	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 6
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2021-09-14
		PAGINA: 1 de 14

16.

FECHA viernes, 18 de marzo de 2022

Señores
UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
 BIBLIOTECA
 Ciudad

UNIDAD REGIONAL	Seccional Girardot
TIPO DE DOCUMENTO	Trabajo De Grado
FACULTAD	Ciencias De la Salud
NIVEL ACADÉMICO DE FORMACIÓN O PROCESO	Pregrado
PROGRAMA ACADÉMICO	Enfermería

El Autor(Es):


APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
Cardozo Rodriguez	Mabel Yessenia	1023964965
Castro Calderon	Angie Lorena	1106900716

Director(Es) y/o Asesor(Es) del documento:

APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS
Monroy Rubiano	Mary Luz

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
 Teléfono: (091) 8281483 Línea Gratuita: 018000180414
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co
 NIT: 890.680.062-2

*Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad
 Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional*

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 6
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2021-09-14
		PAGINA: 2 de 14

TÍTULO DEL DOCUMENTO

Factores condicionantes básicos de las gestantes del programa prenatal de la ese centro de salud de ricaurte que favorecen la automedicación, segundo trimestre del año 2021

SUBTÍTULO

(Aplica solo para Tesis, Artículos Científicos, Disertaciones, Objetos Virtuales de Aprendizaje)

EXCLUSIVO PARA PUBLICACIÓN DESDE LA DIRECCIÓN INVESTIGACIÓN

INDICADORES	NÚMERO
ISBN	
ISSN	
ISMN	

AÑO DE EDICIÓN DEL DOCUMENTO

NÚMERO DE PÁGINAS

18/03/2022	124
------------	-----

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS (Usar 6 descriptores o palabras claves)

ESPAÑOL	INGLÉS
1. Automedicación	Self-medication
2. Gestante	pregnant woman
3. prescripción	prescription
4. caracterización	characterization
5. factores condicionantes básicos	basic conditioning factors
6. medicamento sin prescripción.	non-prescription medication.



MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 6
DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2021-09-14
	PAGINA: 3 de 14

FUENTES (Todas las fuentes de su trabajo, en orden alfabético)

1. -ALONSO, R. M., et al. Posibles efectos teratogénicos de la medicación materna sobre el feto. Rev Cubana Med Gen Integr, 1987, vol. 3, no 3, p. 21-6.
2. Barakat R, ejercicio físico durante el embarazo programas de actividad física en gestantes.Vol.1-17
3. -COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley Estatutaria 1581 de 2012.
4. -CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1098 de 2006. "por el cual se expide el código de infancia y adolescencia en Colombia"
5. -Constitución Política de Colombia 1991. Revisado 12 de marzo de 2021. [Internet].
6. -CUÉLLAR, N. Instituto Nacional de Salud-Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Informe evento VIH/Sida a Periodo epidemiológico XIII-2018 [Internet], 2018.
7. -DAHIR, Candela, et al. La automedicación: un determinante en el uso racional de medicamentos. Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria, 2015, vol. 18, no 2.
8. -Decreto 2174 por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del SGSSS. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo 1994.
9. -DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICAS DANE [EN LINEA] [Fecha de consulta: 25 de noviembre del 2020] disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/censo2005/perfiles/cundinamarca/ricaurte.pdf>
10. -ESCOBAR SALINAS, Jorge Sebastián; GONZÁLEZ, Carlos Miguel Ríos. Automedicación en adultos de 11 ciudades de latinoamerica, 2015/2016: estudio multicéntrico. Cimel, 2017, p. 19-23.
11. -ESPITIA CRUZ, Luz Carine. Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario la samaritana. Facultad de Enfermería, 2011.
12. -FURONES-MOURELLE, Juan Antonio, et al. Reacciones adversas por medicamentos en embarazadas cubanas. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2018, vol. 44, no 3, p. 1-17.
13. -GARCÍA ARIAS, Ximena, et al. Causas y consecuencias de la automedicación de



MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 6
DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2021-09-14
	PAGINA: 4 de 14


antibióticos en una población adulta del consultorio odontológico en poblado campestre corregimiento de Candelaria-Valle en el primer semestre del 2020.

14. -GARCÍA ARIAS, Ximena, et al. Causas y consecuencias de la automedicación de antibióticos en una población adulta del consultorio odontológico en poblado campestre corregimiento de Candelaria-Valle en el primer semestre del 2020. 2020.
15. -GÓMEZ, Érika Marcela Mora; ACOSTA, Andrés Manuel Pérez. Revisión y análisis biométrico de la investigación sobre automedicación desde el año 2000. Persona: Revista de la Facultad de Psicología, 2018, no 21, p. 31-79.
16. -GUZMÁN MARTÍNEZ, Michael Amir, et al. Frecuencia de polifarmacia en el paciente adulto mayor con hipertensión arterial en una unidad de medicina familiar. 2019.
17. -HERNÁNDEZ, Ydalsys Naranjo; PACHECO, José Alejandro Concepción; LARREYNAGA, Miriam Rodríguez. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta médica espirituaña, 2017, vol. 19, no 3.
18. Instituto Nacional de Perinatología de México, Normas y procedimientos de Obstetricia, InPer 1983.
19. -ISLAM, Monir. Director del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo. [en línea]
20. -JARAMILLO ECHEVERRI, Luis Guillermo, et al. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). Index de Enfermería, 2004, vol. 13, no 46, p. 29-33.
21. -KREGAR, Gabriela; FILINGER, Ester. ¿Qué se entiende por automedicación? Acta Farm. Bonaerense, 2005, vol. 24, no 1, p. 130-3.
22. -KUSKO, F. Para 2050 la resistencia a los antibióticos será la principal causa de muerte. Scientific American, 2016.
23. -LLANOS ZAVALAGA, Luis Fernando, et al. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. Revista Médica Herediana, 2001, vol. 12, no 4, p. 127-133.
24. -LÓPEZ, José J.; DENNIS, Rodolfo; MOSCOSO, Sonia M. Estudio sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. Revista de salud pública, 2009, vol. 11, no 3, p. 432-442.
25. -LÓPEZ-CABRA, Claudia Alejandra, et al. Automedicación en estudiantes de



MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 6
DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2021-09-14
	PAGINA: 5 de 14

- medicina de la Universidad del Rosario en Bogotá DC, Colombia. Revista Colombiana de Ciencias Químico-Farmacéuticas, 2016, vol. 45, no 3, p. 374-384.
26. -MAINETTI, J. Código de Núremberg. Tribunal Internacional de Núremberg, 1947. Ética médica. La Plata, Argentina: Editorial Quirón, 1989
 27. -MALDONADO, Natalia Andrea, et al. Tendencias de la resistencia a antibióticos en Medellín y en los municipios del área metropolitana entre 2007 y 2012: resultados de seis años de vigilancia. Biomédica, 2014, vol. 34, no 3, p. 433-446.
 28. -MÁRQUEZ GÓMEZ, Marco Antonio; GÓMEZ DÍAZ, Graciela María. Vigilancia del uso de medicamentos en el embarazo en el municipio de Los Palmitos, Sucre, Colombia: una contribución para la prevención y reducción de la mortalidad materna y perinatal. Nova, 2017, vol. 15, no 28, p. 115-124.
 29. -MARRERO, Judith Cuba, et al. Teratogenic effects of some drugs that can cause congenital heart disease and other abnormalities. CorSalud (Revista de Enfermedades Cardiovasculares), 2012, vol. 4, no 2, p. 124-128.
 30. -MIDIALA, Lugo Valdés; MAIRELYS, Martínez Saavedra; DAIRELYS, Alonso Martínez. La Farmacología una herramienta imprescindible en el tratamiento a la gestante. En I Jornada Científica de Farmacología y Salud. Farmaco Salud Artemisa 2021. 2021.
 31. -MINÍ, Elsy, et al. Automedicación en gestantes que acuden al instituto nacional materno perinatal, Perú 2011. Revista peruana de medicina experimental y salud pública, 2012, vol. 29, p. 212-217.
 32. -MINISTERIO DE EDUCACION NACINAL. Resolución 266 de 1996. Reglamenta la práctica profesional de enfermería
 33. -MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".
 34. -MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".
 35. -MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 6
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2021-09-14
		PAGINA: 6 de 14


para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”.

36. -Ministerio de salud [En línea] [Fecha de consulta: 25 de noviembre 2020]. Disponible en: www.minsalud.gov.co
37. -MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 3280 de 2018. “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno perinatal y se establecen las directrices para su operación”
38. -MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3280 de 2018. “por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”
39. -MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3280 de 2018. “por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”
40. -MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3280 de 2018. “por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”
41. -MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 8430 de 1993. “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”.
42. -MORALES CURO, Maria Esperanza. Prevalencia de la dispensación de medicamentos antimicrobianos en farmacias y boticas privadas de Sechura, abril-junio, 2018. 2019.
43. -NARANJO-HERNÁNDEZ, Ydalsys. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Revista Archivo Médico de Camagüey, 2019, vol. 23, no 6, p. 814-825.
44. -Organización Mundial de la Salud. Enfermería. Ginebra. OMS; Revisado el 12 de

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 6
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2021-09-14
		PAGINA: 7 de 14


marzo de 2021. [Internet].

45. -PEREIRO GÓMEZ, CésAr. Drogas y teratogenia. Adicciones, 2006, vol. 18, no supl 1, p. 245.
46. -PRADO SOLAR, Liana Alicia, et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista médica electrónica, 2014, vol. 36, no 6, p. 835-845.
47. -PRIETO SÁNCHEZ, Heidy Viviana; PRIETO TOVAR, Angelica; RODRIGUEZ RAMIREZ, Ruddy Alejandra. Intervenciones de enfermería relacionadas con el autocuidado en la higiene personal aplicando la teoría de dorothea orem en menores de 7 a 10 años de una institución pública del área urbana de la ciudad de girardot durante el año 2018-2019. 2019. Tesis Doctoral.
48. -PRIETO SÁNCHEZ, Heidy Viviana; PRIETO TOVAR, Angelica; RODRIGUEZ RAMIREZ, Ruddy Alejandra. Intervenciones de enfermería relacionadas con el autocuidado en la higiene personal aplicando la teoría de dorothea orem en menores de 7 a 10 años de una institución pública del área urbana de la ciudad de girardot durante el año 2018-2019. 2019.
49. -RODRÍGUEZ, Marcela; FERNÁNDEZ, Marta Lucia Tamayo; RIVADENEIRA, Fernando. FOLLETO 10.
50. ROJAS GALLO, Annia, et al. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. Revista cubana de Enfermería, 2009, vol. 25, no 3-4, p. 0-0.
51. -SALAS, Natalia, et al. Prevalencia de microorganismos asociados a infecciones vaginales en 230 mujeres gestantes y no gestantes sintomáticas del Centro de Salud La Milagrosa en el municipio de Armenia (Colombia). Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2009, vol. 60, no 2, p. 135-142.
52. -SÁNCHEZ ZAMORA, Cristhian Jean. Prevalencia del uso de antiinflamatorios no esteroideos en pacientes atendidos en el centro de salud materno infantil El Milagro, distrito de Huanchaco–Trujillo. Enero–abril 2019. 2019.
53. -TABOADA LUGO, Noel, et al. Teratogenicidad embrio-fetal inducida por medicamentos. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2004, vol. 30, no 1, p. 0-0.
54. -TAPIA HURTADO, Gabriela Alexandra. Rol de enfermería basado en la teoría del autocuidado de Dorotea Orem, para prevenir y controlar complicaciones relacionadas a la diabetes de los pacientes que son atendidos en el área de

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 6
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2021-09-14
		PAGINA: 8 de 14

Consulta Externa del Hospital Provincial General de Latacunga período marzo-julio del año 2016. 2016. Tesis de Licenciatura. Quito: UCE

55. -VALDÉS SILVA, Yaimara; SÁNCHEZ RAMÍREZ, Eliset; FUENTES ARENCIBIA, Santiago. Malformaciones congénitas relacionadas con los agentes teratógenos. Correo Científico Médico, 2018, vol. 22, no 4, p. 652-666
56. -VALLANO, Antonio; ARNAU, Josep María. Antimicrobianos y embarazo. Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica, 2009, vol. 27, no 9, p. 536-542.
57. -VARGAS OLARTE, Lina Katherine, et al. Actualización del Plan Vial Departamental para el sector bajo de la Provincia de Ricaurte. 2018.
58. -VÁZQUEZ-BENITEZ, Efrain. El uso de algunos fármacos y sus riesgos durante el embarazo. Gac Méd Mex, 1996, vol. 132, no 5, p. 541-3.
59. -VEGA-ANGARITA, Olga Marina; GONZALEZ-ESCOBAR, Dianne Sofía. Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. Revista Ciencia y cuidado, 2007, vol. 4, no 1, p. 28-35.
60. -VIROGA, Stephanie. Riesgo del uso de los medicamentos en el embarazo y lactancia: remoción de la clasificación de riesgo de la FDA. Boletín Farmacológico, 2015, vol. 6, nro. 2, 2015.

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 6
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2021-09-14
		PAGINA: 9 de 14

RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS
(Máximo 250 palabras – 1530 caracteres, aplica para resumen en español):

Dentro de las problemáticas de salud pública en Colombia se encuentra la automedicación, en la presente investigación la población de estudio son las gestantes que asisten al control prenatal al E.S.E Centro de Salud Ricaurte-Cundinamarca durante el segundo trimestre del año 2021.

Este estudio se abordó por medio de una entrevista semiestructurada, la cual se aplicó por vía telefónica, con la base de datos proporcionada por la gerencia del centro de salud, donde se conocerá los factores condicionantes básicos de las gestantes, los medicamentos que consumen sin formula médica y los causales que las llevan a esta práctica, teniendo en cuenta que estas acciones influyen en el estado de salud del binomio madre e hijo.

Se pretende identificar los factores condicionantes básicos a partir de las experiencias de autoconsumo de fármacos sin formula médica y lograr conocer qué síntomas generaron la automedicación, con el fin de proponer estrategias que modifiquen las prácticas de riesgo a partir de las intervenciones de enfermería.

La metodología se desarrolló con un enfoque cuantitativo descriptivo, con un alcance exploratorio descriptivo y una muestra no probabilística por conveniencia de 14 gestantes que asistieron al Centro de Salud de Ricaurte en el segundo trimestre de 2021 y aceptaron responder la aplicación del instrumento realizado

Self-medication is one of the public health problems in Colombia. In this research, the study population is pregnant women who attend prenatal care at the E.S.E Ricaurte-Cundinamarca Health Center during the second quarter of 2021.

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 6
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2021-09-14
		PAGINA: 10 de 14

This study was approached through a semi-structured interview, which was applied by telephone, with the database provided by the management of the health center, where the basic conditioning factors of pregnant women, the medications they consume without formula and the causes that lead them to this practice, taking into account that these actions influence the state of health of the mother and child binomial.

It is intended to identify the basic conditioning factors from the experiences of self-consumption of drugs without a medical formula and to know what symptoms generated self-medication, in order to propose strategies that modify risk practices based on nursing interventions.


