicidad por los medios virtuales; en la actualidad las gestantes tienen mayor accesibilidad a una gran gama de medicamentos que pueden consumir por iniciativa propia, sin medir las consecuencias de su irresponsabilidad sobre los posibles efectos secundarios del mismo, entre ellos las malformaciones congénitas, abortos e incluso la muerte del feto; las gestantes toman los medicamentos debido mayormente a las náuseas propias del embarazo, otras los hacen por problemas comunes como son las enfermedades como son los resfríos o la gripe.

- ✓ La automedicación en gestantes durante el primer trimestre ocasiona daños a los órganos vitales al feto, trayendo consigo malformaciones congénitas entre el 3 a 5%, y este se acentúa más conforme pasen los trimestres ocasionándoles graves daños en su crecimiento fetal.
- ✓ Los momentos menos críticos de la automedicación en las gestantes son durante las 4 primeras semanas del embarazo y durante las 11 a 26 semanas del embarazo (riesgo mínimo).

- ✓ Los momentos más críticos de la automedicación en las gestantes son durante las 4 a 10 semanas del embarazo (riesgo elevado) y durante las 13 últimas semanas del embarazo (riesgo muy elevado)<sup>26</sup>.

Es de suma importancia evitar la automedicación y la polifarmacia en las mujeres gestantes a fin de prevenir daños irreversibles al feto.

### **Medicación específica en el embarazo**

#### **Anemia y estados carenciales:**

No hay riesgos para el feto con la ingesta de hierro, pero hay que considerar que su administración en el primer trimestre no se hace necesaria debido a que, durante este periodo, no aumentan las necesidades fisiológicas. Luego hay que administrar suplementos en una cantidad de 30 a 60 mg, considerando que para una absorción de 6 mg diarios, se logra con 30 mg/día de hierro elemental es decir con 250 mg de gluconato ferroso, 150 mg de sulfato ferroso, o 90 mg de fumarato ferroso<sup>27</sup>

#### **Patologías digestivas**

##### **Náuseas y vómitos:**

El mecanismo principal de los antihistamínicos, en el tratamiento de las náuseas y los vómitos del embarazo, es la inhibición directa de histamina en el receptor H1. El más recomendado es la doxilamina. Se indica la combinación doxilamina-piridoxina en el tratamiento farmacológico inicial de las náuseas del embarazo. Si persiste se sugiere agregar difenhidramina 25 a 50 mg VO cada seis horas o meclizina 25 mg VO cada seis horas. Si los síntomas no mejoran, se sugiere agregar un antagonista de la dopamina (proclorperazina, metoclopramida)<sup>28</sup>. Todos ellos seguros en el primer trimestre del embarazo.

El dimenhidrinato es el antihistamínico más usado en la gestante. Es considerado de categoría B por la FDA, no se han realizado estudios en humanos, no se ha establecido la seguridad de su uso durante la gestación, pero tampoco se reportan alteraciones por su frecuente uso en el primer trimestre de la gestación.

**Reflujo gastrointestinal:**

Se recomienda modificar estilos de vida, como ingerir comidas ligeras y frecuentes, evitar grasas, picantes, café, no acostarse inmediatamente tras la ingesta y elevar la cabecera de la cama. Si estas medidas no son eficaces, considerar el tratamiento farmacológico. Los antiácidos como hidróxidos de magnesio y aluminio, sucralfato, y magaldrato suelen ser la primera alternativa, aun así, no se aconseja usarlos en los 3 primeros meses y por tiempo prolongado. La ranitidina y el omeprazol se consideran como seguros<sup>29</sup>. Otro estudio por Pasternak<sup>30</sup> que incluyó lansoprazol, esomeprazol y pantoprazol no demostró incremento el riesgo de defectos congénitos.

**Estreñimiento:**

El tratamiento de primera elección es el aumento de fibra dietética y líquidos. El uso de laxantes como hidróxido de magnesio, lactulosa, o bisacodilo tienen un buen perfil de seguridad debido a su absorción mínima.

**Diarrea aguda:**

Inicialmente, medidas generales tales como hidratación y dieta apropiada. La loperamida no fue teratogénica en estudios con animales, pero los datos en humanos son contradictorios. La terapia con antibióticos rara vez es necesaria debido a su etiología mayormente viral que suele autolimitarse.

**Infecciones: Uso de antibióticos en gestación**

Tienen un buen perfil de seguridad en mujeres embarazadas las cefalosporinas, penicilinas, eritromicina (excepto estolato), azitromicina y la clindamicina.

Los aminoglucósidos son relativamente seguros, pero conllevan el riesgo de ototoxicidad y nefrotoxicidad fetal y materna. Aunque la eritromicina y azitromicina tienen buenos perfiles de seguridad, la claritromicina, otro macrólido, ha producido resultados adversos en el embarazo en estudios con animales<sup>31</sup>.

La doxiciclina se evita debido a que otras tetraciclinas se han asociado con la supresión transitoria del crecimiento óseo y con la tinción de los dientes en desarrollo<sup>32</sup>, pero los datos disponibles no muestran efectos teratogénicos de

doxiciclina <sup>33</sup>. Las fluoroquinolonas se evitan generalmente durante el embarazo y la lactancia, ya que son tóxicos para el desarrollo del cartílago en estudios experimentales en animales. Sin embargo, ni los efectos adversos sobre el cartílago ni un aumento de malformaciones congénitas del uso durante el embarazo humano se ha documentado <sup>34</sup>.

Trimetoprim se evita generalmente en el primer trimestre debido a que es un antagonista del ácido fólico<sup>35</sup>, ha provocado el desarrollo anormal de embriones en animales pero no en seres humanos. Las sulfonamidas no parecen implicar un riesgo significativo, aunque existe una preocupación teórica sobre la hiperbilirrubinemia en el recién nacido prematuro si se administra cerca del parto (8). Una revisión sistemática no encontró ningún caso de kernicterus asociado con el uso materno de sulfonamidas durante el embarazo o la lactancia<sup>36</sup>.

### **Tuberculosis:**

El régimen en gestantes se basa en tres fármacos: Isoniacida, rifampicina y etambutol. Hay regiones en donde existe resistencia a la isoniacida, entonces se agrega pirazinamida. Las gestantes que reciben isoniacida deben tomar 25 mg diarios de piridoxina para reducir sus efectos hepatotóxicos y de neuropatía periférica. Están contraindicadas la estreptomycinina y, la kanamicina <sup>37</sup>.

### **Resfrío común<sup>38</sup>:**

Los medicamentos sintomáticos son inocuos en la gestación si se administran por un corto plazo. El paracetamol es el de primera elección y es carente de riesgos. Si la rinorrea es una molestia considerable podemos usar bromuro de ipratropio y aerosol nasal de cromoglicato. Si se precisa un antitusígeno, utilizar dextrometorfano.

El uso de fármacos para la garganta a base de cloruro de cetilpiridinio no tiene riesgo. Los aerosoles anestésicos, lidocaína tópica son de categoría B en el embarazo y la benzocaína tópica es de categoría C. No se ha asociado un mayor riesgo de anomalías con la mayoría de los antihistamínicos comúnmente utilizados, como la clorfenamina. Sin embargo, la terfenadina, astemizole, fenilpropanolamina y fenilefrina en el primer trimestre se han

relacionado en algunos estudios con riesgo de teratogenicidad, por lo que si es necesario descongestionar se deben recurrir a los aerosoles nasales tópicos que representan una dosis más baja para el feto que la medicación sistémica.

El uso de la codeína como antitusígeno no ha reportado aumento del riesgo de malformaciones, pero en dosis excesiva cerca del parto puede causar adicción y síntomas de abstinencia en el recién nacido. El yoduro de potasio como componente de los expectorantes debe evitarse porque cruza la barrera placentaria y puede producir bocio fetal.

### **Infecciones urinarias:**

En general se acepta que las penicilinas, cefalosporinas, aztreonam y fosfomicina son seguros en el embarazo. Nitrofurantoína se utiliza mucho pero existen algunas preocupaciones<sup>39</sup>.

En un estudio de Nordeng<sup>40</sup> con 1334 mujeres expuestas en el primer trimestre no se informaron aumentos en las malformaciones. Los aminoglucósidos se han asociado con ototoxicidad después de la exposición fetal prolongada, y por lo tanto debe evitarse a menos que no haya alternativas de tratamiento.

En enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE), el meropenem, ertapenem, o doripenem son los carbapenémicos más seguros en el embarazo<sup>41</sup>.

### **Tricomoniasis:**

El metronidazol es usado con frecuencia sin efectos tóxicos sobre el feto. Aunque algunos podrían cuestionar por sus efectos mutagénicos sobre procariotas. En el meta análisis de Caro-Patón<sup>42</sup> y en el estudio de Catherine A. Koss<sup>43</sup> no se encontró ninguna relación entre la exposición al metronidazol durante el primer trimestre del embarazo y los defectos de nacimiento. El tinidazol, un derivado imidazólico con actividad antiprotozoica y antianaeróbica, atraviesa la barrera placentaria y no debe ser administrado a pacientes embarazadas en el primer trimestre.

**Vaginosis bacteriana<sup>44</sup>:**

Se ha vinculado con aborto espontáneo, parto prematuro, RPM y corioamnionitis por lo que se considera importante el tratamiento cuando es correctamente diagnosticado. El esquema de clindamicina y metronidazol por vía oral durante 7 días que se recomienda en la gestante, no tiene efectos nocivos en el feto, con las particularidades del metronidazol mencionados anteriormente.

**Candidiasis vaginal:**

Se recomienda fármacos en crema tipo azoles durante 7 días. Clotrimazol al 1 %, miconazol al 2 %, butoconazol al 2 % y terconazol al 0.4 %, no han reportado efectos teratogénicos. El fluconazol e itraconazol están contraindicados en la gestante por los reportes de malformaciones congénitas bien documentados.

**Patología neurológica y psiquiátrica****Epilepsia:**

Está comprobado el riesgo teratogénico de las drogas antiepilépticas, aunque también se relacionan con las altas dosis o con el uso combinado de 3 o más drogas. Se conoce el síndrome por difenilhidantoina (anomalías craneofaciales, retraso del crecimiento, retardo mental y defectos en los miembros). El índice de malformaciones mayores es aumentado por el valproato de sodio en 4 a 8 veces, con la difenilhidantoina y el fenobarbital en 2 a 3 veces; la lamotrigina lo reportan con el menor índice de alteraciones. Se recomienda reducir dosis con control clínico estrecho y monitorizar los niveles séricos de anticonvulsivantes<sup>45</sup>.

Para pacientes con epilepsia idiopática que han estado libres de ataques durante 2 años y que tienen un electroencefalograma (EEG) normal, puede ser seguro intentar una prueba de retiro del medicamento antes del embarazo<sup>46</sup>.

**Embarazada con migraña:**

El paracetamol, narcóticos y antieméticos son de primera elección. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son permitidos hasta la semana 30. El



sumatriptan se considera seguro en pacientes con síntomas moderado-severos que no responden a otros analgésicos, no se han reportado alteraciones congénitas o aumento de abortos, es un fármaco que actúa estimulando los receptores de la serotonina, de esta manera produce una constricción de los vasos sanguíneos craneales que se encuentran distendidos e inflamados durante el ataque de migraña.

### **Insomnio y ansiedad**

#### **Uso de benzodiacepinas:**

El riesgo teratógeno es pequeño, por ejemplo, puede aumentar el riesgo de fisura oral de 6 de cada 10.000 nacimientos (riesgo normal en la población) a 11 de cada 10.000 nacimientos. Hay mayor riesgo de aborto espontáneo (OR 2), y parto prematuro (OR 1.5). La administración al final del embarazo puede provocar en el neonato: Hipotermia, Apgar bajo, apnea, letargo, hipotonía o hipertonía, inquietud, temblor, hiperreflexia, irritabilidad, mala alimentación, vómitos, diarrea<sup>47</sup>.

### **Otras patologías**

#### **1. El dolor en la gestante**

##### **Paracetamol en la gestante:**

Es de primera elección como antipirético y analgésico. Algunos estudios lo relacionan con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y criptorquidia<sup>48</sup>, varios estudios posteriores como el realizado por Ystrom et al.<sup>49</sup> En el 2017 con los ajustes estadísticos correspondientes informaron que solo había un riesgo de TDAH cuando se usa por más de 29 días, nuestras pacientes requieren estos analgésicos por corto tiempo, de manera que no hay mayor riesgo<sup>50</sup>.

##### **Uso de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE):**

Ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco y piroxicam, no se consideran teratógenos, pero pueden tener efectos adversos en el feto cuando se administran en el tercer trimestre. Los riesgos y beneficios para el tratamiento del dolor o la fiebre dependen de la dosis, la edad gestacional, y la duración de la terapia. Algunos reportes lo relacionan con el embarazo

prolongado y el sangrado post parto. La indometacina y el naproxeno pueden provocar dificultad respiratoria en niños prematuros por el cierre prematuro del ductus arterioso. Un trabajo con ibuprofeno mostró que sí está asociado a abortos por lo que se recomienda no usar AINE cuando hay antecedentes de abortos recurrentes<sup>51</sup>.

## **2. Reacciones alérgicas:**

Los antihistamínicos se clasifican en generaciones: De primera generación (doxilamina, dimenhidrinato, clorfenamina), de segunda generación (cetirizina, terfenadina, loratadina), y tercera generación (levocetirizina, desloratadina). La cetirizina y loratadina se consideran de primera elección. La seguridad de los antihistamínicos se afirmó en un meta análisis que examinó la asociación con malformaciones mayores<sup>52</sup>. Se concluyó que al parecer tienen un efecto protector sobre el riesgo de malformaciones (OR 0.76).

Los corticoides intranasales son el tratamiento recomendado para la rinitis alérgica, debido a su baja absorción sistémica.

## **3. Asma bronquial en la gestante:**

El manejo de la paciente con asma es generalmente igual que en la no gestante, se prefiere el uso de la medicación inhalatoria que la vía oral o parenteral ajustándose a la severidad y características del cuadro clínico. El salbutamol, el cromoglicato y la teofilina son seguros en la gestante. La terbutalina se ha utilizado ampliamente en el tratamiento del trabajo de parto prematuro, es más rápido en el inicio, tiene una duración de acción más prolongada que la epinefrina, por lo que es de elección en la gestante<sup>53</sup>. En asma refractaria al tratamiento con estas drogas o en exacerbaciones del cuadro se tiene que recurrir a corticoides orales, drogas sin mayor riesgo en la gestante.

Todos los corticoides atraviesan la placenta en diferente magnitud. Cuando administramos prednisona o prednisolona a una gestante la concentración del compuesto activo en el feto es inferior al 10 % de la madre, por ello son de elección en el tratamiento del asma. Cuando se desean efectos esteroideos en el feto para acelerar la madurez pulmonar,

se utilizan betametasona y dexametasona porque atraviesan la placenta en gran concentración. Un meta análisis publicado en el año 2000<sup>54</sup>, describe un odds ratio (OR) de 3.0 para el labio leporino y / o el paladar hendido, sin embargo en el 2011, un estudio de cohorte en Dinamarca<sup>55</sup> con 52,000 gestantes expuestas a corticosteroides durante el embarazo en el primer trimestre no identificó riesgo fisuras orofaciales, el OR fue de 1,05.

#### **4. Diabetes mellitus:**

Los hipoglucemiantes orales (sulfonilureas y biguanidas) no se recomiendan, debido a que se han asociado a efectos teratogénicos en algunas especies animales, aunque sí se puede continuar con la metformina. Se recomienda el uso de insulina NPH que es de efectividad y seguridad comprobada por décadas, y realizar los ajustes y correcciones de dosis de acuerdo a los resultados del auto monitoreo de la glicemia.