The methodology was developed with a descriptive quantitative approach, with a descriptive exploratory scope and a non-probabilistic convenience sample of 14 pregnant women who attended the Ricaurte Health Center in the second quarter of 2021 and agreed to answer the application of the instrument carried out.

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Por medio del presente escrito autorizamos a la Universidad de Cundinamarca para que, en desarrollo de la presente licencia de uso parcial, pueda ejercer sobre nuestra obra las atribuciones que se indican a continuación, teniendo en cuenta que, en cualquier caso, la finalidad perseguida será facilitar, difundir y promover el aprendizaje, la enseñanza y la investigación.

En consecuencia, las atribuciones de usos temporales y parciales que por virtud de la presente licencia se autoriza a la Universidad de Cundinamarca, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad; así como a los usuarios de las redes,

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
 Teléfono: (091) 8281483 Línea Gratuita: 018000180414
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co
 NIT: 890.680.062-2

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 6
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2021-09-14
		PAGINA: 11 de 14

bases de datos y demás sitios web con los que la Universidad tenga perfeccionado una alianza, son:


Marque con una "X":

AUTORIZO (AUTORIZAMOS)	SI	NO
1. La reproducción por cualquier formato conocido o por conocer.	X	
2. La comunicación pública, masiva por cualquier procedimiento o medio físico, electrónico y digital.	X	
3. La inclusión en bases de datos y en sitios web sean éstos onerosos o gratuitos, existiendo con ellos previa alianza perfeccionada con la Universidad de Cundinamarca para efectos de satisfacer los fines previstos. En este evento, tales sitios y sus usuarios tendrán las mismas facultades que las aquí concedidas con las mismas limitaciones y condiciones.	X	
4. La inclusión en el Repositorio Institucional.	X	

De acuerdo con la naturaleza del uso concedido, la presente licencia parcial se otorga a título gratuito por el máximo tiempo legal colombiano, con el propósito de que en dicho lapso nuestra obra sea explotada en las condiciones aquí estipuladas y para los fines indicados, respetando siempre la titularidad de los derechos patrimoniales y morales correspondientes, de acuerdo con los usos honrados, de manera proporcional y justificada a la finalidad perseguida, sin ánimo de lucro ni de comercialización.

Para el caso de las Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, de manera complementaria, garantizamos en nuestra calidad de estudiante y por ende autores exclusivos, que la Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía en cuestión, es producto de nuestra plena autoría, de nuestro esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de nuestra creación original particular y, por tanto, somos los únicos titulares de la misma. Además, aseguramos que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifestamos que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos de la Tesis o Trabajo de Grado es de nuestra competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

Sin perjuicio de los usos y atribuciones otorgadas en virtud de este documento, continuaremos conservando los correspondientes derechos patrimoniales sin modificación o restricción alguna, puesto que, de acuerdo con la legislación

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 6
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2021-09-14
		PAGINA: 12 de 14

colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación de los derechos patrimoniales derivados del régimen del Derecho de Autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “*Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores*”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. En consecuencia, la Universidad de Cundinamarca está en la obligación de RESPETARLOS Y HACERLOS RESPETAR, para lo cual tomará las medidas correspondientes para garantizar su observancia.

NOTA: (Para Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía):

Información Confidencial:

Esta Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, contiene información privilegiada, estratégica, secreta, confidencial y demás similar, o hace parte de la investigación que se adelanta y cuyos resultados finales no se han publicado. **SI ___ NO _x_.**


En caso afirmativo expresamente indicaré (indicaremos) en carta adjunta, expedida por la entidad respectiva, la cual informa sobre tal situación, lo anterior con el fin de que se mantenga la restricción de acceso.

LICENCIA DE PUBLICACIÓN

Como titular(es) del derecho de autor, confiero(erimos) a la Universidad de Cundinamarca una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, por un plazo de 5 años, que serán prorrogables indefinidamente por el tiempo que dure el derecho patrimonial del autor. El autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito. (Para el caso de los Recursos Educativos Digitales, la Licencia de Publicación será permanente).
- b) Autoriza a la Universidad de Cundinamarca a publicar la obra en formato y/o soporte digital, conociendo que, dado que se publica en Internet, por este hecho circula con un alcance mundial.
- c) Los titulares aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
 Teléfono: (091) 8281483 Línea Gratuita: 018000180414
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co
 NIT: 890.680.062-2

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 6
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2021-09-14
		PAGINA: 13 de 14

d) El(Los) Autor(es), garantizo(amos) que el documento en cuestión es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi (nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro(aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos es de mí (nuestro) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

e) En todo caso la Universidad de Cundinamarca se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.

f) Los titulares autorizan a la Universidad para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

g) Los titulares aceptan que la Universidad de Cundinamarca pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.

h) Los titulares autorizan que la obra sea puesta a disposición del público en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en el "Manual del Repositorio Institucional AAAM003"

i) Para el caso de los Recursos Educativos Digitales producidos por la Oficina de Educación Virtual, sus contenidos de publicación se rigen bajo la Licencia Creative Commons: Atribución- No comercial- Compartir Igual.




j) Para el caso de los Artículos Científicos y Revistas, sus contenidos se rigen bajo la Licencia Creative Commons Atribución- No comercial- Sin derivar.



Nota:

Si el documento se basa en un trabajo que ha sido patrocinado o apoyado por una entidad, con excepción de Universidad de Cundinamarca, los autores garantizan que se ha cumplido con los derechos y obligaciones requeridos por el respectivo

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 6
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2021-09-14
		PAGINA: 14 de 14

contrato o acuerdo.

La obra que se integrará en el Repositorio Institucional está en el(los) siguiente(s) archivo(s).

Nombre completo del Archivo Incluida su Extensión (Ej. Nombre completo del proyecto.pdf)	Tipo de documento (ej. Texto, imagen, video, etc.)
1.	Texto CD
2.	Texto CD
3.	
4.	

En constancia de lo anterior, Firmo (amos) el presente documento:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	FIRMA (autógrafo)
Mabel Yessenia Cardozo Rodriguez.	<i>Yessenia Cardozo R</i>
Angie Lorena Castro Calderón.	<i>Lorena Castro C.</i>

21.1-51-20.



FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS DE LAS GESTANTES DEL
PROGRAMA PRENATAL DE LA ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE QUE
FAVORECEN LA AUTOMEDICACIÓN, SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2021

ANGIE LORENA CASTRO CALDERÓN

Código: 330215105

MABEL YESSENIA CARDOZO RODRIGUEZ

Código: 330215103

ERIK YESID GOMEZ GUASCA

Código:330216220

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

GIRARDOT

2022

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS DE LAS GESTANTES DEL
PROGRAMA PRENATAL DE LA ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE QUE
FAVORECEN LA AUTOMEDICACIÓN, SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2021

ANGIE LORENA CASTRO CALDERÓN

Código: 330215105

MABEL YESSENIA CARDOZO RODRIGUEZ

Código: 330215103

ERICK YESID GOMEZ GUASCA

CODIGO:330216220

TRABAJO DE GRADO
PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ENFERMERO

MARY LUZ MONROY RUBIANO
ENFERMERA MAGISTER EN CUIDADO MATERNO PERINATAL
DOCENTE ASESORA

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERIA
GIRARDOT
2022

NOTA DE ACEPTACION

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Girardot, (Dia, Mes y Año

DEDICATORIA

Dedico de manera especial este proyecto, a mi mamá, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ti he logrado llegar hasta aquí.

A las personas que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito, y en especial a aquellos que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

Angie Lorena Castro Calderón

Dedico de manera especial este proyecto a mi familia en especial a mi hija quien ha sido mi gran motivación para alcanzar este gran sueño, a mis padres por su gran apoyo por todos los sacrificios que han hecho, Mi esposo por apoyarme en este largo camino que no ha sido nada fácil pero que siempre ha estado para ayudarme a levantarme y seguir adelante, por siempre motivarme para lograr esta gran etapa de profesional.

Mabel Yessenia Cardozo Rodríguez

Dedico de manera especial este proyecto a Dios ya la vida por darme la oportunidad, fortaleza y poner sobre mi camino a tantas personas que se volvieron participes y ayudaron en este proceso tan arduo, a mi madre María Eugenia Guasca, quien ha sido siempre mi apoyo, a mi padre Álvaro Gómez quien con su esfuerzo nos ha sacado adelante a mí y mi familia, a Jonny y Alison Gómez mis hermanos quienes han sido fundamentales en este proceso y por ultimo a mi compañera de vida Pilar Hernández quien me dio la bendición y fortuna de ser parte de su vida y el padre de nuestro hijo Jhosep Damián Gómez Hernández quien se ha vuelto la razón y motivo de largas noches de insomnio y días de estudio con el fin de poder culminar esta etapa tan importante de mi vida; ellos los cuales siempre ha sido la motivación para lograr mis metas y sueños.

Erik Yesid Gómez Guasca

AGRADECIMIENTOS

Principalmente agradecemos a Dios por permitirnos cumplir este objetivo de culminar nuestra carrera como profesionales, un agradecimiento especial a nuestros jurados, a nuestra docente asesora Mary Luz Monroy Rubiano y a los demás profesores que hicieron parte de todo nuestro proceso de formación tanto académica como personal. A nuestros compañeros por brindarnos siempre lo mejor de cada uno y ser un apoyo más en todo este proceso y por último a nuestras familias por ser base fundamental y brindarnos un apoyo infinito a lo largo de nuestro proceso de formación en futuros profesionales. Gracias de todo corazón a todos, Dios les bendiga.

RESUMEN

Dentro de las problemáticas de salud pública en Colombia se encuentra la automedicación, en la presente investigación la población de estudio son las gestantes que asisten al control prenatal al E.S.E Centro de Salud Ricaurte-Cundinamarca durante el segundo trimestre del año 2021.

Este estudio se abordó por medio de una entrevista semiestructurada, la cual se aplicó por vía telefónica, con la base de datos proporcionada por la gerencia del centro de salud, donde se conocerá los factores condicionantes básicos de las gestantes, los medicamentos que consumen sin fórmula médica y los causales que las llevan a esta práctica, teniendo en cuenta que estas acciones influyen en el estado de salud del binomio madre e hijo.

Se pretende identificar los factores condicionantes básicos a partir de las experiencias de autoconsumo de fármacos sin fórmula médica y lograr conocer qué síntomas generaron la automedicación, con el fin de proponer estrategias que modifiquen las prácticas de riesgo a partir de las intervenciones de enfermería.

La metodología se desarrolló con un enfoque cuantitativo descriptivo, con un alcance exploratorio descriptivo y una muestra no probabilística por conveniencia de 14 gestantes que asistieron al Centro de Salud de Ricaurte en el segundo trimestre de 2021 y aceptaron responder la aplicación del instrumento realizado.

Palabras clave: Automedicación, gestante, prescripción, caracterización, factores condicionantes básicos, medicamento sin prescripción.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	10
1 PROBLEMA	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	22
2 OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	23
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	23
3 JUSTIFICACION	24
4 MARCOS DE REFERENCIA	28
4.1 MARCO TEORICO.....	28
4.2 MARCO CONCEPTUAL.....	33
4.3 MARCO LEGAL.....	57
4.4 MARCO ETICO.....	68
4.5 MARCO GEOGRAFICO.....	71
4.6 MARCO INSTITUCIONAL.....	74
5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	78
6 DISEÑO METODOLOGICO	79
6.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	79
6.2 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA.....	79
6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	79
6.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	80
6.5 CONTEXTO.....	80
8. CONCLUSIONES	98
9. RECOMENDACIONES	102
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	109
11. ANEXOS	117
11.1 ANEXO A INSTRUMENTO.....	117
11.2 ANEXO B. AUTORIZACIÓN USO INSTRUEMNTO.....	118
11.3 ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	120
11.4 ANEXO D. AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	120

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAR DE LOS FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS DE LAS GESTANTES DEL PROGRAMA PRENATAL DE LA ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE Y LOS MEDICAMENTOS QUE CONSUMEN SIN FORMULA MEDICA, DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2021

ANEXO B. AUTORIZACION INSTRUMENTO

ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO D. AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

INTRODUCCION

“La automedicación de forma clásica ha sido definida como: El consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por iniciativa propia o por consejo de otra persona, sin consultar al médico o profesional de la salud”¹. Con mucha frecuencia las personas usan un medicamento siguiendo las recomendaciones de personas que desconocen los efectos que pueden provocar y la forma de actuar en el organismo (farmacocinética, farmacodinamia), por lo general la recomendación la reciben de familiares, amigos, auxiliares farmacéuticos, propagandas televisivas entre otros medios de información masiva, que no son la fuente idónea para recetar u orientar a una persona a consumir un medicamento, pues siempre debe hacerse con prescripción médica.

En países desarrollados o “primermundistas”, con una población debidamente educada y orientada en temas de farmacología general, la automedicación puede ser beneficiosa porque disminuye la asistencia a los centros de salud por patologías de fácil manejo, sin embargo se debe tener en cuenta que los medicamentos utilizados deben haber sido aprobados por la Food And Drug Administration (FDA), como lo relaciona un estudio en Bogotá “estar 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”².

En el panorama nacional, Colombia al ser un país en vía de desarrollo, en la mayoría de los casos, la población no cuenta con un nivel adecuado de educación básica sanitaria; todo ello genera efectos negativos de la automedicación como la resistencia bacteriana, el aumento del riesgo de reacciones adversas, el

¹ MINÍ, Elsy, et al. Automedicación en gestantes que acuden al instituto nacional materno perinatal, Perú 2011. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 2012, vol. 29, p. 212-217.

² LÓPEZ, José J.; DENNIS, Rodolfo; MOSCOSO, Sonia M. Estudio sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. *Revista de salud pública*, 2009, vol. 11, no 3, p. 432-442.

encubrimiento de la enfermedad”³, efectos teratogénicos, entre otros por lo que la automedicación no está recomendada.

En Colombia, quien puede formular medicamentos, es el profesional del área de la salud titulado como médico u odontólogo. Es una realidad que en todo el territorio nacional hay medicamentos de venta libre, lo que de alguna manera facilita el acceso a la población en general, para adquirir una gran cantidad de productos farmacológicos de venta libre y adicional en muchas farmacias los regentes en farmacia, no solicitan la formula médica, a pesar de ser necesaria para la venta de medicamentos como antibióticos, antihipertensivos, antitusivos y muchos otros fármacos, los cuales con un consumo desmedido y sin la posología indicada, pueden llegar a generar un alto riesgo para la salud de las personas; estas acciones incluso se evidencia en las gestantes, por ello es necesario identificar los factores inmersos en estas prácticas, para intervenirlas y fortalecer practicas de cuidado seguras para el binomio.

En la presente investigación se realizará énfasis en la población en estado de gestación, ya que el riesgo que conlleva la automedicación en esa etapa, representa mayor implicación por los posibles efectos sobre el feto, teniendo en cuenta, que muchos medicamentos que se venden sin prescripción médica pueden ser perjudiciales para la salud del binomio, ya sea generando o facilitando la resistencia bacteriana, enmascarando la enfermedad, generando tolerancia al compuesto activo del fármaco o generando efectos más nocivos para el feto según su edad gestacional, por los efectos teratogénicos secundarios a la difusión del compuesto activo por vía placentaria en las primeras semanas de gestación.

³ LLANOS ZAVALAGA, Luis Fernando, et al. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. *Revista Médica Herediana*, 2001, vol. 12, no 4, p. 127-133.

El estado de gestación originalmente guarda relación con el proceso de creación o formación de una nueva vida. Durante esta etapa del ciclo vital de la mujer, se debe asumir los cambios que experimenta la gestante precisamente como un proceso de transición, cambio y adaptación al desarrollo de un nuevo ser. Proceso que guarda más duda e importancia, cuando sucede en mujeres con desviaciones en su autocuidado.

Generalmente estas prácticas de automedicación son parcialmente desconocidas en el ámbito de la salud, sin duda alguna, un conocimiento bien fundamentado sobre prácticas de cuidado durante la gestación incluyendo la exploración de prácticas de riesgo como la automedicación permitirá proporcionar un cuidado materno perinatal más comprometido con las creencias, necesidades, realidades y cotidianidad de las gestantes de Ricaurte, un cuidado culturalmente congruente.

Las consecuencias que se le atribuyen a estas prácticas son innumerables, una de las más importantes es el impacto en la salud pública, las comorbilidades a las que puede estar expuesto el binomio, los sobrecostos en atención en salud, tanto para la gestante como para el sistema nacional de salud, por lo que es fundamental indagar en los factores condicionantes básicos, la caracterización del autoconsumo de medicamentos, las razones para consumirlos, con el fin de proponer acciones de mejora y de promoción del autocuidado para así evitar las complicaciones que se desencadenan con la automedicación al realizar esta práctica riesgosa.

Se busca determinar los factores condicionantes básicos para identificar cuáles facilitan el consumo de medicamentos sin fórmula médica en las gestantes que acuden a la consulta prenatal En la E.S.E Centro de Salud de Ricaurte-Cundinamarca durante el segundo trimestre del año 2021.

1 PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Luego de realizar la práctica en control prenatal, conocer que las mujeres consultaban a urgencias en sala de partos, cuando ya no podían manejar algunos síntomas; surge la inquietud de investigar sobre la frecuencia de la automedicación en las gestantes, al hacer la revisión del estado del arte, se encuentra un artículo muy interesante de Jaramillo en un hospital de Caldas, que presenta la automedicación como una práctica cultural que se viene observando hace cientos de años, que consiste en la acción de consumir algún tipo de fármaco sin la autorización y previa consulta con un profesional de la salud.

Se documenta como una situación creciente en todos los grupos de personas ya sea por creer tener conocimientos previos para el manejo de una dolencia o enfermedad o porque simplemente les sugieren personas no profesionales, argumentando que a ellos les “funcionó”. En el respaldo bibliográfico del estudio de Jaramillo, se relaciona los siguientes factores que facilitan esa práctica riesgosa:

- Regulaciones legales administrativas y de estrategias de mercado de la industria farmacéutica, como los OTC “**Over The Counter**” (venta de muestra o libre).
- Resto del entorno: cultura, usos y costumbres e información a los pacientes desde diversos puntos (socio familiar), medios de comunicación como lo es tv, radio e internet.

- Del resultado de la interacción del sistema de salud con el paciente: la confianza en los profesionales de la salud, demora en la atención y accesibilidad al sistema de salud, desacuerdo en consultas, procesos o procedimientos no resueltos.

- Del propio paciente: factores condicionantes básicos, actitudes y creencias sobre la enfermedad (gravedad, desencadenantes del afecto físico, experiencia previa, uso de síntomas, opiniones de terceros) y sobre medicamentos (que afectan la rutina diaria)⁴.

El estudio de Dahir Candela relaciona que la automedicación no responsable se da a nivel mundial en más del 70% de la población, una situación en la que un individuo toma un medicamento sin saber su uso adecuado y los riesgos potenciales, es un hecho común y creciente que implica el uso indiscriminado de drogas al poner en juego la salud de la comunidad. “La multicausalidad que influye en el uso inapropiado de medicamentos hace necesario considerar a cada uno de los actores en el análisis de sus determinantes, así como las políticas y leyes locales en la cual se enmarca. Para lograr optimizar la prescripción y el consumo de los medicamentos se requiere de un grupo de acciones de comunicación, educación e información, con el objetivo de alcanzar actitudes y conductas acordes con la problemática⁵”.

En Colombia, según el instituto nacional de salud en la semana epidemiológica 34 de 2019 se notificaron 14178 casos de intoxicaciones por sustancias químicas, que representa una incidencia para el país de 28,2 casos por cada 100000 habitantes, en comparación con la incidencia del año anterior (29,2 casos por cada 100000 habitantes) muestra una baja disminución.

⁴ JARAMILLO ECHEVERRI, Luis Guillermo, et al. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). *Index de Enfermería*, 2004, vol. 13, no 46, p. 29-33.

⁵ DAHIR, Candela, et al. La automedicación: un determinante en el uso racional de medicamentos. *Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria*, 2015, vol. 18, no 2.

Según un estudio realizado en la ciudad de Bogotá “la prevalencia de la automedicación, se encontró en un 47% de personas que realizaban estas prácticas, eran estudiantes universitarios y en su mayoría fueron las mujeres quienes encabezaban este tipo de prácticas”⁶, lo cual refleja que la población con mayor nivel educativo suele incurrir en estas prácticas de déficit del autocuidado y el nivel de estudio es directamente proporcional con las decisiones que toma la población y en la población con menor grado de escolaridad tienen un mayor riesgo de realizar estas prácticas de autoconsumo, ya que se desconoce o ignora lo que realmente causan los medicamentos en el cuerpo humano, y es así más fácil tener en cuenta las sugerencias de familiares, amigos etc. La facilidad con la que se pueden adquirir estos fármacos, así como la dificultad de acceder a una consulta médica por parte de la población con menor ingreso económico, podrían ser unos de los factores atribuibles para este hábito de autoconsumo.

Surge entonces la necesidad de identificar si las gestantes se automedican con frecuencia y qué tipo de medicamentos consumen sin fórmula médica, para determinar si pueden tener alto riesgo de presentar complicaciones asociadas a esta acción insegura y con ello desde la enfermería, proponer una estrategia para disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad materno perinatal, ya que se estima según estudios, que en años posteriores esta pudiese llegar a ser una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial como lo dice Fernando Pasteran: “En 2013, a nivel global se produjeron 700.000 muertes atribuibles a la resistencia antibiótica, según la Revisión sobre la Resistencia Antimicrobiana (AMR, en inglés). “Para 2050, se esperan 10 millones de muertes atribuibles a la resistencia a antibióticos. Será la principal causa de muerte. Superará al cáncer. Morirá una persona cada tres segundos por resistencia a antibióticos”⁷.

⁶ LÓPEZ-CABRA, Claudia Alejandra, et al. Automedicación en estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario en Bogotá DC, Colombia. *Revista Colombiana de Ciencias Químico-Farmacéuticas*, 2016, vol. 45, no 3, p. 374-384.

⁷ KUSKO, F. Para 2050 la resistencia a los antibióticos será la principal causa de muerte. *Scientific American*, 2016.

Los efectos nocivos de esa práctica pueden ser nefastos, como se evidencia, la práctica de automedicación es bastante reiterativa en Latinoamérica y nuestro país no es ajeno a ello, como lo describen en el siguiente estudio multicéntrico realizada en 11 países de Latinoamérica de los cuales se mencionaran los países que presentaron un mayor índice de actuar en estas prácticas, el resultado del estudio arrojó que “la prevalencia de automedicación en las últimas dos semanas fue 54,6% y en los últimos tres meses 62,5%, con resultados similares a los hallados en Morelos-México (65,5%), Lima-Perú (56,6%), Medellín-Colombia (54,7%), Coronel Oviedo-Paraguay (48,3%); Itapuá-Paraguay (92,8%) y Ramos en Ate-Perú (90,1%); y mucho mayor a los estudios realizados en Pereira-Colombia (24%), Bogotá Colombia (21,8%).

Al igual que en otros estudios, se encuentra mayor prevalencia en el sexo femenino (59,5%), considerándose al sexo femenino como el más susceptible a esta práctica. Con relación al grupo etario, en este estudio más del 50% tenía menos de 40 años”⁸. Como se puede apreciar, tres ciudades colombianas están en unos de los puestos más altos en este índice de automedicación, esto a su vez eleva las consecuencias que pueden presentar las mujeres si realiza esa riesgosa práctica durante la gestación.

A nivel municipal no se ha documentado este tipo de estudios, por lo que no se cuenta con bases de datos ni registros de esta práctica, por ello es necesario investigar sobre este tipo de conductas y sus factores predisponentes o facilitadores, para evitar que se presente una repercusión en el estado de salud de la diada madre e hijo; es importante y necesario identificar si en el Municipio de Ricaurte existe el consumo de medicamentos sin prescripción médica durante la

⁸ ESCOBAR SALINAS, Jorge Sebastián; GONZÁLEZ, Carlos Miguel Ríos. AUTOMEDICACIÓN EN ADULTOS DE 11 CIUDADES DE LATINOAMÉRICA, 2015/2016: estudio multicéntrico. *Cimel*, 2017, p. 19-23.

gestación e identificar qué situaciones los favorecen así como conocer cuáles son los fármacos que más se automedican.

Siendo un municipio que cuenta con una amplia zona rural y zonas dispersas, esa característica representa un riesgo porque pueden tener un menor acceso al sistema de salud, por lo que ende el gobierno a través de los centros de salud debe garantizar en el marco de responsabilidad social y salud pública, equidad y salud para todos, una ruta de atención materno perinatal; por todo ese contexto local, resulta interesante explorar las prácticas en torno a la automedicación con el fin de disminuir efectos adversos como lo son: resistencia a los medicamentos, las “super bacterias”, efectos teratogénicos, encubrimiento de la patología entre otros y contribuir con la salud materno fetal de las mujeres Ricaurteñas.

En estudios realizados y según la clasificación de la Food And Drug Administration (FDA) “se puede observar la evidencia científica de las repercusiones que traen a la salud materna perinatal, como por ejemplo los efectos adversos, y complicaciones de la patología o enmascaramiento de la misma y consiguiente exacerbación por el no tratamiento idóneo de la misma”⁹, que al estar en un centro de salud pueden ser de fácil manejo pero al estar en áreas rurales o dispersas como la mayoría de gestantes del presente estudio, son de difícil tratamiento o incluso pueden llegar a comprometer la salud y son causales de mayor morbimortalidad en las gestantes.

En contraste, en un estudio cubano se encontró que los medicamentos que más provocan DAE (efectos adversos de drogas) y son medicamentos que también tienen un alto índice de consumo en el departamento de Cundinamarca, estos fueron: “(una combinación de dosis fijas de fumarato ferroso, ácido fólico, ácido ascórbico y retinol) (27, 7%) (Sin riesgo de embarazo categorizado), fumarato

⁹ PÉREZ LANDEIRO, A., et al. Teratogénesis: clasificaciones. *Farm Hosp*, 2002, vol. 26, no 3, p. 171-177.

ferroso (6, 9%) (Categoría A), metronidazol (5, 9%) (Categoría B) y lidocaína hiperbárica (4.8%). Leve (65.9%), probable (63.8%) y frecuente (66%) fueron los DAE predominantes”¹⁰.

Como es evidente, en una urbe con un sistema de salud el cual es equitativo para toda la población y por ello su acceso es mucho más fácil, se observó que fue alto el porcentaje de efectos adversos, lo que se pudo concluir fue que una pequeña proporción de DAE era evitable, pero causaba graves daños a la salud, si lo llevamos a el contexto nacional colombiano las cifras son mucho más desalentadoras, todo ello gracias al poco seguimiento del sistema de salud y la baja adherencias a los controles prenatales y al acceso a consultas médicas, sumado a ello se encuentra la resistencia a los medicamentos por su uso sin receta médica y consumo desmedido, esto ha llevado a que se genere que los patógenos sean reemergentes y multirresistentes al tratamiento de primera línea como lo demostró un estudio realizado en Medellín que demostró “un incremento de la resistencia a vancomicina en *Enterococcus faecium*. En *Escherichia coli* y *Serratia marcescens* se observó un incremento de la resistencia a ceftazidima, en contraste con una disminución en *Klebsiella pneumoniae* y *Enterobacter cloacae*. Para *K. pneumoniae*, *S. marcescens* y *E. cloacae* se observó un incremento de la resistencia a carbapenémicos”¹¹.

Sumado a lo anterior, los efectos nocivos de esta práctica según un estudio realizado por la universidad javeriana donde se relaciona que: “aunque la vigilancia de las malformaciones congénitas sigue vigente en la mayoría de los países, en nuestro medio contamos con muy poca información al respecto y pocos programas que estudien este tipo de situaciones. La marcada variabilidad de los datos disponibles sobre las malformaciones congénitas, demuestra que esta

¹⁰ FURONES-MOURELLE, Juan Antonio, et al. Reacciones adversas por medicamentos en embarazadas cubanas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 2018, vol. 44, no 3, p. 1-17.

¹¹ MALDONADO, Natalia Andrea, et al. Tendencias de la resistencia a antibióticos en Medellín y en los municipios del área metropolitana entre 2007 y 2012: resultados de seis años de vigilancia. *Biomédica*, 2014, vol. 34, no 3, p. 433-446.

información debe ser controlada y dirigida por grupos de trabajo expertos en el tema”¹²

Por lo anterior surge la necesidad de identificar las características de estas prácticas en el municipio de Ricaurte - Cundinamarca; luego de una revisión de diversas fuentes bibliográficas, son evidentes los efectos nocivos que trae la automedicación y la importante repercusión que trae consigo en la salud pública en especial a la población sujeto del presente estudio porque puede traer complicaciones para el binomio, gracias a los factores y características del grupo poblacional.

El manejo, acompañamiento y seguimiento del binomio madre e hijo, es fundamental para el profesional de Enfermería, ya que es el que se encarga del cuidado y supervisión directa de la diada, por ello era necesario realizar una investigación y realizar una valoración y registro de estas prácticas de las cuales no se cuenta con suficiente información y documentación necesaria a nivel nacional y mucho menos a nivel departamental ya que no se hallan los registros suficientes de la caracterización de estas prácticas.

Estas alteraciones en la salud del binomio pueden además causar efectos que afecten tanto a su entorno familiar, comunitario, como también a los entes gubernamentales y a la salud pública misma; la automedicación en gestantes es un peligro inminente, ya que cada vez se observa que la asistencia a los controles prenatales en los centros de salud disminuye, y a su vez, la consulta con profesionales que receten un medicamento y por ello intentan tratar la condición que las aqueja en sus propias casas, observando así efectos adversos o daños que nunca esperarían. Esta práctica es altamente riesgosa ya que “Las consecuencias de la automedicación sin previos conocimientos básicos del

¹² RODRÍGUEZ, Marcela; FERNÁNDEZ, Martalucía Tamayo; RIVADENEIRA, Fernando. FOLLETO 10.

medicamento utilizado origina: reacciones adversas que pueden llegar hacer incluso graves, riesgo de feto toxicidad, resistencia bacteriana, aparición de otras patologías, posibles complicaciones, encubrimiento de la sintomatología que presenta, hospitalización, etc.

La maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de cada mujer, pues las experiencias y los conocimientos adquiridos en su proceso de gestación son diferentes y únicos, de igual forma, las acciones de autocuidado que realiza cada una, para el beneficio propio y el de su hijo.

Las acciones de cuidado consigo mismas y con el fruto de la gestación, tienen una implicación directa en el óptimo desarrollo de la gestación. Una inadecuada medicación y autoconsumo sin fórmula en el embarazo, ocasionaría en la madre exacerbaciones de las enfermedades que podría estar cursando, como lo son las infecciones de vías urinarias que conllevan a un parto prematuro. Consumo de ciertos medicamentos, puede producir bradicardia fetal, gastrosquisis, síndrome foco mélico, entre muchos otros daños no solo para el fruto de la gestación sino también para la gestante y su entorno.

Es importante que la gestante posea conocimientos de la utilización responsable de medicamentos durante una etapa tan importante desde el punto de vista biopsicosocial, biológico como es el embarazo. En caso de no controlar y no supervisar esta práctica, los efectos que trae consigo son de alto riesgo, los medicamentos usados en la gestación abarcan un amplio número de contraindicaciones y al no conocerlas y usar el medicamento puede causar las desviaciones de la salud ya mencionadas. por ello es fundamental e indispensable hallar los causales y las características de estas prácticas y así mismo tratar las causas subyacentes que hacen que las gestantes consuman medicamentos sin prescripción médica entre los factores que pudiesen influir en esta práctica

encontramos escolaridad, nivel socioeconómico, desinformación, y muchas otras que se indagaran al concluir el presente trabajo.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los factores condicionantes básicos de las gestantes del programa prenatal de la ESE Centro de salud de Ricaurte, que facilitan el consumo de medicamentos sin formula médica, durante el segundo trimestre del año 2021?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

-Determinar cuáles son los factores condicionantes básicos de las gestantes del programa prenatal de la ESE Centro de salud de Ricaurte, que facilitan el consumo de medicamentos sin fórmula médica, durante el segundo trimestre del año 2021, para proponer una estrategia de prevención del riesgo de la automedicación para el binomio.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar a la población de gestantes que asistió al control prenatal en el Puesto de Salud de Ricaurte en el segundo trimestre de 2021
- Identificar si las gestantes se auto medican, cuáles son los fármacos que consumen con más frecuencia y los síntomas que llevan a las gestantes usuarias del ESE Centro de salud de Ricaurte, a realizar esta práctica riesgosa.
- Diseñar una estrategia educativa de promoción de salud a las gestantes, que prevenga la automedicación y promueva acciones de autocuidado seguras para el bienestar materno fetal.

3 JUSTIFICACION

El consumo de medicamentos sin formulación médica es una acción riesgosa para la salud de las personas, aún más para las mujeres en gestación, porque puede generar serios compromisos del bienestar materno fetal. De acuerdo a varios estudios, se ha clasificado esta práctica de automedicación como un problema de salud pública, porque esta conducta a nivel mundial, es la responsable de muchos problemas de salud.

Actualmente el consumo de medicamentos con formula medica se presenta en más del 95% de la población mundial, pero el porcentaje que lo realiza sin la indicación de un profesional de la salud se da incluso en un 70% de la población mundial, en muchos casos, trae consigo problemas como la resistencia bacteriana, el enmascaramiento de la enfermedad, la exacerbación de la patología y efectos teratogénicos entre muchos otros, justo estos últimos se convierten en una motivación del grupo de investigadores para realizar este estudio: adicional la reglamentación y los medicamentos de venta libre hace que el acceso a ellos sea facilitado, lo cual genera una mayor frecuencia de estas complicaciones asociadas al consumo de medicamentos sin formula médica.

A nivel nacional, se tiene un gran déficit en políticas de salud pública relacionadas con el control del autoconsumo de medicamentos, es por ello que se hace más fácil acceder a medicamentos según las recomendaciones de amigos, familiares, el técnico farmacéutico, que dirigirse a un centro de salud, o solicitar una consulta con el profesional médico; esta práctica se presenta aún más en las personas que se encuentran en zonas rurales o dispersas, adicional, en la actualidad el temor de muchas personas al contagio de COVID-19 si asisten a centros asistenciales, puede estar siendo una práctica de cuidado asumida por las gestantes, adicional cuando hay bajos ingresos económicos, o no están vinculadas a las EAPB, el riesgo aumenta, porque es allí donde se abre la puerta a soluciones asequibles

pero que terminan generando más problemas de salud que beneficios, es por ello que se hace necesario realizar intervenciones y disminuir estos hábitos de automedicación.

Las acciones de autocuidado de las gestantes, parten de un cúmulo de creencias o tradiciones que creen correctas, aprendidas en la mayoría de los casos, por su núcleo familiar, amigos, o conocidos y llevadas a cabo por convencimiento o presión de carácter social o psicológico, creyendo que son lo mejor para ellas y sus hijos por nacer.

El estudio se realizará con gestantes que residen en el Municipio de Ricaurte-Cundinamarca, que está ubicado en la provincia del alto magdalena, esta región cuenta con una población de alrededor de más de 10.000 personas, es uno de los municipios con menos índice poblacional de la región comparada con regiones, “cercanas como lo son, Girardot, Melgar, El Espinal entre otros, “al tener una población de mujeres que representan el 50,4 % de la población, con un total de 4.572 mujeres, de las cuales 1.940 residen en la cabecera municipal, 1.462 en centro poblado y 1.170 en la zona rural, alrededor de 1500 mujeres se encuentran en edad fértil (cifras obtenida del plan de desarrollo de Ricaurte 2016-2019) para ese periodo se presentaron 108 casos de embarazo según el “informe de gestión vigencia 2017”¹³.

El Municipio cuenta con la ESE Centro de salud de Ricaurte, donde acuden la mayoría de gestantes a consulta prenatal, el Programa de enfermería de la Universidad de Cundinamarca, tiene un convenio docencia servicio que permite que los estudiantes de enfermería realicen sus prácticas de control prenatal, lo que facilita el acceso a la población e información y permitirá aportar a la intervención de las gestantes actuales y futuras en promoción de la salud materna

¹³ VARGAS OLARTE, Lina Katherine, et al. Actualización del Plan Vial Departamental para el sector bajo de la Provincia de Ricaurte. 2018.

perinatal de ese Municipio Cundinamarqués, reduciendo riesgos derivados de la automedicación.

El Ministerio de salud y protección social en el marco de la Política de atención integral en salud (PAIS) y la aplicación del Modelo de atención integral en salud (MIAS) para las mujeres gestantes, busca garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud bajo condiciones de equidad como elementos determinantes para el fortalecimiento de buenas prácticas que redunden en una mejor salud materna¹⁴.

Para ello se contemplan en la ruta integral de atención en salud (RIAS) como sujetos de derechos y a quienes debe garantizarse la atención integral y de calidad, es necesario y es el momento propicio de realizar este estudio teniendo en cuenta que en el periodo de gestación, se producen cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, que sitúan a cada mujer ante una forma de vivir esa etapa y de interactuar con el entorno que le rodea y enfermería como miembro importante del equipo de salud que atiende a las gestantes, puede contribuir con la identificación de riesgos relacionados con la automedicación y corregir prácticas mediante estrategias educativas.

El propósito es lograr la reducción del reingreso de gestantes por complicaciones a centros de salud, asociadas al consumo de medicamentos sin prescripción médica, y la reducción de la morbilidad y mortalidad en el binomio madre e hijo, si las gestantes tienen claridad en la necesidad de consultar al centro de salud ante cualquier signo de alarma, seguramente, el riesgo de complicaciones en la etapa gestacional, será cada vez menor.

Esta investigación traerá beneficios principalmente a las mujeres en estado de gestación, así como a las entidades de salud, entes gubernamentales, porque

¹⁴ Ministerio de salud [En línea] [Fecha de consulta: 25 de noviembre 2020]. Disponible en: www.minsalud.gov.co

controlando prácticas de riesgo en torno a la automedicación y todas sus consecuencias, habrá disminución de costos en tratamientos, estancias hospitalarias, entre otras.

La finalidad de la investigación se centra en conocer si las gestantes tratan las molestias físicas con fármacos sin receta médica, identificar si existe factores condicionantes básicos que favorezcan esa práctica, conocer qué molestias son las que las llevan a auto medicarse y cuáles medicamentos son los que consumen para reducir o controlar las molestias en la gestación. Este conocimiento alimentará la línea de investigación “proceso salud-enfermedad en la persona, familia y comunidad”, enriqueciendo y ampliando el cuerpo de conocimientos de la para la enfermería, para los prestadores de atención a gestantes y para el diseño de una estrategia de promoción de la salud materna a partir de los resultados de esta investigación.

4 MARCOS DE REFERENCIA

4.1 MARCO TEORICO

La enfermería ha sido considerada un producto social asociado al arte de curar, particularmente concedida a las mujeres, responde a la necesidad de servir y ayudar a las personas, cuando estas no poseen la capacidad suficiente para su cuidarse por sí mismas o cuidar a las personas que dependen de ellas; para mantenerse vivos, recuperar la salud luego de alguna enfermedad o apoyar para sobrellevar las secuelas de una enfermedad, buscando continuar el ciclo vital con calidad de vida.

Enfermería parte de valoración integral, para identificar problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan atención y cuidado, para plantear planes de cuidado que progresivamente generen autonomía en la persona cuidada, mediante estrategias educativas que fortalezcan la habilidad de proveerse autocuidado.

TEORÍA DOROTHEA OREM

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, definiéndolo como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Dorothea Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías inmersas y que están relacionadas entre sí, las cuales son¹⁵:

Teoría de autocuidado.

Teoría del déficit autocuidado.

¹⁵ HERNÁNDEZ, Ydalsys Naranjo; PACHECO, José Alejandro Concepción; LARREYNAGA, Miriam Rodríguez. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta médica espirituana*, 2017, vol. 19, no 3.

Teoría de los sistemas de Enfermería.

El autocuidado es una función reguladora humana que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción.

La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los tres fundamentos los cuales permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería.

“Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano. El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma intencionada y continúa, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía”¹⁶.

Esta teoría sugiere que la enfermería es una actividad humana asociada a sistemas de acción creados por enfermeras a través de la realización de actividades profesionales frente a personas con o relacionadas restricciones de salud que presentan problemas de autocuidado o cuidado de dependientes. La enfermería como ciencia se preocupa por ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades básicas cuando no pueden hacerlo por sí mismas porque están enfermas o carecen de los conocimientos, habilidades o motivación necesarios. La inclusión en los programas de estudios de enfermería, teóricos y sus postulados

¹⁶ ROJAS GALLO, Annia, et al. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. *Revista cubana de Enfermería*, 2009, vol. 25, no 3-4, p. 0-0.

ha permitido incrementar el pensamiento científico sobre los problemas del cuidado¹⁷.

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un único objetivo. “Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos”¹⁸:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones del autocuidado que realiza el paciente con una incapacidad o enfermedad crónica. Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado.

Como lo dice Salcedo-Álvarez: “plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las

¹⁷ TAPIA HURTADO, Gabriela Alexandra. *Rol de enfermería basado en la teoría del autocuidado de Dorotea Orem, para prevenir y controlar complicaciones relacionadas a la diabetes de los pacientes que son atendidos en el área de Consulta Externa del Hospital Provincial General de Latacunga período marzo-julio del año 2016*. 2016. Tesis de Licenciatura. Quito: UCE

¹⁸ NARANJO-HERNÁNDEZ, Ydalsys. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 2019, vol. 23, no 6, p. 814-825.

desviaciones en la salud.”¹⁹ Según lo antes expuesto se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para fomentar, conservar y cuidar de su propia salud. Autores como Benavent, Ferrer plantean que la teoría de Dorothea E Orem "Déficit de autocuidado " es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado.

Dorothea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos; Persona: concibe al hombre como un organismo biológico, racional y pensante. Acciones como un todo dinámico, capaz de utilizar ideas, palabras y símbolos para conocerse, pensar, comunicarse y dirigir sus esfuerzos, reflexionar sobre sus propias vivencias y eventos colaterales para realizar el autocuidado dependiente. Salud: la salud es un estado que significa cosas diferentes para una persona en sus diferentes componentes²⁰.

Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona. Aunque no lo define entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo. Así mismo, coincidimos con las definiciones elaboradas por Dorothea E Orem pues la persona debe ser vista holísticamente desde el punto de vista biológico, psicológico y social²¹.

En la presente investigación estarán estrechamente ligados los factores condicionantes básicos, los cuales son factores internos o externos a los

¹⁹PRIETO SÁNCHEZ, Heidy Viviana; PRIETO TOVAR, Angelica; RODRIGUEZ RAMIREZ, Ruddy Alejandra. *Intervenciones de enfermería relacionadas con el autocuidado en la higiene personal aplicando la teoría de dorothea orem en menores de 7 a 10 años de una institución pública del área urbana de la ciudad de girardot durante el año 2018-2019*. 2019. Tesis Doctoral.

²⁰ PRADO SOLAR, Liana Alicia, et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista médica electrónica*, 2014, vol. 36, no 6, p. 835-845.

²¹ PRIETO SÁNCHEZ, Heidy Viviana; PRIETO TOVAR, Angelica; RODRIGUEZ RAMIREZ, Ruddy Alejandra. *Intervenciones de enfermería relacionadas con el autocuidado en la higiene personal aplicando la teoría de dorothea orem en menores de 7 a 10 años de una institución pública del área urbana de la ciudad de girardot durante el año 2018-2019*. 2019.

individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se identifican 10 variables agrupadas dentro de este concepto:

1. edad
2. sexo
3. estado de desarrollo
4. estado de salud
5. orientación sociocultural
6. factores del sistema de cuidados de salud
7. factores del sistema familiar
8. patrón de vida
9. factores ambientales
10. Disponibilidad y adecuación de los recursos

Estos pueden ser seleccionados para los propósitos específicos de cada estudio en particular (en el caso de la presente investigación se tomarán varios de ellos), ya que, de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar²².

Su definición conceptual será abordada en el marco conceptual

²² ESPITIA CRUZ, Luz Carine. Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario la samaritana. *Facultad de Enfermería*, 2011.

4.2 MARCO CONCEPTUAL

Gestación: El embarazo es el período de tiempo entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla en el útero.

La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas.

Control prenatal: se define como el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materno perinatal, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional. En dichos controles se realizarán las intervenciones idóneas para lograr los propósitos anteriormente mencionados, con el fin de garantizar una óptima calidad de vida para el recién nacido y para su entorno familiar, social, y comunitario.

Factores condicionantes básicos: “Estos son factores internos o externos que afectan a las personas en su capacidad para cuidar su propio cuidado y afectan el tipo y la cantidad de cuidado personal requerido, se denominan factores condicionantes básicos. Estos factores se han identificado y trabajado desde 1958 con el que fueron nombrados a principios de la década de 1970 por el Grupo de Enfermería de Conferencias del Desarrollo. La lista original incluía los primeros ocho factores o tipos de factores que se enumeran a continuación”²³. Los dos últimos han sido añadidos posteriormente.