#### **5. Hipertensión en la gestante:**

El labetalol, nifedipino, hidralazina y la metildopa son seguros en el embarazo<sup>56</sup>. Hay que considerar que la metildopa es sólo un agente antihipertensivo suave y tiene un inicio de acción lento (tres a seis horas), muchas mujeres no van a lograr los objetivos de presión arterial con este agente oral, puede molestar su efecto sedante en dosis altas<sup>57</sup>.

#### **6. Vacunas:**

Las vacunas contra tétanos, difteria, gripe, hepatitis A y > B, neumococo se recomiendan en pacientes embarazadas sobre todo si existe un riesgo de infección. Se deben evitar las vacunas de virus vivos. La vacuna triple contra el sarampión, la rubeola y la parotiditis está contraindicada en una gestante.

#### **Asesoría en caso de exposición a teratógenos:**

Una pregunta reiterativa de los pacientes que han ingerido un fármaco sospechoso de provocar malformaciones es, si efectivamente tendrán alteraciones genéticas sus hijos al nacer. Generalmente las mujeres que llegan con esta inquietud, están mal informadas respecto al verdadero riesgo

del fármaco expuesto, un estudio revela que, pensaban que tenían un 25 % de riesgo de anomalías fetales, es decir el riesgo parecido con la talidomida. La información errada puede provocar la interrupción de un embarazo deseado.

La forma en que se presenta la información afecta la percepción del riesgo. Si reciben información negativa, por ejemplo una probabilidad de 1 a 3 % de tener un hijo malformado, tiene mayor probabilidad de percibir un riesgo exagerado que las mujeres a las que se les da una información positiva, es decir, una probabilidad de 97 a 99 % de tener un hijo sin malformaciones<sup>58</sup>.

Hay que considerar que los fármacos prescritos con mayor frecuencia pueden administrarse con relativa seguridad durante el embarazo. Para los escasos medicamentos que se consideran teratógenos, la asesoría debe subrayar el riesgo relativo. Todas las mujeres tienen un riesgo aproximado de 3 % de tener un recién nacido con algún defecto congénito. Aunque la exposición a un teratógeno confirmado puede elevar este riesgo, casi siempre aumenta solo en 1 a 2 %, en el peor de los casos al doble o triple. También debe sopesar presentarse el riesgo frente al beneficio. Sin tratamiento algunas enfermedades imponen una amenaza más grave para la madre y el feto que cualquier riesgo teórico de la exposición farmacológica.

### **2.3 Bases conceptuales**

✓ **Automedicación responsable<sup>59</sup>:**

Es el uso de un medicamento, registrado o sustentado en monografías científicas, legalmente disponible sin prescripción médica, bien sea por iniciativa individual o siguiendo el consejo de un profesional de la salud. El lado no responsable del fenómeno se define como el uso de medicinas de prescripción sin una previa prescripción médica.

✓ **Teratogenicidad<sup>60</sup>**

Denominada también dismorfogénesis, es la alteración morfológica, bioquímica o funcional, inducida durante el embarazo que es detectada durante la gestación, en el nacimiento o con posterioridad. Estas alteraciones pueden clasificarse en mayores (focomelia) o menores (retraso en el desarrollo del comportamiento)

✓ **Medicina convencional**<sup>61</sup>

Sistema por el cual los médicos y otros profesionales de la atención de la salud (por ejemplo, enfermeros, farmacéuticos y terapeutas) tratan los síntomas y las enfermedades por medio de medicamentos, radiación o cirugía. También se llama biomedicina, medicina alopática, medicina corriente, medicina occidental y medicina ortodoxa.

✓ **Medicina no convencional**<sup>62</sup>

Comúnmente conocida como medicina complementaria o medicina alternativa.

## **CAPITULO III METODOLOGIA**

### **3.1 Ámbito**

La investigación se desarrolló en el Centro de Salud de Pilcomayo, que es un establecimiento de salud perteneciente a la red de Salud del Valle del Mantaro, del Ministerio de Salud y de categoría I-3, ubicado en el distrito de Pilcomayo, provincia de Huancayo y Departamento Junin.

### **3.2 Población**

La población estuvo conformada por todas las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pilcomayo – Huancayo, en el periodo de enero a agosto del 2019, haciendo un total de 185

#### **Criterios de inclusión**

- Gestantes que indiquen haberse automedicado durante el embarazo
- Gestantes que no tengan limitaciones psicointelectuales
- Gestantes que den su consentimiento informado

#### **Criterios de exclusión**

- Gestantes que no den su consentimiento informado

### **3.3 Muestra**

La muestra estuvo conformada por todas las gestantes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión haciendo un total de 52 gestantes

El muestreo fue no probabilístico en la modalidad intencionada.

### **3.4 Nivel y tipo de estudio**

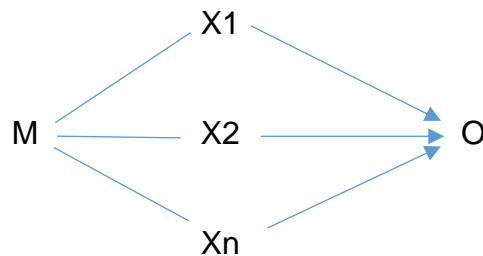
**El nivel de estudio** fue **predictivo** porque estimó la probabilidad de ocurrencia del evento de automedicación en la gestación, el cual puede ser perjudicial para la población en estudio.

**El tipo de investigación** fue:

- Según la intervención del investigador fue **Observacional** – descriptivo; porque no existió intervención del investigador; los datos reflejaron únicamente la evolución natural de los eventos, ajeno a la voluntad del investigador.
- Según la planificación de la toma de datos, fue **prospectivo**, porque los datos se recogieron a propósito de la investigación.
- Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio fue **Transversal**, porque las variables fueron medidas en una sola ocasión.

### 3.5 Diseño de investigación

El estudio fue de diseño **descriptivo, epidemiológico**, predictivo; donde se analizaron los predictores que conllevaron a la automedicación midiendo su potencial de riesgo, cuyo esquema es:



Donde:

M= Muestra

X1, X2, X3 = predictores

O= variable de estudio (automedicación)

### 3.6 Técnicas e Instrumento de recolección de Datos

La técnica que se aplicó fue la encuesta, y el instrumento consistió en un cuestionario elaborado por la investigadora; el cual constó de 3 partes: características sociodemográficas, características del embarazo actual y patrón de automedicación

### **3.7 Validez y confiabilidad del instrumento**

El instrumento estructurado fue sometido a validez externa mediante el juicio de 5 expertos; quienes indicaron que debe ser aplicado por cumplir con los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad

Se realizó una prueba piloto en una muestra de 10 pacientes, los cuales no fueron incluidos en el estudio; obteniendo una la fiabilidad mediante el Alpha de Cronbach de 0,77; ubicándolo en un criterio de fuerte confiabilidad, siendo un instrumento aplicable y confiable cuantitativamente.

### **3.8. Procedimiento**

- ✓ Se gestionaron los permisos a la autoridad respectiva para la recopilación de los datos y la aplicación del instrumento; así como las respectivas coordinaciones con el personal de obstetricia para la aplicación del instrumento.
- ✓ Se seleccionaron a las gestantes incluidas dentro de nuestra muestra y se les explicó los objetivos de la investigación para proceder a solicitar la firma del consentimiento informado
- ✓ Se recolectaron y digitaron en una base de datos la información obtenida.

### **3.9. Tabulación**

- ✓ Los resultados se presentaron en tablas y gráficos estadísticos.
- ✓ El análisis descriptivo se realizó de acuerdo a las características de cada una de las variables según el grupo de estudio, de acuerdo al tipo de variable con que se trabajó; se emplearon figuras, para facilitar la comprensión, con el estímulo visual simple, resaltante y fácilmente comprensible.
- ✓ El análisis de predicción se realizó mediante el chi cuadrado y la prevalencia se determinó mediante la tasa de prevalencia cuya fórmula es:



$$\text{Tasa de prevalencia hospitalaria de automedicación en gestantes=} \frac{\text{Número de casos de automedicación en gestantes}}{\text{Población total de gestantes de un lugar y tiempo determinado}} \times 100$$

## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 Análisis descriptivo

##### 4.1.1 Factores sociodemográficas en la población en estudio.

Tabla 1 Factores sociodemográficos para automedicación con medicina convencional y no convencional en la población en estudio.

		Frecuencia	Porcentaje
<b>EDAD MATERNA</b>	Adolescente (<19)	2	3,8
	Edad óptima (19 a 34)	46	88,5
	Añosa (>35)	4	7,7
	Total	52	100,0
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	Primaria	2	3,8
	Secundaria	32	61,5
	Superior Universitari	2	3,8
	Superior Técnica	16	30,8
	Total	52	100,0
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltera	6	11,5
	Casada	8	15,4
	Unión estable	38	73,1
	Total	52	100,0
<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>	Urbano	12	23,1
	Rural	40	76,9
	Total	52	100,0

Fuente: Base de datos

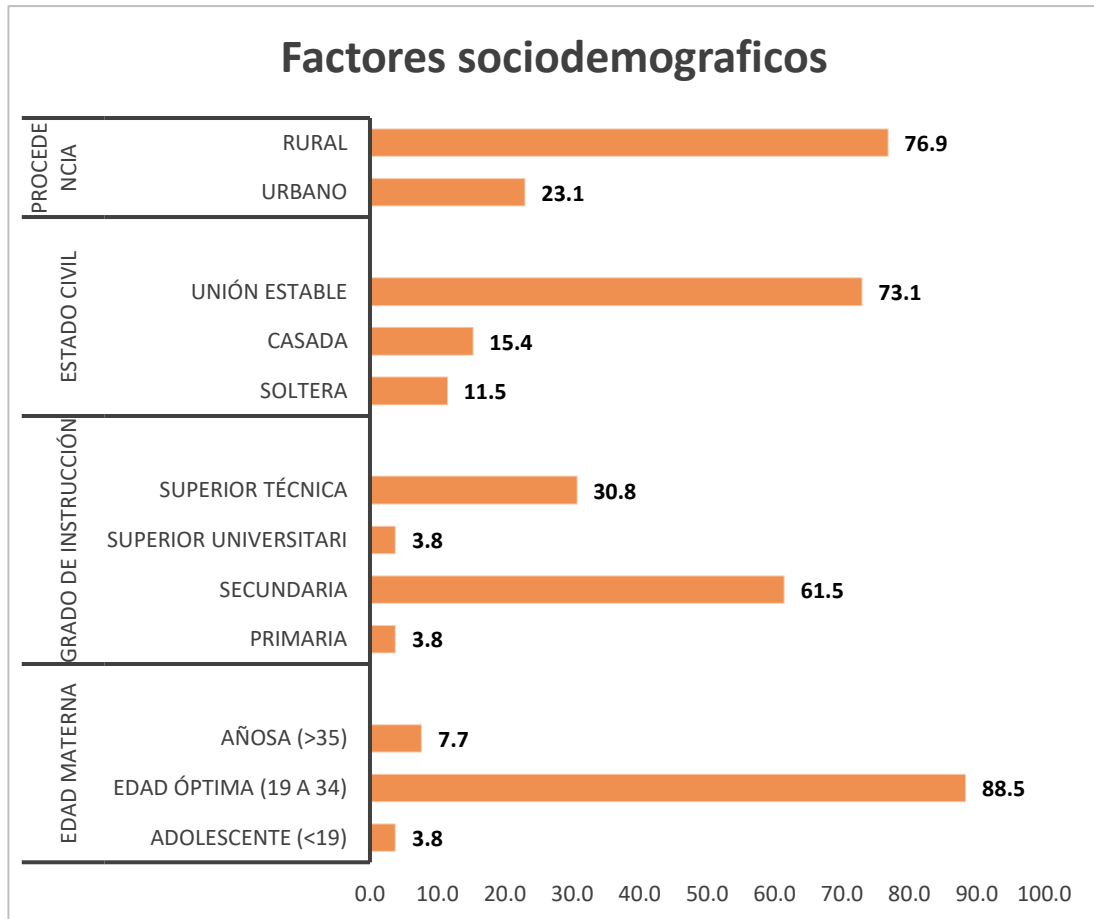


Figura 1. Factores sociodemográficos para automedicación con medicina convencional antes del embarazo en la población en estudio

En la tabla y figura 1, se determinaron los factores sociodemográficos de la población en estudio; donde se determinó que la edad con mayor porcentaje estuvo dentro de la clasificación de edad óptima para la reproducción (19 a 34 años); encontrándose en mínimo porcentaje las adolescentes 3,8% y las añosas 7,7%; en cuanto al grado de instrucción el mayor porcentaje fue de nivel secundaria 61,5%, seguido de educación superior técnica 30,8%; sobre el estado civil se halló el mayor porcentaje entre unión estables 73,1% y casadas 15,4%; y en cuanto al lugar de procedencia la mayor porcentaje acudió de la zona rural 76,9%; en comparación de la zona urbana 23,1%.

Tabla 2 Características socioeconómicas para automedicación con medicina convencional antes del embarazo en la población en estudio.

		Frecuencia	Porcentaje
<b>OCUPACIÓN</b>	Estudiante	4	7,7
	Ama de casa	40	76,9
	Trabajadora independiente	6	11,5
	Trabajadora dependiente	2	3,8
	Total	52	100,0
<b>INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR MENSUAL</b>	Menor de 900	12	23,1
	De 900 a 1400	26	50,0
	De 1500 a 2000	12	23,1
	Mayor a 2000	2	3,8
	Total	52	100,0

Fuente: Base de datos

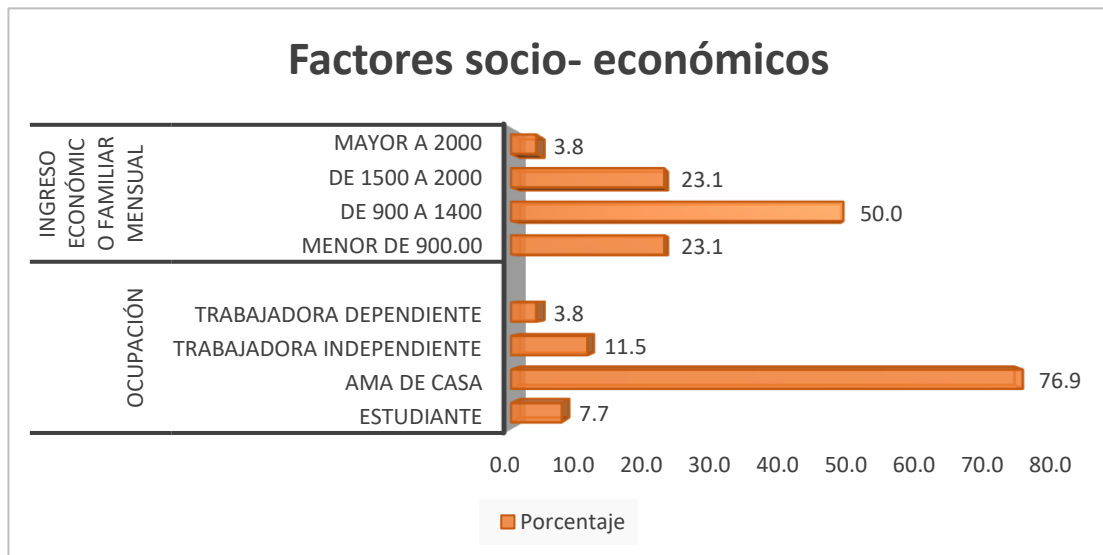


Figura 2. Características socioeconómicas para automedicación con medicina convencional antes del embarazo en la población en estudio.

En la tabla y figura 2 se observaron los factores socio – económico; donde se determinó que el mayor porcentaje 76,9% se dedicaba a los quehaceres del hogar como ama de casa, el 11,7% son trabajadoras independientes, el 7,7% eran estudiantes y el 3,8% trabajadores dependientes. En cuanto al ingreso promedio mensual familiar, el mayor porcentaje 50% indicó que percibían entre S/. 900 a S/. 1400, seguido de menor a 900 y entre 1500 a 2000; un 23,1% en ambos casos.

Tabla 3. Momento de la automedicación con la medicina convencional y no convencional durante el embarazo en la población en estudio.

Trimestre del embarazo	Automedicación			
	Con medicina convencional		Con medicina no convencional	
	f	%	f	%
1° trimestre	44	84,62%	42	80,8%
2° trimestre	2	3,84%	2	3,84%
3°trimestre	4	7,70%	6	11,52%
No se automedico	2	3,84%	2	3,84%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,00%</b>	<b>52</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Base de datos

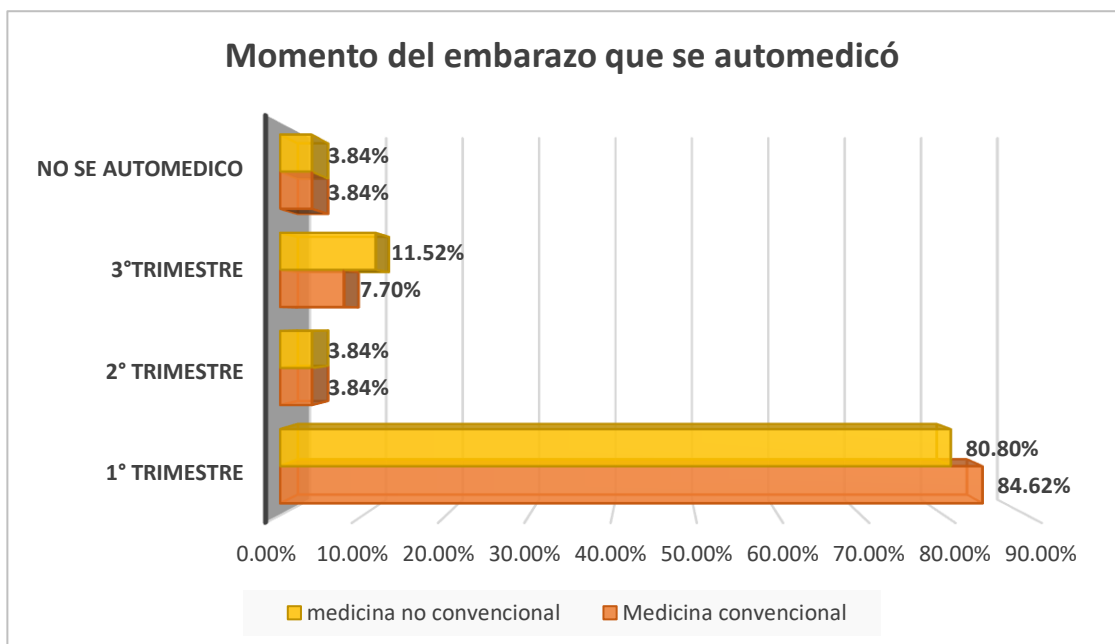


Figura 3. Momento de la automedicación con la medicina convencional y no convencional durante el embarazo en la población en estudio.

En la tabla y grafico 3, se evidencia el momento durante la gestación que las gestantes se auto medicaron con medicina convencional y no convencional, determinando que en ambos casos el mayor porcentaje se auto medicó durante el primer trimestre, siendo para la medicina convención del 84,6% y para la medicina no convencional en el 80,8%.

#### 4.1.2 Predictores del patrón para automedicación de la medicina convencional y no convencional en la población en estudio.

Tabla 4. Influencia para la automedicación de la medicina convencional y no convencional en la población en estudio.

Influencia de automedicación	Automedicación			
	Con medicina convencional		Con medicina no convencional	
	f	%	f	%
<b>Familia</b>	6	11,54%	6	7,70%
<b>Esposo y familia</b>	44	84,62%	46	88,46%
<b>No se automedico</b>	2	3,84%	2	3,84%
<b>Total</b>	52	100,00%	54	100,00%

Fuente: Base de datos

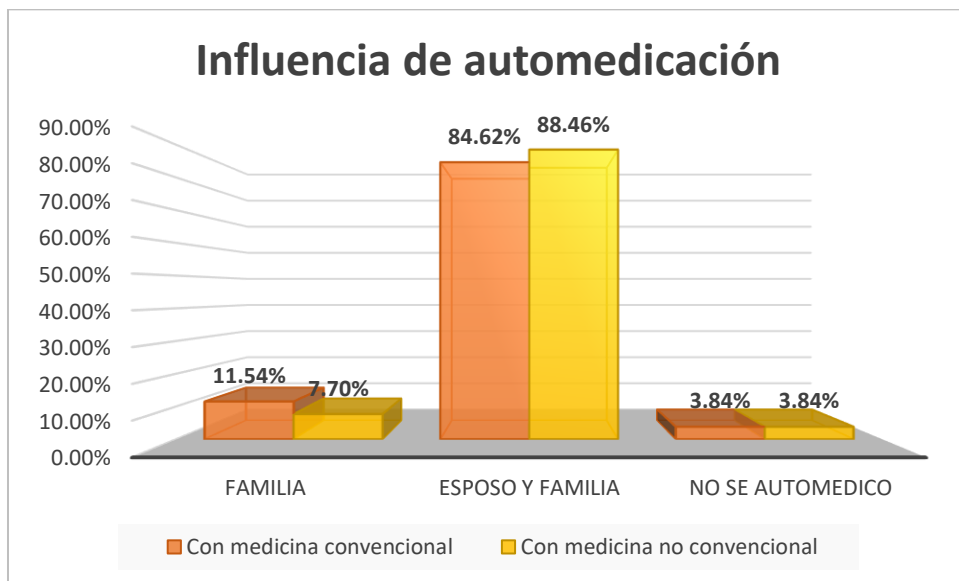


Figura 4. Influencia para la automedicación de la medicina convencional y no convencional en la población en estudio

En la tabla y figura 4, se determinó la influencia que ejercieron los familiares, en la automedicación con medicina convencional y no convencional en las gestantes; donde para la medicina convencional se determinó que la mayor influencia fue ejercida por el esposo con la familia 84,62% y solo la familia 11,54%. Para la medicina no convencional la influencia fue ejercida por el esposo con la familia 88,46% y solo por la familia 7,7%.

Tabla 5. Inicio de la automedicación con la medicina convencional y no convencional en la población en estudio.

INICIO DE AUTOMEDICACIÓN	f	Porcentaje
<b>Niñez</b>	4	7,7%
<b>Adolescencia</b>	38	73,1%
<b>Juventud</b>	10	19,2%
<b>Total</b>	52	100,0%

Fuente: Base de datos

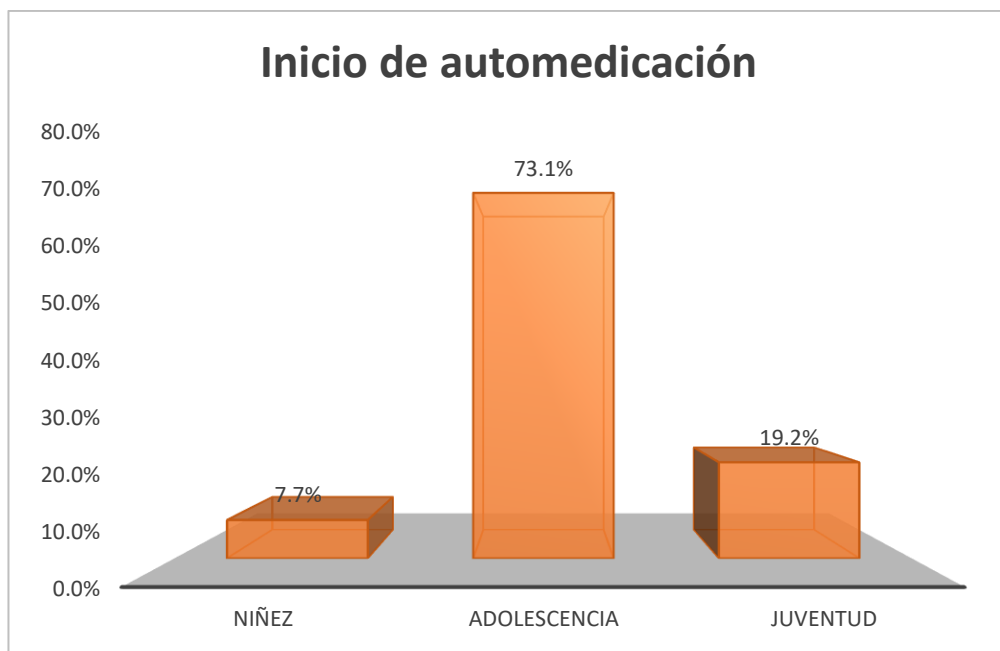


Figura 5. Inicio de la automedicación con la medicina convencional y no convencional en la población en estudio

En la tabla y figura 5 se observó el momento en que la población en estudio inició la automedicación; donde determinó que el 7,7% inicio en la niñez; el 73,1% inició en la adolescencia y el 19,2% lo inicio en la juventud.

Tabla 6. Motivo de la automedicación con la medicina convencional y no convencional en la población en estudio.

Motivo de automedicación	Medicina convencional		Medicina no convencional	
	f	%	f	%
Por conocimiento previo	24	46,20%	26	50,00%
No tiene tiempo para ir a consulta	14	26,92%	14	26,92%
El médico receta lo mismo que tomo	2	3,84%	2	3,84%
No se necesita indicación para la medicina	10	19,20%	8	15,40%
No se automedico	2	3,84%	2	3,84%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,00%</b>	<b>52</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Base de datos

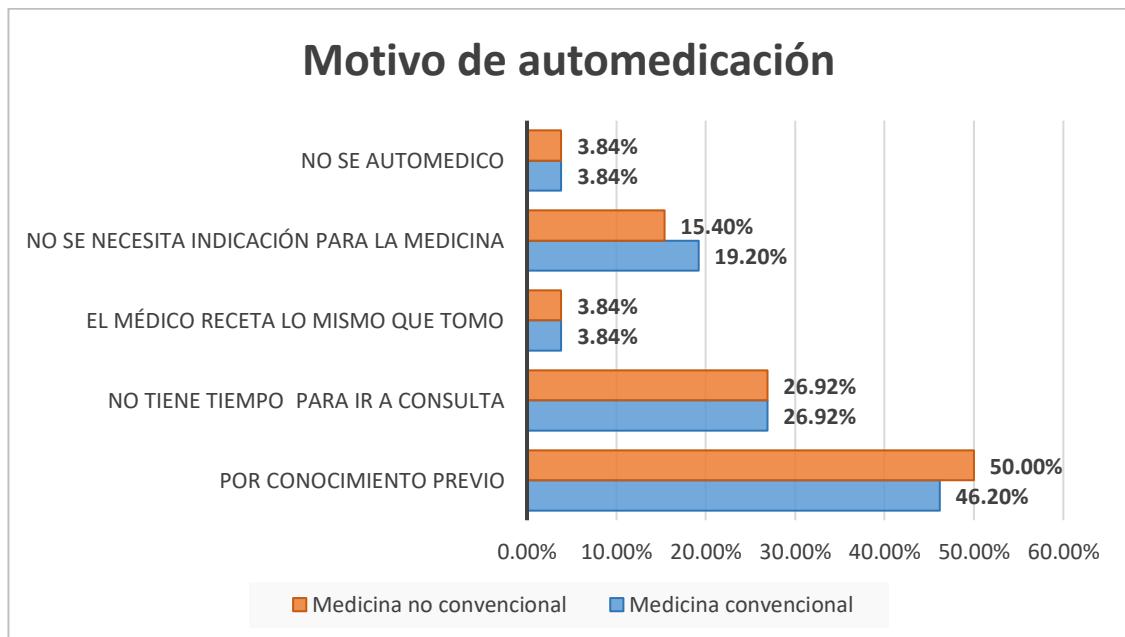


Figura 6. Motivo de la automedicación con la medicina convencional y no convencional en la población en estudio

En la tabla y figura 6 se observó el motivo de la automedicación para la medicina convencional y no convencional; donde en ambos casos se determinó que el motivo con mayor porcentaje fue el conocimiento previo con un 46,2% y 50% respectivamente; asimismo indicaron que no tenían tiempo para ir a consulta 26,9% en ambos casos y que no es necesario tener la indicación médica para su consumo 19,2% y 15,4% respectivamente.



Tabla 7. Patologías más frecuentes para automedicación con la medicina convencional y no convencional en la población en estudio.

Síntoma principal de automedicación	Automedicación			
	Medicina convencional		Medicina no convencional	
	f	%	f	%
Respiratorias (gripe, tos, etc)	24	46,15%	2	3,85%
Digestivas (nauseas, vómitos,	24	46,15%	38	73,08%
Renales (riñones,ITU)	-	-	6	11,54%
Padecimiento crónico (artritis,artrosis,diabetes)	-	-	2	3,85%
Otros	2	3,85%	2	3,85%
No se automedicó	2	3,85%	2	3,85%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,00%</b>	<b>52</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Base de datos

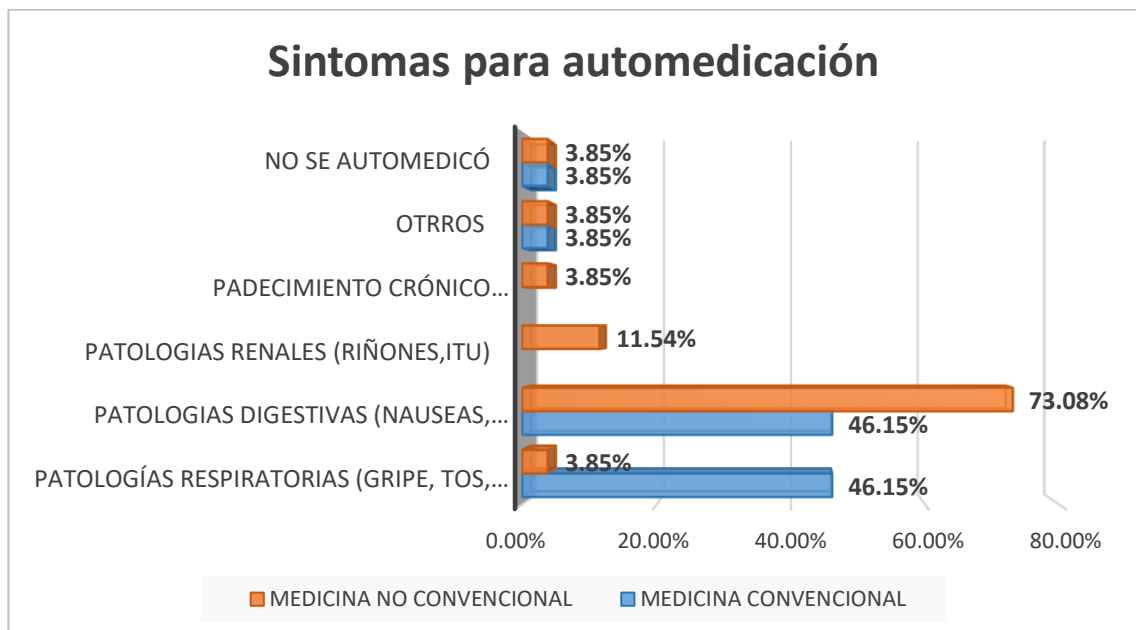


Figura 7. Sintomatología principal para automedicación con la medicina convencional y no convencional en la población en estudio.

En la tabla y figura 7, se observaron las sintomatologías más frecuentes para la automedicación de las gestantes en estudio; donde se determinó que para la medicina convencional se presentó en igual proporción las patologías respiratorias y digestivas 46,15%. Para la medicina no convencional se determinó que la sintomatología más frecuente fueron las patologías digestivas (náuseas, vómitos, entre otros) 73,08%, seguido de las patologías renales 11,54%.