²³ JARAMILLO FORERO, Alexander; MORALES SERRATO, Leidy Isabet; MARTÍNEZ HERRERA, Ángela. *Factores condicionantes básicos de la teoría de dorothea orem a partir de la caracterización socio-demográfica, laboral y ambiental de los trabajadores agrícolas que participan en los sistemas productivos de frutas y hortalizas de la vereda hatu viejo del municipio de arbeláez-region del sumapaz 2014-2016*. 2016. Tesis Doctoral.

En esta investigación, resulta relevante evaluar si los factores sociales, económicos, familiares, la edad, la escolaridad, el estado de salud, la orientación sociocultural, la disponibilidad de recursos, los factores ambientales, el sistema familiar, están relacionados con la toma de decisión de automedicarse cuando se presenta alguna molestia física, porque al revisar la literatura, se encuentra estudios que demuestran que hay una estrecha relación entre el estrato socioeconómico, la dinámica familiar y el cuidado de la mujer en la gestación así como el cuidado que ella provee a su familia, incluyendo la práctica de automedicación.

Los factores condicionantes básicos y su efecto sobre el consumo de medicamentos sin prescripción médica

Los factores condicionantes básicos, son determinantes intrínsecos y extrínsecos de cada ser humano, los cuales influyen directamente en el bienestar y desarrollo de salud de la persona, y aun mas en el estado embarazo, repercutiendo en el binomio madre e hijo, como ya se ha identificado el llamado estado de los factores terapéuticos del autocuidado tiene una influencia en la diada ya sea benéfica o maléfica. Algunos, tales como edad, sexo, y estado de desarrollo, así como los factores físicos del medio ambiente afectan el valor en que un requisito universal o de desarrollo de autocuidado deber ser cumplido.

- Edad: determina el desarrollo de habilidades (agencia de autocuidado), es más común que en etapas jóvenes de la vida se consuma más medicamentos y se tengan más conductas de alto riesgo, es por ello que se tiene la percepción de “invulnerabilidad” y se tiende a descuidar más el estado de salud, mientras que, en edades longevas o mayores, se tiende a evitar estas prácticas o a consultar antes de realizar este tipo de prácticas de alto riesgo.

- Sexo: identificación sexual-niveles hormonales los cuales pueden ser detonantes de consumo de medicamentos, para solventar situaciones ligadas a el desarrollo hormonal que trae consigo la adolescencia, por ello es que la mujer es más

propensa a sufrir estos cambios y aun en mayores niveles durante la gestación, ya que se presenta un desequilibrio en hormonas estimulantes para ayudar a preparar a el cuerpo para la etapa de la gestación y maternidad, esto trae muchos cambios de tipo hormonal, fisiológicos, anatómicos, por lo cual el consumo desmedido de medicamentos se hace casi necesario para ayudar a disminuir estos cambios.

-Estado de desarrollo Cognoscitivo – incluye estados permanentes, ejemplo:

retardo mental, o alteraciones neurocognitivas o del juicio, que conllevan a multiterapia farmacológicas, las cuales se deben ajustar en caso de estar en estado de gestación.

-Estado físico: el consumo de medicamentos como antigluceimiantes, antihipertensivos, estatinas, entre otros son mayores en casos donde el estado físico esta alterado, por lo cual es indispensable un óptimo manejo del mismo, y en caso de padecer de patologías como obesidad y las complicaciones que trae esta las cuales hacen que se requiera medicación, es necesario consultar con los especialistas idóneos, en caso de presentar un embarazo, ya que se pueden producir efectos adversos sobre el feto.

-Estado psicosocial: Uno de los mayores desafíos durante la gestación es el vínculo y optimo desarrollo con el entorno social, el cual repercute directamente sobre el bienestar mental de la gestante, ya que puede desencadenar problemas de tipo emocional y a su vez requerir medicamentos para su manejo, los cuales presentan una fuerte evidencia negativa en el feto, durante las primeras semanas de desarrollo embrio-fetal.

Experiencias relevantes de la vida: Ligado con lo anterior o con experiencias traumáticas, accidentes, patologías, que se hallan presentado, se cree tener la respuesta al tratamiento de dicha condición, sin tener en cuenta que el manejo que se le da a una condición clínica antes y durante el embarazo son totalmente opuestas, ya que al tener una vaga idea de tratamiento se cae en el error de

automedicarse y en los casos más graves, causar daños irreversibles en el binomio madre e hijo.

Patrones de vida: dentro de estos se encuentra

Los patrones o hábitos diarios: sueño, alimento, sociales etc.

Los efectos de estado de salud sobre sus hábitos o patrones

Los roles o papeles de los que viven en el hogar

La ocupación

El estado anterior de salud: problemas crónicos, problemas agudos

Los efectos de los problemas pasados de salud, en la vida

Los cuidados preventivos de salud en el pasado, dieta, ejercicio, etc.

Las experiencias previas con elementos o personas del sistema de cuidados de salud en relación al paciente o a su familia, como ,lo son, los médicos, las enfermeras, las experiencias vividas en los diversos hospitales que ya hallan intervenido en su salud.

Los sentimientos acerca de experiencias anteriores: pérdida de seres queridos o de prioridades y a adaptación a crisis.

Los Factores del sistema familiar: Uno de los factores que más repercute en las acciones de déficit del autocuidado es el sistema familiar, y el lugar que la gestante ocupa en él, ya que generalmente y como se ha demostrado en diversos estudios, un nivel socioeconómico bajo, un nivel de educación bajo son detonantes para que en dicho hogar el papel de la gestante sea el de administradora del hogar, y se limitan sus campos de actuar y su libertad se ve entorpecida o limitada, por ende el salir, a citas médicas, a consultas, de compras, entre muchas otras acciones son restringidas por la persona que labora o tiene estudios superiores, ya que se tiene la vaga idea de que el (generalmente el

hombre) es quien dirige y da las pautas en el hogar, limitando así, el óptimo acceso a los diferentes servicios y necesidades de la gestante.

Salud, estructura familiar y estratificación social

Según un estudio realizado en México por Echarri Carlos en 2004, evidenció que hay una relación entre la estratificación socioeconómica y la salud materno infantil, en ese estudio se muestra como la estructura familiar favorece o no conductas de cuidado, al estar mediada por factores culturales e institucionales, que inciden en los factores biológicos, nutricionales, la exposición a riesgos ambientales y determinan los comportamientos relacionados con los cuidados de la salud, así, derivan en sanidad o enfermedad la condición de las personas. (Figura 1)

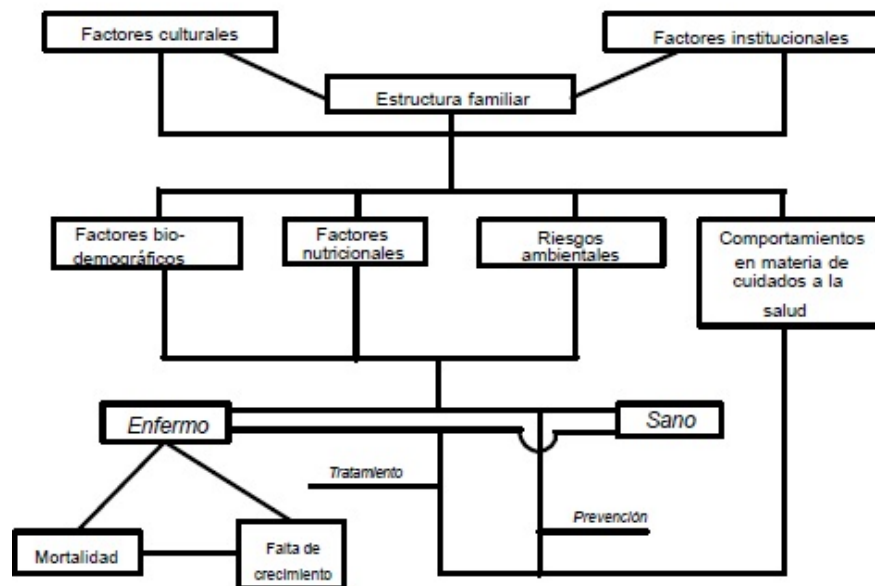


Figura 1. Fuente: ECHARRI CÁNOVAS, Carlos Javier. Estratificación socioeconómica y salud materno infantil en México. *Papeles de población*, 2004, vol. 10, no 39, p. 95-128.

Estratificación socioeconómica y las repercusiones en la gestante

En las gestantes el estrato socioeconómico tiene repercusiones en su condición de salud, la morbilidad y mortalidad, porque el nivel socioeconómico, deriva un lugar o medio de residencia familiar, la composición de la familia y el lugar o

estatus que ocupa la mujer en ella, la ocupación, su nivel de escolaridad y todo ello en conjunto incide en la edad de la mujer para asumir la maternidad, el número de hijos, el periodo intergenésico, su esquema de alimentación, los cuidados que asuma en la gestación y la atención del parto. (Figura 2)

Todos estos aspectos resultan fundamentales a la hora de evaluar el autocuidado en una gestante y para este estudio representa los factores condicionantes para el autocuidado o el déficit de autocuidado con la automedicación

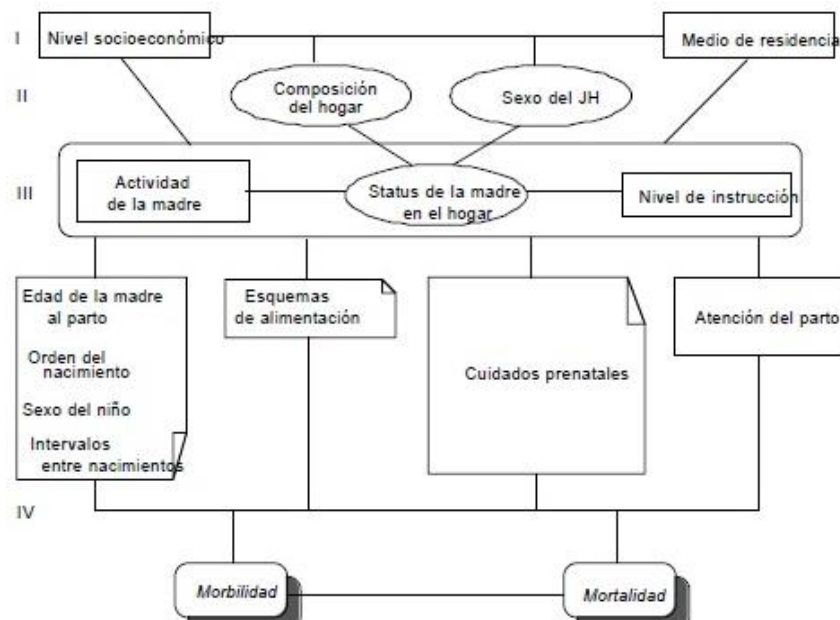


Figura 2. Fuente: ECHARRI CÁNOVAS, Carlos Javier. Estratificación socioeconómica y salud materno infantil en México. *Papeles de población*, 2004, vol. 10, no 39, p. 95-128.

En el primer nivel se incluye un indicador a escala comunitaria, el medio de residencia (rural, urbano o metropolitano), así como el estrato socioeconómico. El segundo (indicado por óvalos) se refiere al hogar, y comprende la composición del hogar y el sexo del jefe. El tercer nivel es el de la madre y su *status* en el hogar; hay que anotar que esta última variable, la composición del hogar y el sexo del jefe, constituyen los indicadores que se retuvieron de la estructura familiar. El cuarto nivel es el de las variables intermedias o determinantes próximos: los factores biodemográficos, los esquemas de alimentación, los comportamientos en

materia de cuidados a la salud y finalmente, el quinto nivel es el de los indicadores de la salud.²⁴.

Este esquema nos enseña la implicación e importancia que tiene cada uno de los factores condicionantes básicos sobre la gestante, mostrando que en caso de presentarse un deterioro o un desequilibrio de los mismos, se vera directamente una repercusión en el binomio, el cual puede presentarse como enfermedad o peor aún, la muerte.

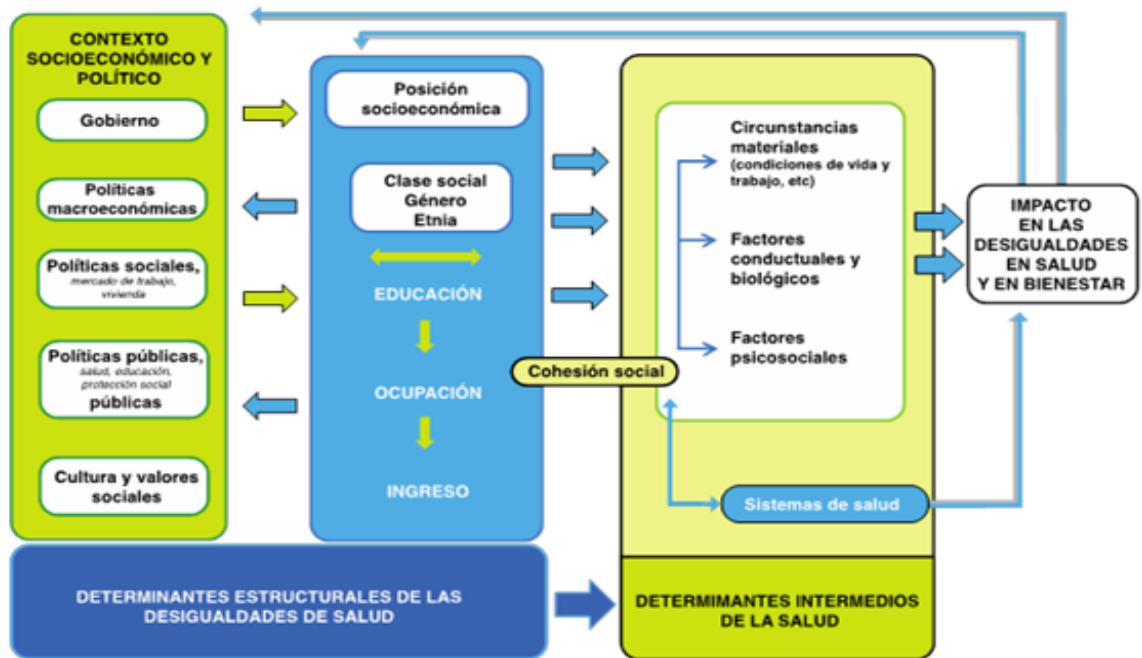
Cada factor influye en la toma de decisiones, en la manera de pensar y actuar de las mujeres en relación a su autocuidado, es por ello que el intervenir en esta población tan susceptible es fundamental una educación propicia y optima durante los controles prenatales por ejemplo, y se ha evidenciado que estas intervenciones que realiza el personal de salud, puede dar un giro en el binomio madre-hijo, y brindar un correcto direccionamiento de como se debe tratar una sintomatología o patología, idóneamente, y así evitar el consumo de medicamentos que representan un alto riesgo en esta población, y lo mas impactante aun, es ver como esas condiciones, determinantes, o factores condicionantes básicos, pueden conllevar a una desigualdad en la atención, manejo, y encaminamiento de una situación particular que acompleje una gestante, como se puede apreciar en el siguiente esquema, se observa que cada factor intrínseco y extrínseco de la persona, puede afectarla directamente y traer así acciones de riesgo y conductas inapropiadas para solventar diversas necesidades.