Tabla 8. Lugar donde consiguen la medicina convencional y no convencional en la población en estudio

Lugar donde adquirir los medicamentos	AUTOMEDICACION			
	Medicina convencional		Medicina no convencional	
	f	%	f	%
Farmacia, Botica	40	76,92%	6	11,53%
Establecimientos comerciales	8	15,40%	42	80,79%
No conoce	2	3,84%	2	3,84%
No se automedicó	2	3,84%	2	3,84%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,00%</b>	<b>52</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Base de datos

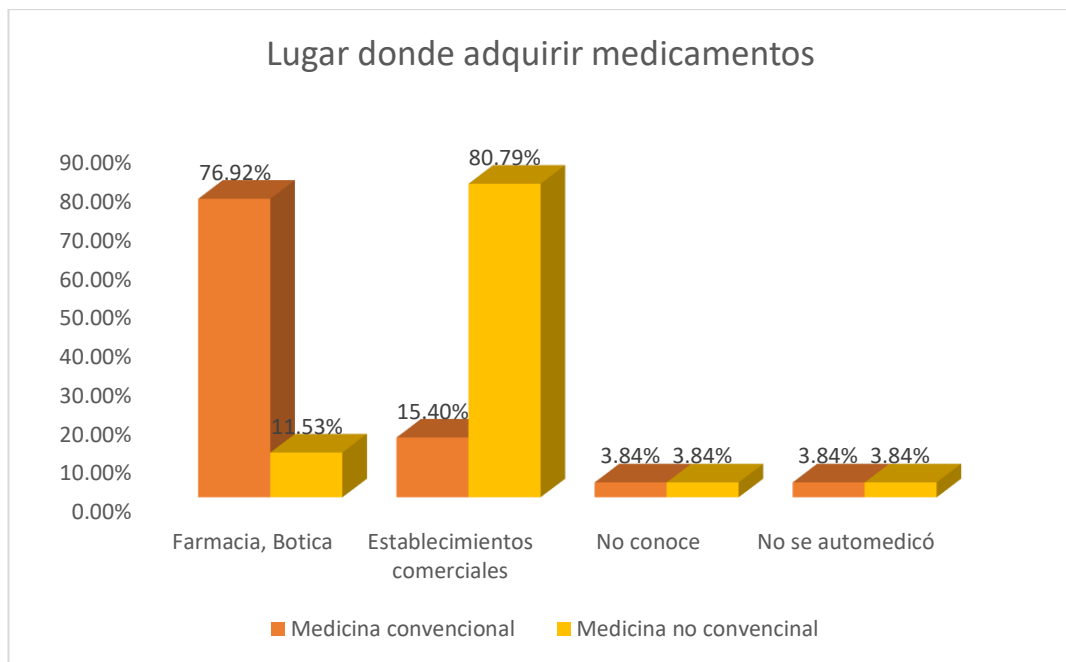


Figura 8. Lugar donde consiguen la medicina convencional y no convencional en la población en estudio.

En la tabla y figura 8, se observaron. los lugares que conocen las gestantes donde pueden adquirir las medicinas sin indicación médica determinando que para la medicina convencional el mayor porcentaje del 76,9% indico que lo adquieren en farmacias o boticas; el 15,4% en centros de venta y solo el 3,8% no conocen. En cuanto a los productos de la medicina no convencional el 80,8% indico que lo adquieren en centros de venta que no es un centro autorizado; un 11,5% en las farmacias o boticas y el 3,8% no conocen.

Tabla 9. Medicamentos más frecuentes para automedicación con la medicina convencional y no convencional en la población en estudio.

Medicamentos más frecuentes		f	%
Medicamentos convencionales	AINES	38	73,08%
	antibióticos	12	23,07%
	Otros	0	0,00%
	No se automedicó	2	3,85%
	Total	52	100,00%
Medicamentos no convencionales (Hierbas para patologías)	Gastricas	26	50,00%
	Respiratorias	12	23,07%
	nerviosos y relajantes	10	19,23%
	Otros	2	3,85%
	No se automedicó	2	3,85%
	Total	52	100,00%

Fuente: Base de datos

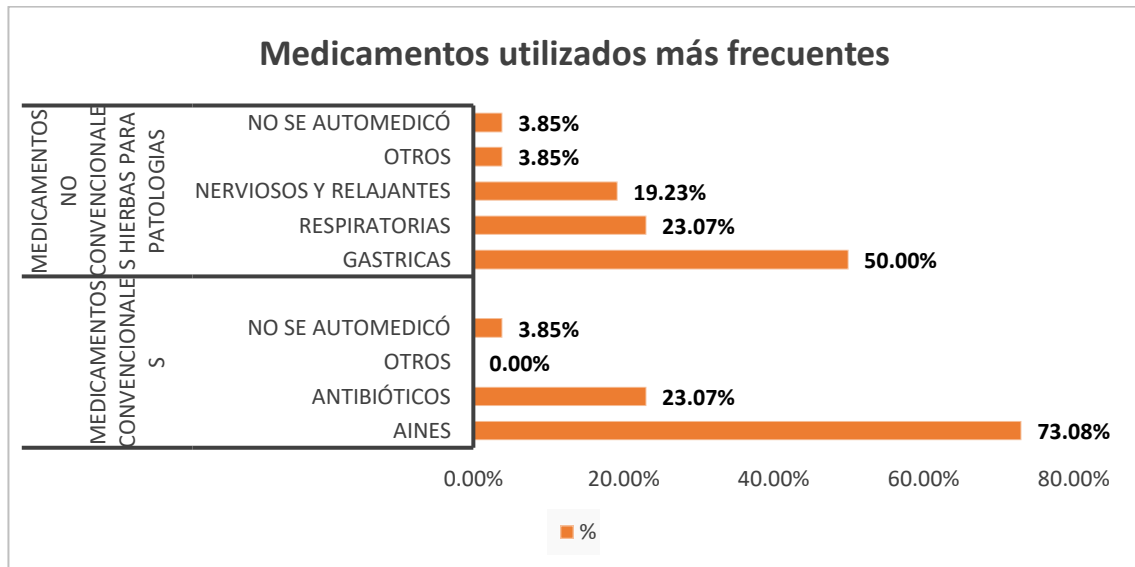


Figura 9. Medicamentos más frecuentes para automedicación con la medicina convencional y no convencional en la población en estudio.

En la tabla y figura 9, se observaron los medicamentos más frecuentes utilizados en la automedicación de las gestantes en estudio; determinando para la medicina convencional que utilizan con mayor porcentaje los antiinflamatorios no esteroideos 73,1%; seguido de los antibióticos 23,1%. En cuanto a los medicamentos no convencionales se determinó que los más utilizados fueron las hierbas para problemas gástricos 50%; seguido de las hierbas para problemas respiratorios 23,1% y finalmente las hierbas para problemas nerviosos y relajantes 19,2% y en menor porcentaje hierbas para otras patologías 3,8%.

Tabla 10. Conocimiento previo de los medicamentos convencionales y no convencionales en la población en estudio

CONOCIMIENTO PREVIO	AUTOMEDICACIÓN			
	Medicamentos convencionales		Medicamentos no convencionales	
	f	%	f	%
Indicaciones y contraindicaciones	12	23,08%	12	23,08%
Riesgos maternos -fetales	2	3,85%	-	-
Todos los mencionados	6	11,53%	-	-
Ninguno, solo lo compro	30	57,69%	38	73,07%
No se automedico	2	3,85%	2	3,85%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,00%</b>	<b>52</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Base de datos

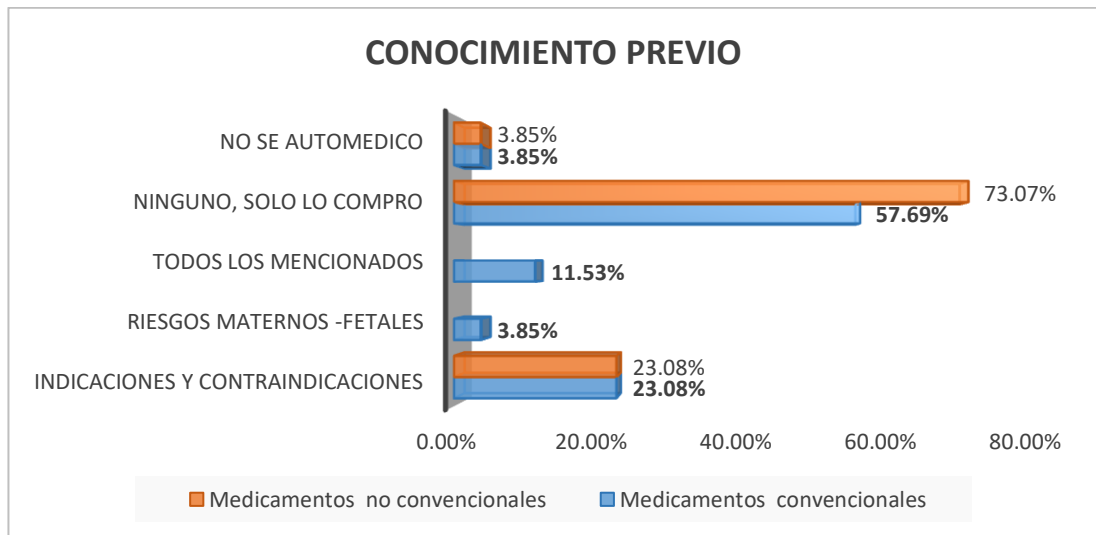


Figura 10. Conocimiento previo de los medicamentos convencionales y no convencionales en la población en estudio

En la tabla y figura 10, se observaron el conocimiento previo sobre los medicamentos que poseían las gestantes del estudio; donde se determinó que para los medicamentos convencionales el mayor porcentaje de 57,7% no tenían conocimiento previo y que solo lo compraban; mientras que el 23,1% tenían conocimiento de las indicaciones y contraindicaciones; el 3,8% tenían conocimiento de los riesgos maternos - fetales y el 11,5% tenían conocimiento de las indicaciones, contraindicaciones y de los riesgos materno-fetales.

Tabla 11. Lugar donde obtuvo la información de los medicamentos convencionales y no convencionales en la población en estudio

DONDE OBTUVO INFORMACION		f	%
<b>MEDICAMENTO CONVENCIONAL</b>	Profesional de salud	8	15,38%
	Farmacéutico	32	61,54%
	Medios de difusión TV-radio e internet	8	15,38%
	Familiares	2	3,85%
	No se automedicó	2	3,85%
	Total	52	100,00%
<b>MEDICAMENTO NO CONVENCIONAL</b>	Medios de difusión TV-radio e internet	10	19,23%
	Prospectos (trípticos, folletos, etc)	4	7,68%
	Familiares	32	61,54%
	otros	4	7,70%
	No se automedicó	2	3,85%
	Total	52	100,00%

Fuente: Base de datos

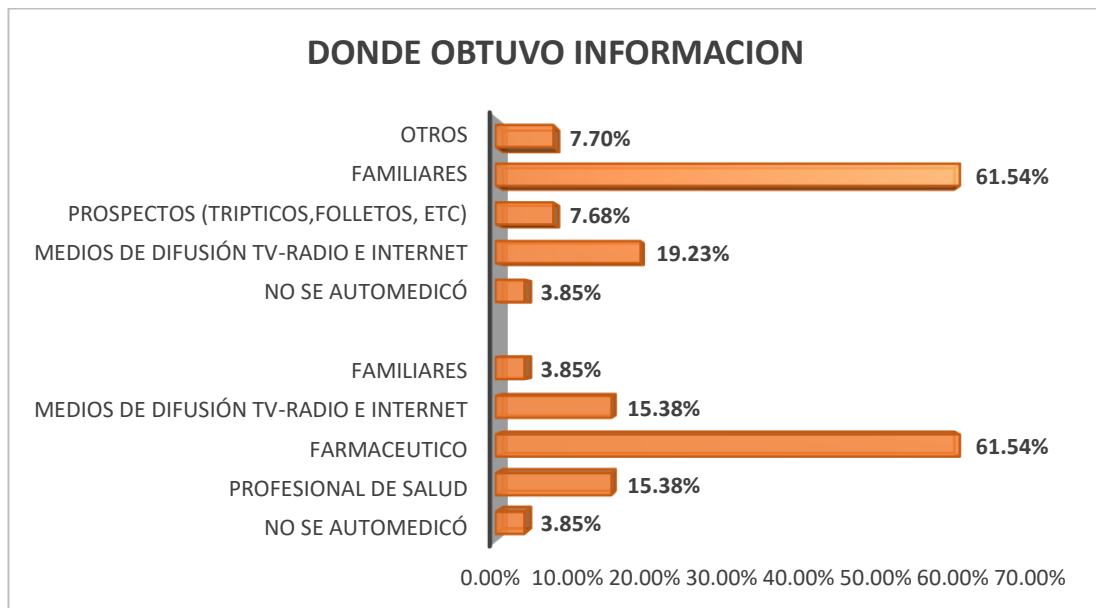


Figura 11. Lugar donde obtuvo la información de los medicamentos convencionales y no convencionales en la población en estudio

En la tabla y figura 11, se observó el lugar de donde obtuvieron la información de los medicamentos las gestantes del estudio; donde se determinó que para los medicamentos convencionales fueron en mayor porcentaje en el farmacéutico con el 61,5%; en los profesionales de salud y medios de difusión en igual proporción del 15,4% y de los familiares el 3,8%. En los que se automedican con medicina no convencional el mayor porcentaje fue en los familiares el 61.5%, en los medios de difusión el 19,2%; en los prospectos el 7,7%; en otros lugares 3,8% y en ninguna parte y solo lo compraron el 3,8%

Tabla 12. Medidas de seguridad que verifican de los medicamentos convencionales y no convencionales de la población en estudio

Verificación del medicamento	Medicina convencional		Medicina no convencional	
	f	%	f	%
Fecha de vencimiento	36	69,23%	34	65,38%
Todas las características de seguridad	10	19,23%	12	23,08%
Ninguno, solo lo compro	4	7,69%	4	7,69%
No se automedicó	2	3,85%	2	3,85%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,00%</b>	<b>52</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Base de datos

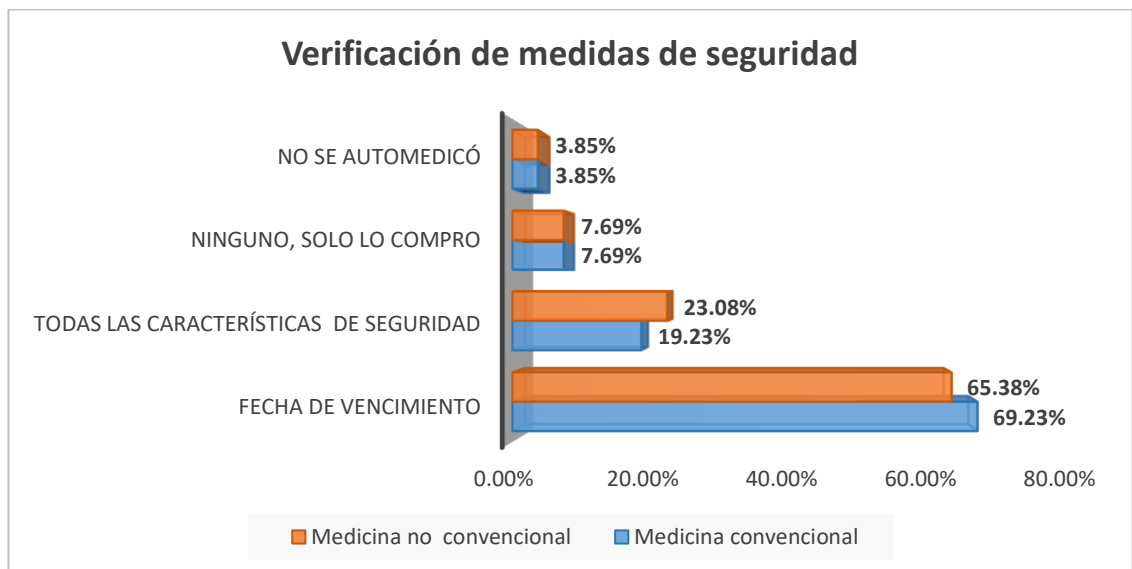


Figura 12. Medidas de seguridad que verifican de los medicamentos convencionales y no convencionales de la población en estudio.

En la tabla y figura 12, se observó la verificación que realizan las gestantes del estudio al momento de la adquisición del medicamento; donde se determinó que para los medicamentos convencionales el mayor porcentaje de 69,2% verificaba la fecha de vencimiento; el 19,2% verifica todas las características de seguridad (indicaciones, contraindicaciones, presentación genérica, fecha de vencimiento, posibles riesgos materno-fetales) y el 7,7% no realizó ninguna verificación y solo lo compran. En cuanto a la medicina no convencional, el 65,4% verifica la fecha de vencimiento; el 23,1% verifica todas las características de seguridad (indicaciones, contraindicaciones, presentación genérica, fecha de vencimiento, posibles riesgos materno-fetales) y el 7,7% no realizó ninguna verificación y solo lo compran.

Tabla 13. Prevalencia de automedicación con medicina convencional y no convencional en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pilcomayo – Huancayo, 2019.

Tipo de medicina que utiliza	Prevalencia
Con medicina convencional y no convencional	27,02%

### Prevalencia de automedicación

Prevalencia puntual =  $Ce/Nt \times 100$

Ce= número de casos existentes (prevalentes) en un momento determinados.

Nt= Número total de individuos en la población en ese momento o edad determinados

Se calcula la prevalencia puntual de automedicación durante el embarazo al mes de agosto del 2019 en el distrito de Pilcomayo, provincia de Huancayo obteniéndose una prevalencia del 27,02% para ambos casos

Obteniéndose para la medicina convencional:

Ce = 50

Nt=185

$Pp = (50/185) \times 100 = 27,02$

## 4.2 Análisis inferencial y contrastación de hipótesis

H1: Existen predictores para la automedicación con medicina convencional y no convencional en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pilcomayo – Huancayo, 2019.

H0: No existen predictores para la automedicación con medicina convencional y no convencional en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pilcomayo – Huancayo, 2019.

Tabla 14. Predictores para la automedicación con medicina convencional y no convencional en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pilcomayo – Huancayo, 2019.

Predictores maternos analizados	Medicina convencional		Medicina no convencional	
	X <sup>2</sup>	p-valor	X <sup>2</sup>	p-valor
<b>Factores sociodemográficos</b>				
Edad materna	2,499	0,645	20,000	0,003
Grado de instrucción	8,809	0,185	10,342	0,324

Estado civil	15,647	0,004	16,302	0,012
Ocupación	53,635	0,000	18,269	0,032
Lugar de procedencia	8,515	0,014	7,280	0,063
Ingreso económico mensual	4,573	0,600	25,210	0,003
<b>Patron de automedicación</b>				
Influencia de automedicación	52,000	5.11E-12	15,947	0,0003
Inicio de la automedicación	0,766	0,682	0,766	0,682
Motivo de la automedicación	8,736	0,033	2,080	0,556
Patologías más frecuentes	24,960	3.8E-06	24,960	3.8E-06
Lugar donde adquieren la medicina	11,440	0,003	0,495	0,781
Tipo de medicamento	52,000	0,000	24,960	3.8E-06
Conocimiento previo	5,646	0,227	0,766	0,682
Persona que le recomendo	8,736	0,033	2,427	0,297
Donde obtuvo la información	2,427	0,297	24,960	3.8E-06
Verificación de las medidas de seguridad	6,933	0,031	0,924	0,630
Trimestre del embarazo	24,960	3.8E-06	15,947	0,001

Fuente: Base de datos

### Interpretación

Al analizar la tabla 14, se determinaron como predictores maternos sociodemográficos para la automedicación de medicina convencional con un  $\chi^2 = 15,647$  y un p-valor de 0,004 el estado civil; con un  $\chi^2 = 53,635$  y un p-valor de 0,000 la ocupación; con un  $\chi^2 = 8,515$  y un p-valor de 0,014 el lugar de procedencia ; y para la medicina no convencional con un  $\chi^2 = 20,00$  y un p-valor de 0,003 para la edad; con un  $\chi^2 = 16,302$  y un p-valor de 0,012 para el estado civil; con un  $\chi^2 = 18,2$  y un p-valor de 0,032 para la ocupación y con un  $\chi^2 = 25,210$  y un p-valor de 0,003 donde los p-valor < 0,05 se afirma que existen factores sociodemográficos y económicos que son predictores de automedicación para la medicina convencional y no convencional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pilcomayo, Huancayo -2019. Dentro del patrón de automedicación con un  $\chi^2 = 52,000$  y un p-valor de 0,000 para la influencia por parte del esposo y familiares; con un  $\chi^2 = 8,736$  y un p-valor de 0,033 para el motivo de la automedicación; con un  $\chi^2 = 24,960$  y un p-valor de 0,000 para las patologías determinadas; con un  $\chi^2 = 11.440$  y un p-valor de 0,003 la facilidad del lugar donde pueden adquirir los



medicamentos; con un  $\chi^2 = 8,736$  y un p-valor de 0,033 de la persona que le recomendó; con un  $\chi^2 = 6,933$  y un p-valor de 0,031 la verificación de las medidas de seguridad y con un  $\chi^2 = 24,960$  y un p-valor de 0,000 por el momento en que realizaron la automedicación; asumiendo que la mayor sintomatología es en el primer trimestre. Para la medicina no convencional se determinó con un  $\chi^2 = 15,947$  y un p-valor de 0,000 para la influencia de automedicación; con un  $\chi^2 = 24,960$  y un p-valor de 0,000 para las patologías frecuentes como son las hierbas para patologías digestivas; con un  $\chi^2 = 24,960$  y un p-valor de 0,000 donde obtuvo la información y con un  $\chi^2 = 15,947$  y un p-valor de 0,001 para el momento en que se automedicaron; se determinó que fue más en el primer trimestre. Que observando p-valores  $< 0,05$  se afirma que existen patrones de automedicación que son predictores de automedicación para la medicina convencional y no convencional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pilcomayo, Huancayo -2019

#### **4.3 Discusión de resultados**

La automedicación es una práctica común en la población en general; el cual pone en riesgo constante la salud de las personas; siendo más riesgoso durante el embarazo por las complicaciones que puede causar en el feto y el desarrollo del embarazo.

En este estudio se ha demostrado la presencia de factores que predicen la ocurrencia de la automedicación durante el embarazo, diferenciando el uso de medicina convencional (farmacológico) y medicina no convencional (natural). Dentro de las características sociodemográficas se encontró que las gestantes que se auto medicaron en mayor frecuencia fueron las que se encontraron en edad sin riesgo reproductivo (20 a 34 años); observando valores superiores en el estudio de Varas et al., en el Instituto materno perinatal donde el 94,8% se encontraron en estas edades y en mínimo porcentaje en gestantes adolescentes y añosas 4,3%. Así mismo en el estudio de Ramos Lanazca, se observó que las edades más frecuentes para la automedicación en gestantes son en la edad adulta.

En cuanto al grado de instrucción y estado civil se observaron valores similares a los hallados en el estudio de Varas et al., y a los resultados de

Ramos Lanazca; donde se encontró el mayor porcentaje en el nivel secundario 78% y en mínimo porcentaje de nivel primario 8%; técnico 6% y superior 8%.

Los resultados de ocupación de las gestantes también muestran similitud al estudio de Varas et al., en cuanto a la condición de estudiante 6%, ama de casa 66,3% y en la ocupación de trabajadora independiente 11,5%; observando resultados diferentes en la actividad trabajadora dependiente 16,3%.

En cuanto al ingreso familiar se pudo determinar en nuestro estudio que el mayor porcentaje de las gestantes percibe un ingreso familiar superior a S/.1000; difiriendo con el estudio de Varas et al; donde el mayor porcentaje 89% el ingreso familiar fue menor de S/.1000.

En el estudio, las gestantes mencionaron haberse automedicado con mayor frecuencia en el primer trimestre 84.6%; difiriendo con Varas et al., quien encontró en este trimestre un informa un 12,5%, mientras que tuvo mayor proporción de automedicación en el tercer trimestre el 63%; esto puede justificarse en el punto que es el trimestre con mayor sintomatología que causa el embarazo; sin embargo también es el momento que cuenta con la mayor cantidad de contraindicaciones por riesgo a teratogenicidad Varas et al.,

Al determinar los factores que predijeron la automedicación se encontró que para la automedicación con medicina convencional (farmacológico) los predictores sociodemográficos fueron el estado civil, ocupación y el lugar de procedencia; como predictores del patrón de consumo se encontró la influencia de los familiares, sobre todo del esposo y familiares, el cual determinara el inicio temprano de automedicación en patologías digestivas y respiratorias en mayor porcentaje. Para la medicina no convencional (natural), se encontraron como predictores sociodemográficos la edad, el estado civil, la ocupación y el ingreso socioeconómico; dentro del patrón de automedicación se determinaron como predictores la influencia de los familiares, las patologías como las digestivas, la facilidad de hallar la información a través de personas como farmacéuticos, familiares y centros comerciales; así como el trimestre del embarazo como la sintomatología del primer trimestre.

Cuando se analizaron los motivos el mayor porcentaje indico que conocía previamente el medicamento que consumieron y que no tenían tiempo para ir a la consulta y la medicina que tomaron no necesitaba indicación médica por lo que lo pueden conseguir fácilmente en establecimientos comerciales y no necesitaban ir para atención médica.

Ante lo evidenciado en nuestro estudio, se coincidió en algunos patrones de automedicación con el estudio de Varas et al., quienes determinaron que los principales motivos por los que se automedicaron fueron la falta de tiempo para ir al médico, a pesar de que vivían muy cerca de los servicios de salud, pero consideraron que la atención era muy lenta y no había disponibilidad de citas y tuvieron las recomendaciones de terceros; siendo en mayor proporción la de sus familiares. Yusuff<sup>63</sup>, en su estudio demostró que los factores más frecuentes de automedicación en gestantes fueron la dificultad para acceder a los servicios de salud así como los problemas económicos.

Al observar los tipos de medicamentos que consumieron sin orden médica; en nuestro estudio se determinó que los más frecuentes son los antiinflamatorios 73.1%, seguido de los antibióticos 23.1%; los mismos que fueron adquiridos en la mayoría de los casos en otros lugares (centros comerciales) que no garantizan seguridad en su consumo 76.9%; en las farmacias y boticas 15.4%; por lo que el riesgo es mayor en las gestantes ya que en establecimientos comerciales no hay un adecuado control de calidad de los medicamentos. Los motivos que llevaron a la automedicación con la medicina convencional, en orden de frecuencia, fueron en igual proporción las patologías gástricas y respiratorias; mientras que para la medicina no convencional fueron patologías digestivas (náuseas, vómitos) seguido de las patologías renales. Si bien es cierto que el 95,3% de los medicamentos convencionales y sobre todo no convencionales consumidos por las gestantes no necesitan necesariamente una receta médica hay que considerar que las gestantes son un grupo especial y su medicación debe estar sujeto a la supervisión médica.

En el estudio de Varas et al., se determinó que Los medicamentos que consumieron las gestantes fueron principalmente de venta libre como el paracetamol, el ibuprofeno, el naproxeno o el dimenhidrinato, y que se encontraban en la categoría A y B de la clasificación de la Administración de

Alimentos y Drogas de EE. UU. (FDA). En cuanto al problema de salud que las llevó a automedicarse el dolor fue la principal causa, seguidos por los problemas respiratorios e infecciones urinarias; estos problemas son comunes en las gestantes y deben ser abordados en cada consulta que realiza el personal de salud.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), como el paracetamol, ibuprofeno o naproxeno, están contraindicados en el tercer trimestre porque pueden provocar efectos adversos como retraso del inicio y duración del trabajo de parto; el cierre prematuro del conducto arterioso, e hipertensión pulmonar en el neonato; así en el estudio de Sosa L<sup>64</sup>. indicó que puede estar relacionado también a la disminución del volumen de líquido amniótico. Lamentablemente, este medicamento es fácilmente conseguido por las gestantes. Es importante mencionar que en el estudio realizado por Baldon J. et al<sup>65</sup>., en Curitiba, Brasil, demostró que el 64,4% de los farmacéuticos respondieron que no podían interpretar la clasificación de riesgo de la FDA y no disponían de fuentes de información en su farmacia; lo que pone en tela de juicio los conocimientos del personal que atiende en los centros comerciales. Patrones similares fueron encontrados en el estudio de Saldarriaga M, y Umbo L.<sup>66</sup> en gestantes del norte del Perú.

En cuanto a la prevalencia en el distrito de Pilcomayo, departamento de Junín se determinó que existe una prevalencia para ambos tipos de automedicación de 27,02%; resultados que difieren a los obtenidos por Varas et al., quienes encontraron una prevalencia de automedicación relativamente baja a la nuestra de 10,5% (IC95%: 7-14%); donde todas las gestantes que se automedicaron durante la gestación también lo hicieron antes de estar embarazadas. Sin embargo, al analizar el informe de Vásquez S<sup>67</sup>., de la DIGEMID/MINSA, en el ámbito nacional, la prevalencia de automedicación en la población general varía entre 40 y 60%; la facilidad con que se consiguen los medicamentos, así como la dificultad de acceder a una consulta médica por parte de la población de menores recursos, podrían ser los factores más importantes para la automedicación.

Diferentes estudios de prevalencia muestran distintos valores según la localidad; de esta manera, los estudios realizados por Yusuff KB y de Bello FA<sup>68</sup>. et al., en Idaban, Nigeria, muestran una prevalencia de 63 y 19%

respectivamente; Kebede B, Gedif T, Getachew A.<sup>69</sup>; en Adis Abeba, Etiopía, encontraron una prevalencia del 12,4%; Marín G. et al<sup>70</sup>., en Sudamérica encontraron que, en Buenos Aires, Argentina, la prevalencia de automedicación fue de 32,3%.

En conclusión, el presente estudio demuestra una prevalencia relativamente moderada de automedicación en gestantes provenientes del distrito de Pilcomayo que acuden por control prenatal que acuden al Centro de Salud de la jurisdicción; que se debería al nivel educativo donde la mayoría tiene un nivel de educación secundaria o superior; la mayoría de las gestantes fueron influenciadas por sus familiares y tuvieron un fácil acceso a la distribución en centros no autorizados para la venta de medicamentos como los centros comerciales.

#### **4.4 Aporte de la investigación**

El estudio tiene un aporte social; ya que alertará al sector salud y a la población en general para que se tomen medidas pertinentes en el control de los medicamentos convencionales y no convencionales que ponen en riesgo su salud y en caso de las gestantes, el cuidado de dos vidas y en especial el de su producto de la concepción.

## CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas indicaron que las gestantes con automedicación de medicina convencional y no convencional se encontraban en mayor porcentaje en edades sin riesgo reproductivo y edad adulta 88,5%; el grado de instrucción fue de nivel secundario 61.5%; el estado civil fue unión estable 73.1%; de ocupación ama de casa 76,9%; procedentes de la zona rural 76,9% y cuyo ingreso económico familiar oscilaba entre S/. 900 a 1400 en un 50%.
2. La edad gestacional en que iniciaron la automedicación durante el embarazo fue en el primer trimestre, siendo para la medicina convencional el 84.6%; y para la medicina no convencional el 80,8%.
3. El patrón de consumo de la automedicación que en mayor proporción se encontró en las gestantes fue:
  - a. La influencia fue por parte de los esposos y familiares 84,6%
  - b. El inicio de la automedicación fue en edad temprana, determinándose en la adolescencia un 73.1%; en la juventud 19,2% y en la niñez un 7,7%.
  - c. El motivo de la automedicación para la medicina convencional y no convencional respectivamente fue que tuvieron conocimiento previo del medicamento que consumieron 46,2% y 50%, no tuvieron tiempo para ir a consulta médica 26.9% y los medicamentos que se medicaron no necesitaba receta médica 19.2%
  - d. Las patologías que conllevaron a la automedicación fueron para la medicina convencional en igual porcentaje los problemas respiratorios y gástricos 49.5%. Para la medicina no convencional los problemas digestivos 73,1%%, renales 11.5%; respiratorios 3,8% al igual que padecimientos crónicos y otras patologías.
  - e. El lugar donde las gestantes obtuvieron la medicina fue para la medicina convencional fue en mayor porcentaje 76,92% en las farmacias y boticas; sin embargo, un 15,4% lo realizan en centros no autorizados. En la medicina no convencional lo adquieren en establecimientos comerciales; que no garantiza la seguridad en su

consumo 80.8%; mientras que un porcentaje menor lo realiza en farmacias o boticas 11,5% .