La salud y sus determinantes

El mantenimiento de la salud está sujeto a factores determinantes que es importante tener en cuenta, en este estudio estos aspectos también son trascendentes porque las mujeres están inmersas en contextos sociales,

²⁴ ECHARRI CÁNOVAS, Carlos Javier. Estratificación socioeconómica y salud materno infantil en México. *Papeles de población*, 2004, vol. 10, no 39, p. 95-128.

culturales, económicos y las políticas de salud y de gobierno las permean de diferente manera de acuerdo a la facilidad de acceso que tengan para los diferentes escenarios de atención social y de salud, en el estudio realizado por De la Guardia Mario y otro investigador sobre la salud y sus determinantes, la promoción de la salud y la educación sanitaria, nos facilita comprender como cada uno de esos factores se convierten en determinantes estructurales de las desigualdades de salud, situación que puede aplicarse en este estudio porque nos permite establecer de acuerdo a la información que se obtenga si estos determinantes también inciden potenciando probablemente los factores condicionantes básicos para que las gestantes realicen acciones de déficit de autocuidado con la automedicación.



Fuente: DE LA GUARDIA GUTIÉRREZ, Mario Alberto; RUVALCABA LEDEZMA, Jesús Carlos. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 2020, vol. 5, no 1, p. 81-90.

Desarrollo embrio-fetal y el efecto de los medicamentos

Son los cambios por los cuales transcurre el ser humano durante cada semana de gestación, teniendo en cuenta que durante cada semana se presenta un cambio único e indispensable para una óptima formación anatómica y fisiológica, cualquier factor ya sea intrínseco o extrínseco por el cual pase el feto durante su desarrollo va a repercutir en su morfofisiología en este caso los medicamentos clasificación D y X pueden producir alteraciones que incluso son incompatibles con la vida, o las malformaciones o daños funcionales que pueden causar, disminuyen notablemente la calidad de vida al fruto de dicha gestación y a su entorno familiar, social, y de salud pública.

En dependencia con los cambios específicos por semanas de desarrollo embrio-fetal resultarán las posibles afectaciones producidas por el agente teratogénico, por lo que se detallan los eventos cronológicos morfológicos y funcionales del desarrollo embrionario y fetal por semanas de gestación:

Semana 3 del desarrollo

Formación del corazón, se inicia el desarrollo del cerebro y de la médula espinal, comienza el desarrollo del tracto gastrointestinal.

Semanas 4 y 5

La formación de tejido se convierte en el tubo neural, además, la laringe se convierte en la mandíbula, el hueso hioides y el cartílago, comienza el desarrollo de la estructura del oído y el ojo, el desarrollo del corazón continúa, el latido del corazón continúa en este período. pulso a ritmo rápido y regular, circulación primitiva de los vasos principales, existen 5 regiones del cerebro y algunos nervios craneales están despejados, brazos y piernas forman la matriz que comienza a aparecer con las yemas de los dedos y los pies.

Semana 6

Comienza el desarrollo de la nariz, continúa el desarrollo del cerebro, la postura es más erguida, se pueden definir las mandíbulas, la tráquea se desarrolla con las 2 matrices que componen los pulmones, se forma el labio superior, se empieza a formar el paladar, hay desarrollo auricular, los brazos y las piernas están alargados, pero los brazos están más desarrollados que las piernas, los dedos de las manos y los pies son visibles, pero aún pueden estar conectados por membranas, la tasa de crecimiento se ralentiza desde la parte terminal de la columna vertebral, el corazón está casi completamente desarrollado, la circulación fetal está más desarrollada.

Semana 7

La cabeza presenta un aspecto más redondeado, los ojos se proyectan hacia la parte anterior del rostro, comienzan a formarse los párpados, el paladar está casi desarrollado, comienza a formarse la lengua, el tracto gastrointestinal se separa del tracto genitourinario, todos los órganos vitales han comenzado, por lo menos, a formarse.

Semana 8

Durante esta etapa, el embrión adquiere una apariencia similar a la humana, el desarrollo de los rasgos faciales continúa, los párpados comienzan a fusionarse, los rasgos externos de las orejas comienzan a tomar su forma definitiva, pero aún localizados en la parte inferior de la cabeza. fuera de Una parte de los genitales comienza a formarse, el canal anal se abre pero la membrana rectal está intacta, la circulación a través del cordón umbilical se desarrolla bien, los huesos largos comienzan a formarse, los músculos pueden contraerse.

Semanas de la 9 a la 12

En este momento el embrión está lo suficiente desarrollado como para denominarse feto y se presentan todos los órganos y estructuras propias de un

recién nacido a término completo. El período de desarrollo fetal es un tiempo de crecimiento y de continuidad del desarrollo de aquellas estructuras que comenzaron a diferenciarse durante el período embrionario.

El feto alcanza una longitud de 8,1 cm (3,2 pulgadas), el tamaño de la cabeza corresponde casi a la mitad del tamaño del feto, ya existe el cuello, la cara está bien formada, los oídos comienzan a mostrar un aspecto completamente desarrollado, los párpados se cierran y no se vuelven a abrir casi hasta la semana 28, aparecen los gérmenes dentarios, las extremidades son largas y delgadas, los dedos están bien formados, el feto puede empuñar sus dedos, el tracto urogenital termina su desarrollo, los genitales parecen bien diferenciados, el hígado comienza a producir glóbulos rojos, los sonidos del corazón se pueden escuchar con aparatos electrónicos.

Semanas de la 13 a la 16

El feto alcanza una longitud de más o menos 15,2 cm (6 pulgadas), en la cabeza se desarrolla un cabello delgado denominado lanugo, la piel es casi transparente, se ha desarrollado más tejido muscular y óseo y los huesos se vuelven más duros, se mueve activamente, hace movimientos de succión, deglute el líquido amniótico, se forma el meconio en el tracto intestinal, se presenta el desarrollo posterior de los pulmones, se desarrollan las glándulas sudoríparas, el hígado y el páncreas comienzan a secretar adecuadamente.

Semana 20

El feto alcanza una longitud de 20,3 cm (8 pulgadas), todo el cuerpo se cubre de lanugo, la piel se vuelve menos transparente a medida que la grasa comienza a depositarse en ella, aparecen los pezones, aparecen las cejas y las pestañas, aparecen las uñas en pies y manos, el feto se muestra más activo y su desarrollo muscular aumenta, comienza usualmente a patear (momento en el cual la madre siente los movimientos fetales), los latidos cardíacos fetales se pueden escuchar con el fetoscopio.

Semana 24

El feto alcanza una longitud de 11,2 pulgadas, pesa más o menos 1 libra 10 onzas, el cabello de la cabeza crece, las cejas y las pestañas están bien formadas, todas las estructuras del ojo están bien desarrolladas, presenta el reflejo de prensión y de sobresalto, la piel de las manos y de los pies es más gruesa, se comienzan a formar las huellas de la piel plantar y palmar, se comienzan a formar los alvéolos pulmonares, todo el cuerpo se cubre de vernix caseoso (una sustancia protectora caseosa secretada por el feto).

Semanas de la 25 a la 28

El feto alcanza una longitud de 15 pulgadas, pesa más o menos 2 libras 11 onzas, se presenta un desarrollo rápido del cerebro, el sistema nervioso está lo suficientemente desarrollado para controlar algunas funciones corporales, los párpados se abren y se cierran, si el feto es varón los testículos comienzan a descender a la bolsa escrotal, el sistema respiratorio aunque inmaduro, se ha desarrollado al punto de permitir el intercambio gaseoso, un bebé que nazca en este período de desarrollo fetal puede sobrevivir, pero la posibilidad de que se presenten complicaciones y la muerte siguen siendo altas.

Semanas de la 29 a la 32

El feto mide entre 15 y 17 pulgadas de largo, pesa alrededor de 4 libras y 6 onzas, la cantidad de grasa corporal aumenta rápidamente, el sistema nervioso central (SNC) que controla las funciones corporales aumenta y el movimiento ocurre rítmicamente. Respiración, pulmones inmaduros, temperatura corporal fetal parcialmente autorregulada, huesos completamente desarrollados, pero aún blandos y flexibles, testículos en el canal inguinal, el feto comienza a almacenar hierro, calcio y fosfato.

Semana 36

El feto alcanza una longitud de más o menos 40,6 a 48,6 cm (16 a 19 pulgadas), pesa más o menos de 5 libras 12 onzas a 6 libras 12 onzas, el lanugo comienza a desaparecer, se presenta un aumento en la grasa corporal, la uñas de las manos llegan hasta las puntas de los dedos, se presenta un aumento en el control del SNC sobre las funciones corporales, un bebé que nazca en este período de desarrollo tiene una alta posibilidad de sobrevivir, pero podría necesitar de algunas intervenciones o cuidados.

Semanas de la 38 a la 40

Un feto a las 38 semanas de desarrollo se considera a término, puede alcanzar de 48,2 a 53,34 cm (19 a 21 pulgadas) de largo, las fibras están ubicadas solo en la parte superior del brazo y el brazo por encima del hombro, las uñas son largas, senos pequeños - matriz Se forma En ambos sexos, el pelo de la cabeza es más grueso y elástico, la madre proporciona al feto anticuerpos que lo protegen de las enfermedades y el feto llena todo el útero²⁵.

La teratogenicidad embrio-fetal inducida por agentes químicos puede ser sospechada ante la presencia de ciertas características fenotípicas comunes, como la deficiencia en el crecimiento pre y posnatal, retardo del crecimiento y desarrollo, alteraciones en la morfogénesis tales como los defectos del tubo neural (DTN), cardiopatías congénitas (CC), defectos esqueléticos y de extremidades, alteraciones funcionales como retraso mental (RM), y patrón dismórfico facial como la hipoplasia medio-facial, aunque algunos medicamentos muestran

²⁵ TABOADA LUGO, Noel, et al. Teratogenicidad embrio-fetal inducida por medicamentos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 2004, vol. 30, no 1, p. 0-0.

"predilección" por algún órgano o sistemas de órganos específico, por tratarse de estructuras embrionarias para las que tienen receptores o especial afinidad²⁶.

En la siguiente tabla se relacionan un grupo de medicamentos con un probado efecto teratogénico embrio-fetal, según un estudio realizado en 2004, indica que estas sustancias son responsables del 2 % de todos los defectos congénitos²⁷.

Tabla 3. Medicamentos con alto riesgo teratogénico en humanos

²⁶ Ibid., p. 129.

²⁷ TABOADA LUGO, Noel, et al. Teratogenicidad embrio-fetal inducida por medicamentos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 2004, vol. 30, no 1, p. 0-0.

Fármacos	Efectos
Vitamina A y congéneres (ácido retinoico, estretinato e isotretinol)	Microcefalia, microftalmía, hidrocefalia, DTN, agenesia del vermis cerebeloso, CC.
Aminopterina y Metrotexato	Defectos esqueléticos y de extremidades, hipoplasia de huesos craneales, dismorfia facial característica, micrognatia.
Hidantoina o Fenitoina	Hipoplasia medio-facial, sinofris, CC, anomalías genitales, labio leporino (LL), RM.
Trimetadiona y Parametadiona	Hipoplasia medio-facial, cejas en V, sinofris, LL, CC, malformaciones urogenitales, RM.
Dietilelbestrol	Malignización testicular en fetos masculinos, virilización de fetos femeninos, quistes testiculares, hipospadias.
Warfarina	Microcefalia, hipoplasia medio- facial, epísis punteadas, hipoplasia de uñas y falanges
Aminoglucósidos	Sordera de percepción.
Andrógenos y progestágenos	Virilización del feto femenino, quistes testiculares, hipospadias.
Litio	CC (anomalía de Ebstein)
Tetraciclina	Hipoplasia de esmalte dental, disminución del índice de crecimiento óseo lineal.
Antitiroideos	Defectos esqueléticos y de extremidades, hipotiroidismo, RM.
Antidepresivos tricíclicos	Defectos reductivos de miembros.
Ansiolíticos	LL y/o paladar hendido (PH), hipotonía, síndrome de abstinencia neonatal.
Danazol	Efecto androgénico sobre el feto femenino.
Barbitúricos	CC, fisura palatina, defectos reductivos de extremidades.
Corticoesteroides	PH, CC, insuficiencia adreno cortical.
Anfetaminas	PH, CC, defecto reductivo de miembros.
Clomifeno	DTN, embarazos múltiples.
Indometacina	Cierre precoz del ductus arterioso, hipertensión pulmonar.
Amiodarona	Bradicardia fetal, disfunción tiroidea.

Fuente: TABOADA LUGO, Noel, et al. Teratogenicidad embrio-fetal inducida por medicamentos. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2004, vol. 30, no 1, p. 0-0.

Tabla 4. Otras drogas con riesgo potencial de producir afectación Embrío-fetal y en recién nacidos

Sulfamidas	Kerníctero
Codeína	Síndrome de abstinencia neonatal, depresión respiratoria.
Cloranfenicol	Síndrome del niño gris (alteraciones de la succión y respiración, vómitos, distensión abdominal y color grisáceo).
Diuréticos tiacídicos	Trombocitopenia.
Dipirona	Agranulocitosis. (evitar su uso en el 1er. y el 3er. trimestre).
Acido acetyl salicílico (ASA)	Cierre precoz ductus arterioso, hemorragia antenatal (evitar su uso en el 3er. trimestre).
Cloroquina	Coriorretinitis, sordera.
Nifedipino	Alteraciones esqueléticas y de extremidades.
Altas dosis de vitamina E	Hidrocefalia, PH.
Opiáceos (elixir paregórico)	Depresión respiratoria.
Fenotiacidas	Hipertonicidad, agitación.
Nitrofurantoina	Predisposición a anemia hemolítica en el 3er. trimestre.
Reserpina	Depresión respiratoria.
Metronidazol	Mutagénico en bacterias y carcinogénico en roedores.
Metildopa	Microcefalia.
Clorpromacina	Alteraciones de los reflejos, efectos extrapiramidales.
Captopril	Microcefalia, hipoplasia de huesos craneales, artrogriposis.
Carbamazepina	CC, alteraciones músculo-esqueléticas.
Aminofilina	Taquicardia, agitación, irritabilidad.
Tiabendazol	Hepatotoxicidad neonatal (evitar su uso en el 3er. trimestre).
Antilipemiantes del grupo de las estatinas)	Tanto el colesterol como otros productos de su biosíntesis son componentes esenciales en el desarrollo embrio-fetal, por consiguiente los inhibidores de la hidroximetilglutaril coenzima A (HMG-CoA) reductasa, están contraindicados en el embarazo.

Fuente: TABOADA LUGO, Noel, et al. Teratogenicidad embrio-fetal inducida por medicamentos. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2004, vol. 30, no 1, p. 0-0.