- f. Los medicamentos usados con mayor frecuencia fueron para la medicina convencional, los antiinflamatorios (AINES) 73,1% y antibióticos 23,1%; para los medicamentos no convencionales fueron las hierbas para problemas gástricos 50%; para problemas respiratorios 23,1% para problemas nerviosos y relajantes 19,2% y otros 3,8%.
  - g. Las gestantes no tuvieron conocimiento previo al comprar los medicamentos convencionales 57,7% y no convencionales 73,1% como los compraron por recomendaciones; solo el 23,1% conocieron las indicaciones y contraindicaciones y el 3,8% los riesgos materno-fetales.
  - h. La información de la automedicación con medicina convencional fue de farmacéuticos 61,5% y para la medicina no convencional la recomendación fue de los familiares 61.5%.
  - i. Las gestantes al momento de adquirir los medicamentos en mayor porcentaje la fecha de vencimiento 69,2% para la medicina convencional y el 65,4% para la medicina no convencional; todas las características de seguridad 19,2% para la medicina convencional y el 23,1% para la medicina no convencional.
4. Los factores que predicen la automedicación durante el embarazo con la medicina convencional fueron: el estado civil (p-valor= 0,004), ocupación (p-valor=0,000), lugar de procedencia (p-valor= 0.014), influencia de consumo (p-valor= 0.000), motivo de automedicación (p-valor= 0.033), las patologías frecuentes (p-valor= 0.000), el lugar donde adquieren la medicina p-valor=0,003), la persona que les recomendó (p-valor= 0.033), verificación de las medidas de seguridad (p-valor= 0,031) y momento del embarazo (p-valor= 0,000); con un p –valor menor a 0.05 se afirma que existen predictores para la automedicación con medicina convencional durante el embarazo. Y, los factores que predicen la automedicación durante el embarazo con la medicina no convencional fueron: la edad (p-valor= 0,003), el estado civil (p-valor= 0.012), ocupación (p-valor=0,032), ingreso económico mensual (p-valor= 0.003), influencia de consumo (p-

valor= 0.000), las patologías frecuentes (p-valor= 0.000), tipo de medicamento utilizado (p-valor= 0.000), lugar donde obtuvo la información (p-valor=0.000) y el trimestre donde se automedicó (p-valor= 0.001); y, con un p –valor menor a 0.05 se afirma que existen predictores para la automedicación con medicina no convencional durante el embarazo.

5. La prevalencia de la automedicación durante el embarazo en el Centro de Salud de Pilcomayo fue de 27,02% para la medicina convencional y no convencional.



## **SUGERENCIAS**

1. A las autoridades de salud, implementar estrategias más drásticas y un mayor control en la distribución y venta de medicamentos; los cuales no deben realizarse en centros comerciales (tiendas, mercado); sino por el contrario en los Centros de salud y farmacias o boticas con receta médica; más aún en situaciones especiales como la niñez, el embarazo y en la tercera edad.
2. Al personal de salud, realizar actividades de promoción y prevención para disminuir los predictores estudiados que conducen a la automedicación; educando a la población gestantes y los que viven con ella para evitar los riesgos para ella y su bebé.
3. Al personal Obstétrico, realizar educación sanitaria en las gestantes y familia en la prevención del uso de medicina convencional y no convencional que ponga en riesgo su embarazo y la integridad del feto.
4. A los investigadores, continuar con investigaciones sobre la automedicación; no solo en gestantes sino también en la población en general.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 López J, Dennis R. y Moscoso S. Estudio sobre la Automedicación en una Localidad de Bogotá. Rev Salud Publica (Bogotá). 2009;11(3):432-42.
- 2 Vásquez, S. Automedicación en el Perú. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas / MINSA; Lima. 2008.
- 3 Jara Romero, et al. Alteraciones en la dispensación de medicamentos en las boticas del distrito de Chiclayo. Rev Cuerpo Méd HNAAA. 2012;5(1):26-9.
- 4 Sosa L. Farmacoterapia durante el embarazo. Arch Med interna. 2009;31(4):87-92.
- 5 Werler MM, Mitchell AA, Hernandez-Diaz S, Honein MA. Use of over-the-counter medications during pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2005;193(3):771-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16150273>
- 6 Dirección Regional de Salud Junin. Automedicación durante el embarazo podría ser perjudicial para madre e hijo Noticia informativa. jueves 9 de mayo, 2019. Disponible en: [http://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2019050902\\_automedicacin\\_durante\\_el\\_embarazo\\_podra\\_ser\\_perjudicial\\_para\\_madre\\_e\\_hijo/](http://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2019050902_automedicacin_durante_el_embarazo_podra_ser_perjudicial_para_madre_e_hijo/)
- 7 González Armas Deborah Jimena. Automedicación en embarazadas usuarias del puesto de salud El Tizate. San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, Guatemala, julio 2017. tesis [internet]. Universidad Rafael Landívar. Guatemala. 2017. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2017/09/18/Gonzalez-Deborah.pdf>
- 8 Achachi Meléndez, Darío Xavier. Automedicación en el embarazo como factor etiológico de abortos atendidos en el hospital provincial docente Ambato en el periodo septiembre diciembre del 2014. Tesis [Internet]. Universidad técnica de Ambato. Ecuador. 2015. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9259/1/Achachi%20Mel%C3%A9ndez,%20Dar%C3%ADo%20Xavier.pdf>
- 9 Jiménez Puñales, et al. Investigación Auto medicarse en el embarazo, acto de doble irresponsabilidad. Acta Médica del Centro / Vol. 9 - No. 1 - 2015

Disponible en: [https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2015/mec151k.pdf?fbclid=IwAR2OvRHYOzrbKSImKIdUWNxeVYe98F8BmVwLRYx06w4-\\_p-5yRcbtOUT1VU](https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2015/mec151k.pdf?fbclid=IwAR2OvRHYOzrbKSImKIdUWNxeVYe98F8BmVwLRYx06w4-_p-5yRcbtOUT1VU)

- 10 Castanho Sabaini de Melo, Simone. El uso de medicamentos por mujeres embarazadas que reciben atención en el Sistema Universal de Salud de Brasil. *Acta Paul. Enferm* 2009; .22 (1): 66-70. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/en\\_a11v22n1.pdf?fbclid=IwAR2M25\\_LmYSGY7QVgQTLjOhWzh3Yqlji8iHYa0vDluJjq3ig2j5lxLSGQ0s](http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/en_a11v22n1.pdf?fbclid=IwAR2M25_LmYSGY7QVgQTLjOhWzh3Yqlji8iHYa0vDluJjq3ig2j5lxLSGQ0s)
- 11 Sandoval Paredes, José y Sandoval Paredes, Cindy Uso de fármacos durante el embarazo. *Horiz. Med.* [online]. 2018, vol.18, n.2, pp.71-79. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2018000200011&fbclid=IwAR2e5g-KjbukTYWlpCMk70O9WX6cXcv2pEFiRQuA137\\_sXi37wGYTT79cJY](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2018000200011&fbclid=IwAR2e5g-KjbukTYWlpCMk70O9WX6cXcv2pEFiRQuA137_sXi37wGYTT79cJY)
- 12 Rosales Zurita, Verónica Vilvia. Caracterización del consumo de medicamentos; automedicación responsable, automedicación y auto prescripción en usuarios de boticas ubicadas en San Juan de Lurigancho 2016-2017. Tesis para título profesional. Universidad Wiener. Lima. 2018. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1467>
- 13 Nieto Lazo, Katheryne Elizabeth. Relación entre el nivel de conocimiento sobre los efectos adversos de los medicamentos y la automedicación en gestantes atendidas en el Centro Salud Coishco. Enero - diciembre 2017. tesis [internet]. Universidad San Pedro.Peru.2017. Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/8521>
- 14 Mini, Elsy et al. Automedicación en gestantes que acuden al instituto nacional materno perinatal, Perú 2011. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica* v.29 n.2 Lima jun. 2012. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342012000200007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000200007)
- 15 Hoyos Rojas, José. Factores Predisponentes a la Automedicación en un Centro de Salud en la Ciudad de Huancayo. Tesis [internet]. Universidad Peruana de los Andes. Huancayo.2017. Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/169?fbclid=IwAR0ytBWpUEYmKHHhxmFisF0lold7J1hvGVxhdC89KU9ZoO8MRNTWjJoLhMU>

- 16 Kregar G, Filinger E. ¿Qué Se Entiende Por Automedicación? Acta Farm. Bonaerense 2005; 24 (1): 130-3
- 17 Hoyos Rojas, José. Factores predisponentes a la automedicación en un centro de salud em la ciudad de Huancayo. Tesis. Universidad Peruana de los Andes. Huancayo. 2017. Disponible en: [http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/169/Jose\\_Hoyos\\_Tesis\\_Titulo\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/169/Jose_Hoyos_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 18 Escuela Andaluza de Salud Pública. Automedicación: Riesgos y beneficios. Bol ter Andal 1996; 12 (5): 18-20. Disponible en: [http://www.ufrgs.br/boletimcimrs/Boletin\\_terapeutico\\_andaluz-1996.pdf](http://www.ufrgs.br/boletimcimrs/Boletin_terapeutico_andaluz-1996.pdf)
- 19 Cebrian, Jordi. ¿Son peligrosas las plantas medicinales en el embarazo?. Revista de salud y bienestar. Actualizado: 8 de octubre de 2019 Disponible en: <https://www.webconsultas.com/embarazo/vivir-el-embarazo/son-peligrosas-las-plantas-medicinales-en-el-embarazo>
- 20 Jiménez G, Calvo D, Orta A, López M, Silva L. Utilización de medicamentos en el embarazo y la lactancia. La Habana: Boletín de información terapéutica para la Atención Primaria de Salud; 2013.
- 21 Orueta R, López M. Manejo de fármacos durante el embarazo. Madrid: Instituto Tecnológico del Sistema Nacional de Salud; 2012
- 22 Jiménez S, Bravo Y, Rivero Y. Automedicarse en el embarazo, acto de doble irresponsabilidad. [Tesis] Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz. Cuba. 2015.
- 23 Ramos J. Caracterización de la práctica de automedicación en población residente del distrito de Ate de la provincia de Lima – marzo 2014. [Tesis] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2015
- 24 Ministerio de Salud del Perú. Tratamiento de enfermedades comunes e introducir la competencia de precios de los medicamentos de venta libre. Lima: MINSA; 2016
- 25 Food and Drug Administration. Clasificación de los fármacos en categorías en función de los riesgos potenciales de teratogénesis. Ashington: FDA; 2014
- 26 Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Conductas de las mujeres embarazadas hacia el consumo de algún tipo de medicamento (con o sin receta). Lima: DIGEMID; 2016.

- 27 Pannone R, Cabrera S, Sosa L. Fármacos en el embarazo y la lactancia. Sitio médico [online] [www.sitiomedico.org/artnac/2002/06/32.htm](http://www.sitiomedico.org/artnac/2002/06/32.htm)
- 28 Magee LA, Mazzotta P, Koren G. Visión basada en la evidencia de la seguridad y la eficacia de la terapia farmacológica para las náuseas y los vómitos del embarazo. (NVP). *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5):S256-S61
- 29 Ruigómez A, et al. Uso de cimetidina, omeprazol y ranitidina en mujeres embarazadas y resultados del embarazo. *Am J Epidemiol.* 1999;150(5):476-81.
- 30 Pasternak B, Hviid A. Uso de inhibidores de la bomba de protones al inicio del embarazo y riesgo de defectos congénitos. *N Engl J Med.* 2010;363(22):2114-23.
- 31 Lin K, et al. Seguridad de los macrólidos durante el embarazo. *Am J ObstetGynecol* 2013; (1) 208:221.
- 32 Cross R, Ling C, Day NP, et al. Revisando la doxiciclina en el embarazo y la primera infancia: ¿es hora de reconstruir su reputación? Opinión de expertos. *Drug Saf* 2016; 15:367
- 33 Cooper WO, et al. Antibióticos potencialmente utilizados en respuesta al bioterrorismo y al riesgo de malformaciones congénitas importantes. *Pediatr. Perinat Epidemiol.* 2009;23(1):18-28.
- 34 Baroz B, et al. La seguridad de las quinolonas : un metaanálisis de los resultados del embarazo. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009;143(2):75-8.
- 35 Hernández Díaz S, et al. Antagonistas del ácido fólico durante el embarazo y el riesgo de defectos congénitos. *N Engl J Med.* 2000;343(22):1608-14.
- 36 Forna F, et al. Revisión sistemática de la seguridad de trimetoprima-sulfametoxazol para la profilaxis en mujeres embarazadas infectadas con VIH: implicaciones para entornos de recursos limitados. *AIDS Rev.* 2006; 8(1):24-36.
- 37 Niebyl J, Weber R, y Briggs G. Fármacos y agentes ambientales en el embarazo y la lactancia: teratología, epidemiología. En: Gabbe SG, Niebyl JR. Niebyl, Simpson JL, et al, editores. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies.* 7ma ed. Philadelphia: Elsevier; 2017, p.136-158

- 38 Yau W, et al. Uso de descongestionantes durante el embarazo y riesgo de defectos de nacimiento. *Am J Epidemiol.* 2013;178(2):198-208
- 39 Crider K, et al. Uso de medicamentos antibacterianos durante el embarazo y riesgo de defectos congénitos: estudio nacional de prevención de defectos congénitos. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009;163(11):978-85.
- 40 Lupattelli A, et al. Resultados neonatales después de la exposición gestacional a nitrofurantoína. *Obstetrics & Gynecology.* 2013;121(2, 1):306-13.
- 41 Ho P. et al. Resistencia a los antimicrobianos entre los uropatógenos que causan cistitis aguda no complicada en mujeres en Hong Kong: un estudio prospectivo multicéntrico en 2006 a 2008. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 2010;66(1):87-93.
- 42 Caro Patón T, et al. ¿El metronidazol es teratogénico?: Un metaanálisis. *Br J Clin Pharmacol.* 1997;44(2):179-82.
- 43 Koss C., et al. Investigación del uso de metronidazol durante el embarazo y los resultados adversos de nacimiento. *Antimicrob Agents Chemother.* 2012; 56(9): 4800–4805.
- 44 Cunningham F., et Al. *Obstetricia de Williams.* 24th ed. Mexico: McGraw Hill; 2015. p.240-255
- 45 Brees Mark H, Berkow Robert. *Manual Merck;* 1999:2028- 2033.
- 46 Dolovich L. et al. Uso de benzodiazepinas en el embarazo y malformaciones mayores o hendidura oral: metaanálisis de estudios de cohortes y casos y controles. *BMJ.* 1998;317(7162):839-43.
- 47 Wikner B, et al. Uso de benzodiazepinas y agonistas de los receptores de benzodiazepinas durante el embarazo: resultado neonatal y malformaciones congénitas. *Pharmaco epidemiol Drug Saf.* 2007;16(11):1203-10
- 48 Liew Z, Ritz B, Rebordosa C, Lee P-C, Olsen J. Uso de acetaminofén durante el embarazo, problemas de conducta y trastornos hiperkinéticos.. *JAMA Pediatr.* 2014;168(4):313-20.
- 49 Ystrom E, et al. Exposición prenatal al acetaminofeno y riesgo de TDAH. *Pediatrics.* 2017- 2016 :38-40.

- 50 Feldkamp M., et al. Uso de acetaminofén en el embarazo y riesgo de defectos congénitos: hallazgos del Estudio nacional de prevención de defectos congénitos. *Obstet Gynecol.* 2010;115(1):109-15.
- 51 Nezvalová Henriksen K, Spigset O. y Nordeng H. Efectos del ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno y piroxicam en el curso del embarazo y los resultados del embarazo: un estudio de cohorte prospectivo. *Br J Obstet Gynecol.* 2013;120(8):948-59.
- 52 Seto A, Einarson T, Koren G. Resultado del embarazo después de la exposición del primer trimestre a antihistamínicos: metanálisis. *Am J Perinatol.* 1997;14(03):119-24.
- 53 Niebyl J, Weber R, and Briggs G. Fármacos y agentes ambientales en el embarazo y la lactancia: teratología, epidemiología. En: Gabbe S., et al, editores. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies.* 7ma ed. Philadelphia: Elsevier; 2017, p.136-158
- 54 Park-Wyllie L, et al. Defectos de nacimiento después de la exposición materna a los corticosteroides: estudio de cohorte prospectivo y metaanálisis de estudios epidemiológicos. *Teratología.* 2000;62(6):385–392.
- 55 Hviid A, Mølgaard Nielsen D. Uso de corticosteroides durante el embarazo y riesgo de hendiduras orofaciales. *CMAJ.* 2011;183(7):796.
- 56 Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Hipertensión en el embarazo. Informe del Grupo de trabajo del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos sobre la hipertensión en el embarazo. *Obstet Gynecol.* 2013; 122:1122.
- 57 Peacock W, et al. Una revisión sistemática de nicardipino vs labetalol para el manejo de crisis hipertensivas. *Am J Emerg Med.* 2012;30(6):981-93.
- 58 Jasper J, et al. Efectos enmarcados sobre la percepción de riesgo teratogénico en mujeres embarazadas. *Lancet.* 2001;358(9289):1237-8.
- 59 Asamblea General de la Asociación médica Mundial de Washington 2002. Declaración sobre la automedicación. Disponible en: [http://www.chpa-info.org/issues/WMA\\_SelfMedication.aspx](http://www.chpa-info.org/issues/WMA_SelfMedication.aspx), recuperado: 15 de marzo de 2010.
- 60 Medicamentos y embarazo. *Boletín Terapéutico Andaluz* 1995; 11 (Monografías nº 8): 1-50.

- 61 Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario del Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/medicina-convencional>
- 62 Santamaría, Gonzales y Castellano. Formación en medicina no convencional en el plan de estudios del grado de medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona. Elsevier Vol. 5. Núm. 2. páginas 68-71 (Abril 2011). Disponible <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-acupuntura-279-articulo-formacion-medicina-no-convencional-el-X1887836911245343>
- 63 Yusuff KB, Omarusehe LD. Determinantes de las prácticas de automedicación entre mujeres embarazadas en Ibadan, Nigeria. Int J Clin Pharm. 2011;33(5):868-75.
- 64 Sosa L. Farmacoterapia durante el embarazo. Arch Med interna. 2009;31(4):87-92.
- 65 Baldon J, et al. Actitudes y conocimientos de los farmacéuticos comunitarios al dispensar medicamentos a embarazadas. Pharmacy Practice. 2006;4(1):38-43.
- 66 Saldarriaga M, Umbo L. Frecuencia de automedicación según categoría de riesgo de teratogenicidad en mujeres que asisten al control prenatal en el hospital de apoyo José Alfredo Mendoza Olavarría – Tumbes, Abril – Setiembre 2004. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional de Tumbes, Facultad de Ciencias de la Salud. Tumbes, Perú, 2004.
- 67 Vásquez S. Automedicación en el Perú. Lima: DIGEMID/ MINSA; 2008
- 68 Bello F. et al. Patrones y predictores de automedicación entre clientes prenatales en Ibadan, Nigeria. Niger Med J. 2011;52(3):153-7.
- 69 Kebede B, Gedif T. y Getachew A. Evaluación del consumo de drogas entre mujeres embarazadas en Addis Abeba, Etiopía. Pharmaco epidemiol Drug Saf. 2009;18(6):462-8.



# **ANEXOS**

## ANEXO 01 MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÒTESIS	VARIABLES	POBLACION/ MUESTRA	DISEÑO METODOLOGICO	INSTRUMENTOS
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b> ¿Cuáles son predictores para automedicación con medicina convencional y no convencional en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pilcomayo – Huancayo, 2019?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECIFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cuáles son los predictores sociodemográficos de riesgo para automedicación con medicina convencional y no convencional en la población en estudio?</li> <li>¿Cuáles son los predictores en el patrón para automedicación de la medicina convencional y no convencional en la población en estudio?</li> <li>¿Cuál es la prevalencia institucional de la automedicación con la medicina convencional y no convencional en gestantes en el Centro de Salud de Pilcomayo, 2019?</li> </ul>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Determinar los predictores para automedicación con medicina convencional y no convencional en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pilcomayo – Huancayo, 2019.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar los predictores sociodemográficos para automedicación con medicina convencional y no convencional en la población en estudio</li> <li>Describir los predictores en el patrón para automedicación de la medicina convencional y no convencional en la población en estudio.</li> <li>Estimar la prevalencia institucional de la automedicación con la medicina convencional y no convencional en gestantes en el Centro de Salud de Pilcomayo, 2019</li> </ul>	<p><b>H1: Existen predictores para la automedicación con medicina convencional y no convencional en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pilcomayo – Huancayo, 2019.</b></p> <p><b>H0: No existen predictores para la automedicación con medicina convencional y no convencional en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pilcomayo – Huancayo, 2019.</b></p>	<p><b>VARIABLE DE ESTUDIO 1</b> Características de la automedicación Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Características sociodemográficas y culturales</li> <li>Características de conocimiento de automedicación</li> <li>Características de la práctica de automedicación</li> </ul>	<p><b>POBLACION</b> La población estará conformada por todas las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pilcomayo – Huancayo, en el periodo de enero a agosto del 2019, haciendo un total de 145</p> <p><b>MUESTRA</b> La muestra estará conformada por 49 gestantes, las cuales fueron determinadas de acuerdo a la siguiente formula:</p> $n = \frac{N \cdot Z^2 \alpha \cdot P \cdot q}{e^2 (N - 1) + Z^2 \alpha \cdot p \cdot q}$ <p><b>TIPO MUESTREO</b> El muestreo será aleatoriado, probabilístico simple</p>	<p>El estudio es de diseño descriptivo epidemiológico, donde se analizarán los predictores que conlleven a la automedicación midiendo su potencial de riesgo, cuyo esquema es:</p> <p style="text-align: center;">X1</p> <p>M X2 0</p> <p style="text-align: center;">X3</p> <p>Donde:</p> <p>M= Muestra</p> <p>X1, X2, X3=predictores</p> <p>O= variable de estudio (automedicación)</p>	-Cuestionario



**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN HUANUCO**  
**ESCUELA DE POST GRADO**



**ANEXO 02**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**PREDICTORES PARA AUTOMEDICACIÓN CON MEDICINA  
 CONVENCIONAL Y NO CONVENCIONAL EN GESTANTES DEL CENTRO  
 DE SALUD PILCOMAYO – HUANCAYO, 2019**

**Propósito**

El presente estudio tiene el propósito de proporcionar información relevante sobre las condiciones como se desarrollaron el consumo de medicamentos no indicados por un profesional médico en las gestantes conllevando a la automedicación, además permitirá proponer intervenciones o programas educativos sobre los riesgos al que se exponen de realizar esta práctica de automedicación, con la finalidad de disminuir y erradicar la automedicación.

**Participación**

Se le invita a participar en el presente estudio, y se garantiza el anonimato de la información brindada por el profesional participante que labora en el Centro de Salud de Pilcomayo: Así mismo, se indica que su participación es estrictamente voluntaria, ya que no presenta riesgos ni efectos perjudiciales sobre su persona; por el contrario, con la información brindada se pretende incentivar a acciones preventivas para proponer acciones direccionadas a evitar la automedicación no responsable.

**Costo de la participación**

La presente investigación solo ocasionará un costo de material logístico que será subvencionado por el investigador.

**Confidencialidad**

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente los miembros del equipo de Investigación conocerán los resultados y la información.

**Requisitos de Participación**

Ser gestante atendida en el Centro de Salud de Pilcomayo. Al aceptar la participación deberá firmar este documento llamado consentimiento informado, con lo cual autoriza y acepta la participación en el estudio voluntariamente.

**Dónde conseguir información**

Para cualquier consulta, sugerencia o comentario por favor comunicarse con Mariela Camargo Campos, al teléfono celular 957699606 donde con mucho gusto serán atendidos.



**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN HUANUCO**  
**ESCUELA DE POST GRADO**



**Declaración Voluntaria**

Yo, .....,  
Identificada con DNI N° .....; he sido informado del propósito y de los objetivos del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio implica un gasto que será cubierto por el investigador.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que considere conveniente, sin que ello afecte en mi atención en el establecimiento de salud.

Por lo expuesto, acepto voluntariamente a participar en el trabajo de investigación **“PREDICTORES PARA AUTOMEDICACIÓN CON MEDICINA CONVENCIONAL Y NO CONVENCIONAL EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD PILCOMAYO – HUANCAYO, 2019”**

**Firma** \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

HUELLA DIGITAL

Dirección

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## ANEXO 03

**CUESTIONARIO DE PREDICTORES PARA AUTOMEDICACIÓN CON  
MEDICINA CONVENCIONAL Y NO CONVENCIONAL EN GESTANTES  
DEL CENTRO DE SALUD PILCOMAYO – HUANCAYO, 2019**

---

El presente cuestionario tiene el propósito de proporcionar información relevante sobre las condiciones como se desarrollaron el consumo de medicamentos no indicados por un profesional médico en las gestantes conllevando a la automedicación, además permitirá proponer intervenciones o programas educativos sobre los riesgos a los que se exponen de realizar esta práctica de automedicación, con la finalidad de disminuir y erradicar la automedicación

Por ello se le solicita responda los siguientes enunciados con veracidad.

CODIFICACION DE LA GESTANTE N° \_\_\_\_\_

I. DATOS GENERALES

- |   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| A | EDAD                 | 1. Adolescentes (<19 años)<br>2. Edad adecuada (19 a 34 años)<br>3. Añosa (35 años a mas)                                 |
| B | GRADO DE INSTRUCCIÓN | 1. Inicial<br>2. Primaria<br>3. Secundaria<br>4. superior universitaria<br>5. Superior tecnica                            |
| C | ESTADO CIVIL         | 1. Soltera<br>2. Casada<br>3. Unión estable(Conviviente)<br>4. Divorciada<br>5. otro                                      |
| D | OCUPACIÓN            | 1. Estudiante<br>2. Ama de casa<br>3. Trabajadora independiente<br>4. Trabajadora dependiente<br>5. Trabajadora del hogar |
| E | PROCEDENCIA          | 1. Urbano<br>2. Rural<br>3. Urbano – marginal   |
| F | INGRESO FAMILIAR     | 1. Menor de S/. 900   |

2. de S/ 900 a 1400

3. De 1500 a 2000

4. Mayor a 2000

**II. HISTORIA FAMILIAR DE AUTOMEDICACIÓN**

¿QUIEN EN SU FAMILIA INFLUYO PARA SU

G AUTOMEDICACION?

1. Familia

2. Esposo

3. Ambos

4. Ninguno

5. Amigos

**III. PATRON DE AUTOMEDICACION**

USTED SE AUTOMEDICA CON

H FARMACOS

1. SI

2. NO

USTED SE AUTOMEDICA CON

I MEDICINA NATURAL

1. SI

2. NO

CUANDO INICIO SU

J AUTOMEDICACION

1. NIÑEZ

2. ADOLESCENCIA

3. JUVENTUD

4. ADULTES

5. Nunca

¿SE AUTOMEDICO ANTES DEL

K EMBARAZO?

1. SI

2. NO

L SE AUTOMEDICO CON MEDICINA CONVENCIONAL DURANTE EL EMBARAZO?

1. En el primer trimestre del embarazo (1-3mes)

2. En el segundo trimestre del embarazo(4-6mes)

3. En el tercer trimestre del embarazo(7-9mes)

4. No se automedico

Indique con que?

.....

M SE AUTOMEDICO CON MEDICINA NO CONVENCIONAL DURANTE EL EMBARAZO?

1. En el primer trimestre del embarazo (1-3mes)

2. En el segundo trimestre del embarazo(4-6mes)

3. En el tercer trimestre del embarazo(7-9mes)

4. No se automedico

Indique con que?

.....

N CUAL FUE EL MOTIVO DE LA AUTOMEDICACIÓN

1. Por conocimiento previo
2. No tiene tiempo para ir a consulta
3. El médico receta lo mismo que tomo
4. No tiene dinero para pagar la consulta
5. No se necesita indicación para la medicina no convencional (natural)
6. otro: \_\_\_\_\_

Ñ QUE SÍNTOMA PRINCIPAL HACE QUE SE AUTO MEDIQUE CON FRECUENCIA "MEDICINA CONVENCIONAL"

1. Dolor
2. Patologías respiratorias (gripe, tos, etc)
3. Patologías digestivas (nauseas, vomitos, diarreas)
4. Patologías renales (riñones, ITU)
5. Padecimiento crónico (artritis, artrosis, diabetes)

Indique cual: .....

6. Otro
7. Ninguno

O QUE SÍNTOMA PRINCIPAL HACE QUE SE AUTO MEDIQUE CON FRECUENCIA "MEDICINA NO CONVENCIONAL"

1. Dolor
2. Patologías respiratorias (gripe, tos, etc)
3. Patologías digestivas (nauseas, vomitos, diarreas)
4. Patologías renales (riñones, ITU)
5. Padecimiento crónico (artritis, artrosis, diabetes)

Indique cual: .....

6. otros
7. Ninguno

P CONOCE SI LOS MEDICAMENTOS LOS VENDEN SIN INDICACION MEDICA (RECETA) EN:

1. Farmacia, Botica
2. Tiendas
3. Establecimiento de salud (C.S, P.S., HOSPITAL)
4. Farmacia, botica y tiendas
5. otros

Q QUE TIPO DE MEDICAMENTOS USO O USA CON MAYOR FRECUENCIA SIN (RECETA) PRESCRIPCION MEDICA

1. AINES
2. Antiinflamatorios esteroideos
3. Antibioticos
4. Otros para padecimientos crónicos :

Especifique: \_\_\_\_\_

5. Ninguno

R QUE TIPO DE MEDICAMENTOS NO CONVENCIONALES CON MAYOR FRECUENCIA USO O USA?

1. Hierbas para problemas gástricos
2. Hierbas para problemas respiratorios
3. hierbas para problemas renales
4. Hierbas para problemas nerviosos y relajantes
5. Picadura de abejas
6. Acupuntura
7. Ninguna \_\_\_\_\_
8. Especifique : \_\_\_\_\_

S TIENE CONOCIMIENTO PREVIO DE LOS MEDICAMENTOS CONVENCIONALES USADOS SOBRE:

- 1.Indicaciones,contraindicaciones
2. Riesgos maternos, fetales
3. Todos los anteriores
4. Ninguno, solo lo compro.
5. No utiliza.

T TIENE CONOCIMIENTO PREVIO DE LOS MEDICAMENTOS NO CONVENCIONALES USADOS SOBRE:

- 1.Indicaciones,contraindicaciones
2. Riesgos maternos, fetales
3. Todos los anteriores
4. Ninguno, solo lo compro.
- 5.No utiliza.