La automedicación: se trata del consumo de medicamentos sin la fórmula de un médico. Según KREGAR, la automedicación es el uso de medicamentos autodirigido, de venta libre y dirigido por el paciente.

Los medicamentos de venta libre puestos a disposición del público deben ser eficaces y seguros. Los errores de automedicación son comunes en los siguientes medicamentos: analgésicos, antibióticos y antihistamínicos²⁸.

Los antibióticos, siendo de los principales medicamentos que se consumen sin prescripción médica son un grupo de medicamentos que han permitido salvar millones de vidas a nivel mundial, pero con la creciente práctica de la automedicación se ha ido convirtiendo poco a poco en un problema de salud pública, ya que las bacterias han ido modificando su estructura a medida que se ven expuestas a este tipo de medicamentos y han generado resistencia bacteriana, lo que actualmente causa dificultad en el tratamiento de infecciones más graves y deja al personal en salud con limitaciones para ciertos manejos, esto repercute de manera directa en las atenciones a nivel hospitalario que requieren más días de tratamiento y prolongación de estancias hospitalarias, por infecciones que anteriormente no requerían un manejo tan avanzado²⁹, y lo que es peor aún en las mujeres en estado de gestación, se ha observado un gran número de casos de productos con efectos teratogénicos, atribuidos a esta práctica.

Droga: aquí se toma una definición hecha por MORALES, quien lo describe como una mezcla bruta de compuestos, de los cuales por lo menos uno tiene actividad farmacológica, pero se desconoce tanto el tipo como la composición de la mezcla, es decir no se conoce la identidad de otros componentes ni mucho menos su concentración; la marihuana y el bazuco son ejemplos de drogas: en la primera se sabe que el 9 tetrahidrocannabinol y en el segundo la cocaína son los responsables de los efectos adictivos de cada droga. Sin embargo, cada vez que un farmacodependiente consume cualquiera de estos productos, se desconoce la

²⁸ KREGAR, Gabriela; FILINGER, Ester. ¿Qué se entiende por automedicación? *Acta Farm. Bonaerense*, 2005, vol. 24, no 1, p. 130-3.

²⁹GARCÍA ARIAS, Ximena, et al. *Causas y consecuencias de la automedicación de antibióticos en una población adulta del consultorio odontológico en poblado campestre corregimiento de Candelaria-Valle en el primer semestre del 2020*. 2020.

cantidad exacta que ha ingerido de los principios activos, qué otros principios activos han consumido y la dosis de cada uno de ellos³⁰.

Fármaco: es una sustancia con composición química exactamente conocida y que es capaz de producir efectos o cambios sobre una determinada propiedad fisiológica de quien lo consume; un fármaco puede ser exactamente dosificado y sus efectos (tanto benéficos como perjudiciales) perfectamente conocidos, luego de utilizar dicho fármaco en un número de personas lo suficientemente grande. Ejemplos de fármacos son el acetaminofén, el propranolol y el haloperidol³¹.

A continuación, se mencionaran los grupos medicamentosos a los cuales puede estar expuesta una gestante la cual no cuenta con una educación sanitaria optima y puede llegar a consumir, sin antes consultar con un profesional de la salud, y esto puede conllevar a presentar los siguientes riesgos:

Fármacos y su efecto sobre el binomio madre e hijo

SANCHEZ Zamora, en su estudio sobre la prevalencia de antiinflamatorios no esteroides en población materno infantil, cita los fármacos más frecuentemente utilizados y se mencionan las variabilidades que pueden existir para ellos en las mujeres embarazadas y consiguientes efectos en el fruto gestacional y que para esta investigación resultan importantes:

-Aparato digestivo y metabolismo

-Antiácidos. No utilizar bicarbonato sódico, porque puede producir alcalosis metabólica, edema y aumento de peso en la madre. Es preferible utilizar derivados alumínicos y magnésicos sobre los cálcicos.

-Antieméticos. Pertenecen a la categoría B: clorfenamina, ciclina, dexclorfeniramina, dimenhidrato, doxilamina, meclizina y metoclopramida.

³⁰ MORALES CURO, Maria Esperanza. Prevalencia de la dispensación de medicamentos antimicrobianos en farmacias y boticas privadas de Sechura, abril-junio, 2018. 2019.

³¹ GUZMÁN MARTÍNEZ, Michael Amir, et al. Frecuencia de polifarmacia en el paciente adulto mayor con hipertensión arterial en una unidad de medicina familiar. 2019.

Pertencen a la categoría C: difenhidramina y prometazina, y están asociados a hendidura labial y dislocación de cadera.

-Laxantes. Pertencen a la categoría B la metilcelulosa y las sales de magnesio, pero están contraindicadas en pacientes con alteraciones cardiovasculares o renales.

-Sangre y órganos hematopoyéticos

-Antiagregantes. Se puede utilizar ácido acetilsalicílico, con una dosis máxima de 360 mg/día, como tratamiento preventivo del infarto placentario.

-Antianémicos. Se deben de utilizar sales de hierro, sobre todo a partir del segundo trimestre, que es cuando aumentan las necesidades fisiológicas.

-Aparato cardiovascular

-Antihipertensivos. No utilizar fármacos del grupo de los IECA, ya que se consideran de la categoría D. Los diuréticos y los bloqueadores beta tampoco se deben utilizar, pues se consideran en su mayoría de la categoría C.

La gestación y el consumo de medicamentos

Son muchos los factores que influyen en este tipo de comportamientos, destacando factores sociales como la presión de los compañeros o la presión de nuestros propios familiares, brindando una alternativa a la solución de nuestros problemas de salud con base a sus propias vivencias. También afecta el bajo nivel educativo de las personas, especialmente los padres, que ignoran por completo el riesgo que implica esta práctica de automedicación.

Durante la gestación se producen muchos cambios físicos y emocionales, que en cada mujer se manifiestan de manera diferente, esos cambios considerados normales pueden generar molestias en grados diferentes en cada mujer lo que puede llevarlas a buscar alternativas de manejo entre las cuales aparece también la automedicación, por ejemplo para el manejo de las náuseas, del aumento de la

frecuencia para eliminar, el dolor por la distensión de los ligamentos pélvicos, entre otras.

Las infecciones son uno de los problemas más frecuentes durante el embarazo (p. ej., infecciones urinarias) y los antimicrobianos son medicamentos utilizados a menudo en el tratamiento de las infecciones en las mujeres embarazadas. En general, hay escasa información farmacocinética respecto al uso y la dosificación adecuados de los antimicrobianos en las mujeres embarazadas.

A menudo se han utilizado los antimicrobianos en el tratamiento de las gestantes, pero sin ensayos clínicos que hayan evaluado previamente su eficacia y su seguridad en esta población específica. Aunque es poco probable que los antimicrobianos que ya han demostrado ser eficaces en el tratamiento de mujeres no embarazadas no lo sean en las embarazadas, los cambios fisiológicos en el embarazo hacen difícil definir la dosificación óptima de los antimicrobianos en ausencia de datos empíricos³².

La mayoría de antimicrobianos cruzan la barrera hematoplacentaria, pero los datos relacionados con el potencial teratogénico y la toxicidad embrionaria, fetal y neonatal de estos fármacos son limitados.

Los efectos potenciales de los fármacos sobre el desarrollo fetal dependen de varios factores, incluida la edad gestacional, la dosis, la frecuencia de administración, la vía de administración y la eliminación del fármaco. Durante el embarazo, el volumen de sangre de la madre aumenta y el nivel de albúmina sérica de la madre disminuye.

Otra alteración frecuente en la gestación son el aumento o cambio del flujo vaginal, el cual puede ser de diversos colores (amarillo, verdoso, blanco, grisáceo), con una sintomatología como lo es la molestia o ardor en región vaginal, dolor pélvico o prurito, rash cutáneo y mal olor genital, son la sintomatología más

³² VALLANO, Antonio; ARNAU, Josep Maria. Antimicrobianos y embarazo. *Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica*, 2009, vol. 27, no 9, p. 536-542.

común que se puede presentar, y esto es una de las causas más frecuentes de interconsulta ginecológica en las mujeres en edad fértil.

Siendo la causa más común de infección en mujeres en general, en el momento del embarazo y al aumentar la recurrencia de las Infecciones tanto de vías urinarias como vaginales, creen ya tener la solución para tratarlas y no prevén que es un problema que puede repercutir tanto como en ellas como en el fruto de la gestación y presentar complicaciones durante este periodo.

Un estudio realizado en el municipio de los Palmitos- Sucre, encontró que: “durante el embarazo la mayoría de las mujeres consumen medicamentos, algunos estudios señalan que el 97% de las mujeres embarazadas consumen por lo menos un medicamento. En dicho departamento las complicaciones del embarazo, parto y puerperio constituyen las principales causas de muerte de mujeres en edad reproductiva. La razón de mortalidad materna y mortalidad neonatal por 100.000 nacidos vivos, se calculó en el año 2011 en 84 y 5.1 respectivamente”³³.

Según un estudio realizado por TABOADA, existe muchos mecanismos diferentes de lesión embriofetal, como la acción que pueden producir sobre el material hereditario, las alteraciones en el crecimiento tisular, la detección o modificación de la morfogénesis normal y la destrucción celular. Por su parte, la variabilidad de la expresión del potencial teratogénico de un fármaco depende de factores como: la dosis consumida, el trimestre de gestación en el que se administró, la interacción con otros factores ambientales y la susceptibilidad individual de la madre. y feto. Cuanto más inmaduro es el producto de la concepción, más

³³ MÁRQUEZ GÓMEZ, Marco Antonio; GÓMEZ DÍAZ, Graciela María. Vigilancia del uso de medicamentos en el embarazo en el municipio de Los Palmitos, Sucre, Colombia: una contribución para la prevención y reducción de la mortalidad materna y perinatal. *Nova*, 2017, vol. 15, no 28, p. 115-124.

sensible es a los posibles agentes nocivos, como las drogas restringidas o severamente restringidas durante el embarazo.³⁴.

Entre los años 2006 – 2008 la FDA reglamenta la incorporación en los prospectos de medicamentos una clasificación de riesgo narrativa, dividida en tres secciones: «**pregnancy**», «**labor and delivery**,» and «**nursing mothers**», pero manteniendo la categorización de riesgo previamente descrita. En el corriente año la FDA ha emitido un comunicado, que a partir del 30 de junio del 2015, la reglamentación para la información de los riesgos en el embarazo se modificará. La reglamentación final promueve la remoción de las categorías de riesgo del embarazo A, B, C, D y X, y deberá incluir un resumen de los riesgos de uso de medicamentos durante el embarazo y lactancia, discusión de la evidencia que apoya estos datos y la información relevante para que el médico pueda realizar una prescripción racional en esta población³⁵.

En el año 2009 la FDA realizó un estudio «**Mental Models Research Study**» aplicando una entrevista estructurada para valorar las prácticas que se utilizan para tomar decisiones terapéuticas. Los resultados hallados fueron consistentes con los comentarios que ya venía recibiendo la agencia. Por ejemplo, la investigación mostró que las categorías de embarazo fueron invocadas por muchos profesionales de la salud casi a la exclusión de otra información que se encuentra en el prospecto, por ello se observó que esta información es muy poco conocida o usada por profesionales en el área de la salud, lo que conlleva al desconocimiento de las pacientes.

Existen otras clasificaciones de riesgo del uso de medicamentos durante el embarazo, que han tratado de corregir algunas limitantes de la clasificación de la

³⁴ TABOADA LUGO, Noel, et al. Teratogenicidad embrio-fetal inducida por medicamentos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 2004, vol. 30, no 1, p. 0-0.

³⁵ VIROGA, Stephanie. Riesgo del uso de los medicamentos en el embarazo y lactancia: remoción de la clasificación de riesgo de la FDA. *Boletín Farmacológico*, 2015, vol. 6, nro 2, 2015.

FDA, como la clasificación australiana, pero de menor impacto mundial y siendo también confudentes a la hora de su aplicación³⁶.

Tabla 1. Riesgo por la toma de medicamentos durante el embarazo

Tabla 1. Riesgos por la toma de medicamentos durante el embarazo

Etapa del embarazo	Potencial repercusión
Periodo de implantación (2 semanas iniciales o 4 semanas desde la FUR)	<ul style="list-style-type: none"> • El feto no es susceptible aún de efecto teratogénico • Periodo extremo: no sucede nada o hay muerte fetal y posterior aborto
Periodo de organogénesis (Entre la semana 2 y 10 desde la implantación o la semana 4 y 12 desde la FUR)	<ul style="list-style-type: none"> • Periodo de mayor riesgo • Riesgo de anomalías estructurales incompatibles con el desarrollo fetal o la vida al nacimiento
Periodo de desarrollo (Posterior a la semana 10 desde la implantación o la semana 12 desde la FUR)	<ul style="list-style-type: none"> • Menor riesgo que en fases anteriores • Riesgo de alteraciones en el crecimiento y desarrollo funcional del feto o alteraciones morfológicas

FUR: fecha de la última regla.

Fuente: VIROGA, Stephanie. Riesgo del uso de los medicamentos en el embarazo y lactancia: remoción de la clasificación de riesgo de la FDA. *Boletín Farmacológico*, 2015, vol. 6, nro 2, 2015.

Tabla 2. Clasificación del riesgo de medicamentos en el embarazo según la Food and Drug Administration durante el

³⁶ VIROGA, Stephanie. Riesgo del uso de los medicamentos en el embarazo y lactancia: remoción de la clasificación de riesgo de la FDA. *Boletín Farmacológico*, 2015, vol. 6, nro 2, 2015.

embarazo.

Tabla 2. Clasificación del riesgo de medicamentos en el embarazo según la Food and Drug Administration durante el embarazo

Categoría	Seguridad	Descripción
A	Estudios controlados no han demostrado riesgo Riesgo remoto de daño fetal Se acepta su uso durante el embarazo	Estudios en embarazadas que no han evidenciado riesgo para el feto durante el primer trimestre de gestación ni existen evidencias durante el resto del embarazo
B	No hay descritos riesgos en humanos Se acepta su uso durante el embarazo	Estudios en animales que no han mostrado riesgo pero tampoco existen estudios en embarazadas, o estudios en animales que detectan efectos adversos pero no han sido confirmados en embarazadas
C	No puede descartarse riesgo fetal Se debe realizar valorando beneficio-riesgo.	Estudios en animales que han demostrado efectos adversos pero no existe ninguno en embarazadas, o no se dispone de estudios ni en embarazadas ni en animales
D	Existen indicios de riesgo fetal Se usa únicamente en casos de no existir alternativas	Estudios en embarazadas que han mostrado riesgo de efectos adversos, pero existen ocasiones en las que los beneficios pueden superar estos riesgos
X	Contraindicados en el embarazo	Estudios en embarazadas y en animales que han evidenciado riesgos potenciales superiores claramente a los posibles beneficios

Fuente: Food and Drug Administration. Pregnancy categories for prescription drugs. Food and Drugs Administration Bulletin. September, 1979.

Fuente: VIROGA, Stephanie. Riesgo del uso de los medicamentos en el embarazo y lactancia: remoción de la clasificación de riesgo de la FDA. *Boletín Farmacológico*, 2015, vol. 6, nro 2, 2015.