U DONDE OBTUVO LA INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO CONVENCIONAL

1. Profesional de salud(medico,obst.,enfermera,etc)
2. Farmaceutico
3. Medios de difusión TV-radio e internet
4. Prospectos (tripticos,folletos,afiches, etc)
5. Familiares
6. otros
- 7.Ninguno.

V DONDE OBTUVO LA INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO NO CONVENCIONAL

1. Profesional de salud(medico,obst.,enfermera,etc)
2. Farmaceutico
3. Medios de difusión TV-radio e internet
4. Prospectos (tripticos,folletos,afiches, etc)
5. Familiares
6. Otros
- 7.Ninguno.

W PERSONA QUE LE RECOMENDO LA AUTO MEDICACIÓN

1. Familiares
2. Amigos
3. El dispensador de la farmacia
4. El dispensador de la tienda
5. Por su cuenta



6. otros

7.

Ninguno. \_\_\_\_\_

X AL MOMENTO DE LA COMPRA DE LOS MEDICAMENTOS USTED VERIFICA:

1. Características de seguridad del medicamento (indicaciones, contraindicaciones)

2. Presentación genérica

3. Fecha de vencimiento

4. Posibles riesgos (maternos, fetales)

5. Todos los anteriores

6. Ninguno, solo lo compro.

## VALIDACION DE JUICIO DE EXPERTOS



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZAN  
HUANUCO – PERU  
ESCUELA DE POSGRADO



## VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: Posgrado de la Uteon Huapaya Especialidad: Ng Salud Pública y Gestión Sanitaria  
"Calificar con 1, 2, 3 o 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
Hábitos de alimentación	Indica la frecuencia del consumo de alimentos	4	4	4	4
	Identifica los desórdenes de alimentación	4	4	4	4
	Identifica tipo de alimentación saludable y no saludable	4	4	4	4
Actividad física	Identifica el consumo de líquidos	4	4	4	4
	Indica la frecuencia de realización de la actividad física	4	4	4	4
	Indica el tiempo de la realización de la actividad física	4	4	4	4
Descanso e higiene	Indica si tienen un horario fijo para despertar	4	4	4	4
	Indica si tienen un horario fijo para acostarse a dormir	4	4	4	4
	Identifica si tiene periodos de vigilia	4	4	4	4
Consumo de sustancias tóxicas	Identifica la frecuencia de la higiene física	4	4	4	4
	Identifica si consume cigarrillos	4	4	4	4
	Identifica si consume alcohol	4	4	4	4
	Identifica si consume sustancias tóxicas ilegales	4	4	4	4
	Indica la frecuencia de consumo	4	4	4	4

Consumo de medicamentos	Consumo Antiinflamatorios no esteroideos	4	4	4	4
	Consumo Medicamentos gastrointestinales	4	4	4	4
	Consumo de Otros medicamentos	4	4	4	4
Atención de salud	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	4	4	4	4
	Realiza siesta después del almuerzo como parte de una relajación.	4	4	4	4
	Se concentra en pensamientos agradables a la hora de acostarse.	4	4	4	4
	se encuentra satisfecho con las actividades que actualr ente realiza.	4	4	4	4
	Indica si se cuida y se quiere a si mismo	4	4	4	4
Índice lipídico	Mide el nivel de colesterol total	4	4	4	4
	Mide el nivel de triglicéridos	4	4	4	4
	Identifica las características físicas: IMC, Circunferencia abdominal, presión arterial	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI ( ) NO (X) En caso de SI, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ( )

Firma y sello del juez  
D.M.: 22 474880



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN  
HUÁNUCO – PERÚ  
ESCUELA DE POSGRADO



**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

Nombre del experto: Dr. Williams Ventura Castro Especialidad: Dr. Ciencias de la Salud  
"Calificar con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
Hábitos de alimentación	Indica la frecuencia del consumo de alimentos	4	4	4	4
	Identifica los desórdenes de alimentación	4	4	4	4
	Identifica tipo de alimentación saludable y no saludable	4	4	4	4
Actividad física	Identifica el consumo de líquidos	4	4	4	4
	Indica la frecuencia de realización de la actividad física	4	4	4	4
	Indica el tiempo de la realización de la actividad física	4	4	4	4
	Indica si tienen un horario fijo para despertar	4	4	4	4
Descanso e higiene	Indica si tienen un horario fijo para acostarse a dormir	4	4	4	4
	Identifica si tiene periodos de vigilia	4	4	4	4
	Identifica la frecuencia de la higiene física	4	4	4	4
	Identifica si consume cigarrillos	4	4	4	4
	Identifica si consume alcohol	4	4	4	4
Consumo de sustancias tóxicas	Identifica si consume sustancias tóxicas ilegales	4	4	4	4
	Indica la frecuencia de consumo	4	4	4	4

Consumo de medicamentos	Consumo Antiinflamatorios no esteroideos	4	4	4	4
	Consumo Medicamentos gastrointestinales	4	4	4	4
	Consumo de Otros medicamentos	4	4	4	4
Atención de salud	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	4	4	4	4
	Realiza siesta después del almuerzo como parte de una relajación.	4	4	4	4
	Se concentra en pensamientos agradables a la hora de acostarse.	4	4	4	4
	se encuentra satisfecho con las actividades que actualr ente realiza.	4	4	4	4
	Indica si se cuida y se quiere a si mismo	4	4	4	4
Índice lipídico	Mide el nivel de colesterol total	4	4	4	4
	Mide el nivel de triglicéridos	4	4	4	4
	Identifica las características físicas: IMC, Circunferencia abdominal, presión arterial	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI ( ) NO (X) En caso de SI, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ( )

  
**Firma y sello del juez**  
 DNI 0712255



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN  
HUANUCO – PERÚ  
ESCUELA DE POSGRADO



### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO


Nombre del experto: Dr. Milba Blanco Alcaja Especialidad: Ciencias de la Salud  
 "Calificar con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
Hábitos de alimentación	Indica la frecuencia del consumo de alimentos	4	4	4	4
	Identifica los desórdenes de alimentación	4	3	4	4
	Identifica tipo de alimentación saludable y no saludable	4	4	4	4
Actividad física	Identifica el consumo de líquidos	4	3	4	4
	Indica la frecuencia de realización de la actividad física	4	4	4	4
	Indica el tiempo de la realización de la actividad física	4	3	4	4
	Indica si tienen un horario fijo para despertarse	4	4	4	4
Descanso e higiene	Indica si tienen un horario fijo para acostarse a dormir	4	4	4	4
	Identifica si tiene periodos de vigilia	4	4	4	4
	Identifica la frecuencia de la higiene física	4	3	4	4
	Identifica si consume cigarrillos	4	4	4	4
Consumo de sustancias tóxicas	Identifica si consume alcohol	4	4	4	4
	Identifica si consume sustancias tóxicas ilegales	4	3	4	4
	Indica la frecuencia de consumo	4	3	4	4

Consumo de medicamentos	Consumo Antiinflamatorios no esteroideos	4	3	4	4
	Consumo Medicamentos gastrointestinales	4	4	4	4
	Consumo de Otros medicamentos	4	3	4	4
Atención de salud	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	4	4	4	4
	Realiza siesta después del almuerzo como parte de una relajación.	4	4	4	4
	Se concentra en pensamientos agradables a la hora de acostarse.	4	4	4	4
	se encuentra satisfecho con las actividades que actualr ente realiza.	4	4	4	4
	Indica si se cuida y se quiere a si mismo	4	4	4	4
Índice lipídico	Mide el nivel de colesterol total	4	4	4	4
	Mide el nivel de triglicéridos	4	4	4	4
	Identifica las características físicas: IMC, Circunferencia abdominal, presión arterial	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI ( ) NO (X) En caso de SI, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ( )

  
 Firma y sello del juez  
 20887407



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN  
HUÁNUCO – PERÚ  
ESCUELA DE POSGRADO



### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: Dra. Ana María Méndez Romo Especialidad: Medio Ambiente

"Califican con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
Hábitos de alimentación	Indica la frecuencia del consumo de alimentos	4	4	4	4
	Identifica los desórdenes de alimentación	4	4	4	4
	Identifica tipo de alimentación saludable y no saludable	4	4	4	4
Actividad física	Identifica el consumo de líquidos	4	4	4	4
	Indica la frecuencia de realización de la actividad física	4	4	4	4
	Indica el tiempo de la realización de la actividad física	4	4	4	4
Descanso e higiene	Indica si tienen un horario fijo para despertar	4	4	4	4
	Indica si tienen un horario fijo para acostarse a dormir	4	4	4	4
	Identifica si tiene periodos de vigilia	4	4	4	4
Consumo de sustancias tóxicas	Identifica la frecuencia de la higiene física	4	4	4	4
	Identifica si consume cigarrillos	4	4	4	4
	Identifica si consume alcohol	4	4	4	4
	Identifica si consume sustancias tóxicas ilegales	4	4	4	4
	Indica la frecuencia de consumo	4	4	4	4



Consumo de medicamentos	Consumo Antiinflamatorios no esteroides	4	3	4	4
	Consumo Medicamentos gastrointestinales	4	3	4	4
	Consumo de Otros medicamentos	4	3	4	4
Atención de salud	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	4	3	4	4
	Realiza siesta después del almuerzo como parte de una relajación.	4	4	4	4
	Se concentra en pensamientos agradables a la hora de acostarse.	4	4	4	4
	se encuentra satisfecho con las actividades que actualir ente realiza.	4	4	4	4
	Indica si se cuida y se quiere a si mismo	4	4	4	4
Índice lipídico	Mide el nivel de colesterol total	4	4	4	4
	Mide el nivel de triglicéridos	4	4	4	4
	Identifica las características físicas: IMC, Circunferencia abdominal, presión arterial	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI ( ) NO (X) En caso de SI, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ( )

*Adriana M...*  
**Firma y sello del juez**  
 DUI 07559830



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN  
HUÁNUCO – PERÚ  
ESCUELA DE POSGRADO



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: *Mg. Katherine Velga Macmillan Field* Especialidad: *Administración y Gestión en Salud*  
 "Calificar con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
Hábitos de alimentación	Indica la frecuencia del consumo de alimentos	4	4	4	4
	Identifica los desórdenes de alimentación	4	4	4	4
	Identifica tipo de alimentación saludable y no saludable	4	4	4	4
Actividad física	Identifica el consumo de líquidos	4	4	4	4
	Indica la frecuencia de realización de la actividad física	4	4	4	4
	Indica el tiempo de la realización de la actividad física	4	4	4	4
Descanso e higiene	Indica si tienen un horario fijo para despertar	4	4	4	4
	Indica si tienen un horario fijo para acostarse a dormir.	4	4	4	4
	Identifica si tiene periodos de vigilia	4	4	4	4
Consumo de sustancias tóxicas	Identifica la frecuencia de la higiene física	4	4	4	4
	Identifica si consume cigarrillos	4	4	4	4
	Identifica si consume alcohol	4	4	4	4
	Identifica si consume sustancias tóxicas ilegales	4	4	4	4
	Indica la frecuencia de consumo	4	4	4	4

Consumo de medicamentos	Consumo Antiinflamatorios no esteroideos	4	4	4	4
	Consumo Medicamentos gastrointestinales	4	4	4	4
	Consumo de Otros medicamentos	4	4	4	4
Atención de salud	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	4	4	4	4
	Realiza siesta después del almuerzo como parte de una relajación.	4	4	4	4
	Se concentra en pensamientos agradables a la hora de acostarse.	4	4	4	4
	se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.	4	4	4	4
	Indica si se cuida y se quiere a si mismo	4	4	4	4
Índice lipídico	Mide el nivel de colesterol total	4	4	4	4
	Mide el nivel de triglicéridos	4	4	4	4
	Identifica las características físicas: IMC, Circunferencia abdominal, presión arterial	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI ( ) NO (X) En caso de SI, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ( )

  
 Lic. Enfermería  
 CEP 91263

Firma y sello del juez

## NOTA BIOGRÁFICA

### DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres: CAMARGO CAMPOS AIDA MARIELA  
DNI: 19936341  
Fecha de nacimiento: Huancayo 25 de marzo de 1973

### ESTUDIOS:

- SUPERIOR  
1990– 1995 Estudios de Obstetricia en la Universidad San Martin de Porres Lima – Perú.
- SECUNDARIA  
1985 – 1989 Institución Educativa La Asunción, Huancayo – Perú.
- PRIMARIA  
1979 – 1984 Institución Educativa La Asunción, Huancayo – Perú.

### GRADOS Y TÍTULOS:

2019 Maestría en Salud Pública y Gestión sanitaria. Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Huánuco – Perú  
2019 Especialidad en emergencias y alto riesgo Obstétrico. Universidad Nacional de Huancavelica – Perú  
1996 Bachiller de licenciada en obstetricia: En la Universidad San Martin de Porres Lima – Perú  
1997 Título de Obstetra: En la Universidad San Martin de Porres Lima – Perú

### CENTRO/S LABORAL/ES ACTUAL/ES – CARGO/S:

- Universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt - Docente
- Obstetra asistencial en el Centro de Salud de Pilcomayo – Red de salud valle del Mantaro – Huancayo

Huancayo 13 de enero del 2020



**ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO**

En el Aula 204 de la Escuela de Posgrado, siendo las **18:00h**, del día **lunes 30 DE DICIEMBRE DE 2019** ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dr. Victor QUISPE SULCA	Presidente
Dra. Maria Del Pilar MELGAREJO FIGUEROA	Secretaria
Dra. Digna Amabilia MANRIQUE DE LARA SUAREZ	Vocal

Asesora de tesis: Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SANCHEZ (Resolución N° 02813-2019-UNHEVAL/EPG-D)

La aspirante al Grado de Maestro en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Doña, Aida Mariela CAMARGO CAMPOS.

**Procedió al acto de Defensa:**

Con la exposición de la Tesis titulado: **“PREDICTORES PARA AUTOMEDICACIÓN CON MEDICINA CONVENCIONAL Y NO CONVENCIONAL EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD PILCOMAYO – HUANCAYO, 2019”**.

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante al Grado de Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- a) Presentación personal.
- b) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y recomendaciones.
- c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- d) Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis las **observaciones** siguientes:

Obteniendo en consecuencia la Maestría la Nota de Diecisiete (17) Equivalente a Muy bueno, por lo que se declara Aprobada (Aprobado o desaprobado)

Los miembros del Jurado firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Huánuco, siendo las 19:00 horas de 30 de diciembre de 2019.

  
 .....  
**PRESIDENTE**  
 DNI N° 22962246

  
 .....  
**SECRETARIO**  
 DNI N° 22503110

  
 .....  
**VOCAL**  
 DNI N° 06927959

Leyenda:  
19 a 20: Excelente  
17 a 18: Muy Bueno  
14 a 16: Bueno

(Resolución N° 01626-2019-UNHEVAL/EPG)

## AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE POSGRADO

### 1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL:

Apellidos y Nombres: CAMARGO CAMPOS Aida Mariela

DNI: 19936341 Correo electrónico: [marielacamargo\\_2011@hotmail.com](mailto:marielacamargo_2011@hotmail.com)

Teléfono: Celular: 957699606

### 2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS:

POSGRADO
<b>MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA</b>

Grado Académico obtenido: Magister en salud pública y gestión sanitaria

**Título de la Tesis:**

PREDICTORES PARA AUTOMEDICACIÓN CON MEDICINA CONVENCIONAL Y NO CONVENCIONAL EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD PILCOMAYO HUANCAYO - 2019

**Tipo de acceso que autoriza(n) el (los) autor (es):**

Marcar (X)	Categoría de Acceso	Descripción del Acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, más no al texto completo

Al elegir la opción "Público", a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional - UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya(n) marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

( ) 1 año

( ) 3 años

( ) 2 años

( ) 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Huánuco, 13 de enero de 2020

  
Aida Mariela Camargo Campos  
DNI: 19936341