4.3 MARCO LEGAL

El marco legal en esta investigación garantiza que las recopilaciones cumplan con normas legales y tengan la validez científica necesaria, en donde los temas a tratar tengan una sustentación evidente, ya que el abordaje de las gestantes adolescentes permite determinar cuáles son las prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer y poder identificarlas desde un enfoque transcultural.

Teniendo en cuenta la **ley 911 de 2004** “Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia”²⁴, damos cumplimiento al principio de consentimiento informado voluntario como parte fundamental de la investigación.

Por otra parte, la **ley 1098 de 2006**, por el cual se expide el código de infancia y adolescencia en Colombia. En su **artículo 3**, menciona “Para todos los efectos de esta ley son sujetos titulares de derechos todas las personas menores de 18 años. Sin perjuicio de lo establecido en el **artículo 34 del Código Civil**, se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años”²⁵.

Así mismo, la **Ruta integral de atención en salud materno perinatal (RIAMP)**²⁶, esta ruta es aplicada con el objetivo de poder garantizar el acceso universal a las

²⁴ MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. “Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”.

²⁵ CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1098 de 2006. “por el cual se expide el código de infancia y adolescencia en Colombia”

²⁶ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 3280 de 2018. “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno perinatal y se establecen las directrices para su operación”

intervenciones en salud que contribuyen al mejoramiento de la calidad y la prestación de los servicios para el binomio madre-hijo.

De igual forma, se adopta la **Ley Estatutaria 1581 de 2012**²⁷, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales en su Artículo 4. menciona los principios a tener en cuenta para el tratamiento de datos personales y la aplicación de esta ley, los cuales son: principio de legalidad en materia de tratamiento de datos, principio de finalidad, de libertad, veracidad o calidad, de transparencia, principio de acceso y circulación restringida, de seguridad y de confidencialidad, con el fin que todas las personas que participen en un proyecto de investigación tengan la seguridad y confianza de que la información obtenida estará segura y acobijada por esta ley evitando futuros plagios de información en investigaciones futuras.

Un enfoque holístico de la mujer, que tenga en cuenta los derechos, el género, las diferencias y los enfoques de vida antes, durante y después del parto como un elemento estratégico de prevención y atención integral de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos, significa reconocer la salud materna no solo como ausentismo. durante el embarazo, el parto y el posparto, pero también que la gestante pueda gozar del más alto bienestar físico, mental y social, vivir y afrontar con dignidad su maternidad para que este momento de su ciclo vital le permita separarse de un ciclo biológico. o punto de vista médico, y abordado desde un punto de vista social, con todos sus determinantes en el marco de los derechos.

En Colombia, una gran cantidad de mujeres embarazadas muere cada año, con un promedio de 40 embarazos cercanos a la muerte por día, a menudo por causas

²⁷ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley Estatutaria 1581 de 2012.

evitables relacionadas con la hipertensión arterial, hemorragias o infecciones relacionadas con el embarazo.

Nuestro país ha venido haciendo importantes esfuerzos dirigidos al mejoramiento de la calidad, oportunidad y gestión en los servicios de salud, la generación de alianzas y sinergias entre sectores y actores competentes e interesados, la promoción, formación y fortalecimiento de organizaciones y redes de movilización social y la gestión de la comunicación y del conocimiento, impactando en la reducción de brechas de equidad y el fortalecimiento de competencias en el talento humano en salud.

Estos aspectos en su conjunto permiten actuar de manera más consistente y oportuna a través de las acciones de promoción, prevención y gestión del riesgo de las gestantes procurando la mejora en general de la salud materna y en específico de los indicadores de **mortalidad materna** y **morbilidad materna extrema**. En el marco de la Política de atención integral en salud (PAIS) y la aplicación del Modelo de atención integral en salud (MIAS) para las mujeres gestantes, se busca garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud bajo condiciones de equidad como elementos determinantes para el fortalecimiento de buenas prácticas que redunden en una mejor salud materna.

Las gestantes en el control prenatal se les brindara un una “lista de chequeo” o exámenes y valoraciones que se realizar cada trimestre del embarazo, para detectar anomalías que puedan presentan el binomio madre-hijo o para prevenir complicaciones en la salud de ambos, por ello es indispensable realizar los controles prenatales según lo determina la ley y brindar una así una atención de calidad, a continuación encontraremos las actividades, exámenes y procedimientos que establece la ley para una atención con equidad y de calidad.

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las normas básicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, las Instituciones de salud que prestan este servicio, deberán contar con la capacidad resolutoria y el equipo de salud capacitado para brindar atención humanizada y de calidad, que garantice una gestación normal y una madre y su hijo o hija sanos.

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN DE LAS GESTANTES EN EL CONTROL PRENATAL³⁷.

Para el desarrollo oportuno de este proceso, es necesario implementar mecanismos que aseguren la detección y captura precoz de la gestante luego del final del primer período menstrual y antes de la semana 14 de gestación para la intervención oportuna y el control de los factores en forma de factor de riesgo, Este proceso implica:

- Ordenar prueba de embarazo si éste no es evidente.
- Promover la presencia del compañero o algún familiar, en el control prenatal
- Un enfoque holístico de la mujer, que tenga en cuenta los derechos, el género, las diferencias y los enfoques de vida antes, durante y después del parto como un elemento estratégico de prevención y atención integral de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos, significa reconocer la salud materna no solo como ausentismo. Durante el embarazo, el parto y el posparto, pero también que la gestante pueda gozar del más alto bienestar físico, mental y social, vivir y afrontar con dignidad su maternidad para que este momento de su ciclo vital le permita separarse de un ciclo biológico. o punto de vista médico, y abordado desde un punto de vista social, con todos sus determinantes en el marco de los derechos.

³⁷ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3280 de 2018. “por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MÉDICINA GENERAL

Durante la primera consulta prenatal, se debe intentar evaluar el estado de salud y los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales asociados con el embarazo y determinar un plan de control. Elaborar historia clínica e identificar factores de riesgo:

- Identificación: Nombre, documento de identidad, edad, raza, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, régimen de afiliación, procedencia (urbano, rural), dirección y teléfono³⁸.

- Anamnesis: - Antecedentes personales: Patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxico-alérgicos, (medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros). Enfermedades, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación actual.

- Antecedentes obstétricos:

Gestaciones: intervalos intergenésicos, total de embarazos, abortos, placenta previa, ectópicos, molas, ruptura prematura de membranas, abrupcio, polidraminios, oligoamnios, retardo en el crecimiento intrauterino.

Partos: Número de partos, si han sido únicos o múltiples, fecha del último, prematuro a término o prolongado, por vía vaginal o por cesárea, retención placentaria, infecciones en el postparto, hijos con malformaciones congénitas, número de nacidos vivos o muertos, muertes perinatales y causas y peso al nacer.

- Antecedentes ginecológicos: Edad de la menarquia, fecha de las dos últimas menstruaciones, patrón de ciclos menstruales, antecedente o presencia de flujos

³⁸ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3280 de 2018. "por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación"

vaginales, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuando, enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA, historia y tratamientos de infertilidad³⁹.

- Antecedentes familiares: Hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras.

- Gestación actual: Edad gestacional probable (fecha de la última regla, altura uterina y/o ecografía obstétrica), presencia o ausencia de movimiento fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cervicovaginal, cefaleas persistentes, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, epigastralgia y otros.

- Valoración de condiciones psico-sociales: Tensión emocional, signos y síntomas neurovegetativos, humor, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado y o programado - Otros motivos de consulta: Inicio y evolución de la sintomatología, exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual.

Historia y tratamiento de la infertilidad, Ministerio de Salud - Administración General de Promoción de la Industria Normas técnicas para el diagnóstico temprano de cambios en el embarazo

- Antecedentes familiares: Hipertensión arterial crónica, cardiopatías, preeclampsia, eclampsia, diabetes, autoinmunes, metabólicas, infecciosas, epilepsia, trastornos mentales, congénitas, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras.

- Embarazo actual: edad gestacional probable (fecha del último período menstrual, elevación uterina y / o ecografía intraparto), con o sin movimiento fetal, síntomas de una infección del tracto urinario, dolor de cabeza persistente, tracto urinario o

³⁹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL .Decreto 2174 por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del SGSSS. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo 1994.

cervical, edema de la cara o extremidades Superior y dolor epigástrico progresivo inferior y otros.

- Valoración de condiciones psico-sociales: Tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado y o programado - Otros motivos de consulta: Inicio y evolución de la sintomatología, exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual⁴⁰.

Examen físico

- Tomar medidas antropométricas: talla, peso, altura uterina y valorar estado nutricional. Durante cada consulta deben corroborarse los datos de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional, con las tablas correspondientes
- Tomar signos vitales: Pulso, respiración, temperatura y tensión arterial. La toma de la tensión arterial debe hacerse con la gestante sentada, en el brazo derecho, después de 1 minuto de reposo
- Realizar examen físico completo por sistemas: Debe hacerse céfalo caudal incluida la cavidad bucal
- Valoración ginecológica: Realizar examen de senos y genitales que incluye valoración del cuello, toma de citología, comprobar la existencia del embarazo, tamaño y posición uterina y anexos, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.
- Valoración obstétrica: Determinar altura uterina, situación y presentación fetal, número de fetos, fetocardia y movimientos fetales.

Solicitud de exámenes paraclínicos:

⁴⁰ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 2174 por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del SGSSS. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo 1994.

- Hemograma completo que incluya: Hemoglobina, hematocrito, leucograma y velocidad de sedimentación.
- Hemoclasificación
- Serología (Serología prueba no treponémica VDRL en suero o LCR)
- Uroanálisis (uroanálisis con sedimento y densidad urinaria.
- Pruebas para detección de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos (glicemia en ayunas, glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina) para detectar diabetes pregestacional; en pacientes de alto riesgo para diabetes mellitus, prueba de tolerancia oral a la glucosa desde la primera consulta (Glucosa, curva de tolerancia cinco muestras)⁴¹.
- Ecografía obstétrica: Una ecografía en el primer trimestre. (Ecografía Pélvica Obstétrica con evaluación de la circulación placentaria y fetal)
- Ofrecer consejería (Consulta de Primera Vez por citología) y prueba Elisa para VIH (VIH 1 y 2 anticuerpos) y HbsAg (Serología para hepatitis B antígeno de Superficie) • Frotis de flujo vaginal en caso de leucorrea o riesgo de parto prematuro (Coloración de Gram y lectura para cualquier muestra)
- Citología cervical de acuerdo con los parámetros de la norma de detección del cáncer de cuello uterino (Citología cervicouterina) Administración de Toxoide tetánico y diftérico La aplicación de estos biológicos, debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y los antecedentes de vacunación de la gestante.

Ministerio de Salud - Administración General de Industria y Promoción Comercial
 Normas Técnicas para el Diagnóstico Temprano del Embarazo Fórmula de Suplemento de Micronutrientes Cambiado El suplemento de sulfato ferroso debe

⁴¹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3280 de 2018. "por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación"

prepararse con una dosis de 60 mg de hierro elemental / día y un miligramo de ácido fólico al día. Días durante el embarazo y hasta el sexto mes de lactancia. Además, se debe tomar calcio durante el embarazo, hasta completar la ingesta diaria mínima de 1200-1500 mg. Educación individual de la madre, pareja y familia. Los siguientes aspectos son relevantes como complemento a las actividades anteriores:

- Fomento de factores protectores para la salud de la gestante y de su hijo tales como medidas higiénicas, sexualidad, dieta, vestuario, sueño, ejercicio y hábitos adecuados, control prenatal, apoyo afectivo, vacunación y la atención institucional del parto.
- Importancia de la estimulación del feto
- Preparación para la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años.
- Fortalecimiento de los vínculos afectivos, la autoestima y el autocuidado como factores protectores.
- Prevención de la automedicación y del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación.
- Orientación sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como edema, vértigos, dolor epigástrico, cefalea, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina, sangrado genital y ausencia de movimientos fetales según la edad gestacional.

Se requiere una visita dental general para evaluar el estado del sistema de la mandíbula, verificar los factores de riesgo de enfermedad de las encías y caries, así como promover una práctica adecuada de higiene bucal, se recomienda un examen dental. La odontología se encuentra en sus primeras etapas del embarazo.

En el carné materno, se deben registrar los hallazgos clínicos, la fecha probable del parto, los resultados de los exámenes paraclínicos, las curvas de peso materno, altura uterina y tensión arterial media y las fechas de las citas de control.

El equipo médico debe intervenir y controlar los riesgos biológicos, nutricionales y psicosociales a los que se enfrenta. En el caso de riesgos relacionados con el manejo de otro nivel de complejidad, en el formulario de derivación, todos los datos patológicos, los hallazgos de laboratorio y el motivo de la derivación deben incluirse en el formulario de derivación.

CONSULTAS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL

Las visitas de seguimiento del médico o la enfermera deben realizarse mensualmente hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto. Proveedor de atención prenatal (consulta o plan de salud pública) Un médico debe brindar atención prenatal a las mujeres embarazadas que tienen características y condiciones de embarazo de alto riesgo. Las dos últimas visitas prenatales por parte del médico deben realizarse cada dos semanas, indicando a la gestante y su familia el lugar de parto y lugar de atención del recién nacido y cumplimentando el formulario de referencia. Los chequeos prenatales y de salud incluyen:

- Anamnesis. Indagar sobre el cumplimiento de las recomendaciones y la aplicación de los tratamientos prescritos.
- Examen físico completo Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo
- Análisis de los resultados de las pruebas de laboratorio: este procedimiento debe permitir la verificación de los hallazgos de laboratorio y, en caso de anomalías, realizar pruebas adicionales o prescribir el tratamiento necesario, las necesidades. Para el caso específico de VDRL, cuando es negativo y no hay condiciones de riesgo obvias, la prueba debe repetirse en el momento del nacimiento. Si existen condiciones de alto riesgo de enfermedades de transmisión sexual, repita la

serología en el tercer trimestre. Si es seropositivo, se debe confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento de la pareja de acuerdo con las pautas de las Pautas para el cuidado de la sífilis. Si el análisis de orina parcial es normal, repetir cada tres meses, pero si es patológico, solicitar urocultivo y los antibióticos necesarios.

- Solicitud de exámenes paraclínicos. Durante el segundo trimestre los exámenes paraclínicos requeridos son los siguientes: Uroanálisis, Prueba para detección de diabetes gestacional, ecografía obstétrica entre las semanas 19 a 24. En el tercer trimestre, las pruebas requeridas son el uroanálisis y la serología según el riesgo.
- Análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino y presión arterial media
- Formulación de micronutrientes de acuerdo con lo descrito en el punto.
- Información y educación sobre la importancia del apoyo hospitalario, sobre condiciones específicas y sobre señales de alerta que requieren consulta inmediata como: sangrado genital, rotura prematura de membranas, edema, mareos, dolor de cabeza, dolor epigástrico, alteraciones en la visión y audición, cambios en la orina.
- Remisión a curso de preparación para el parto.
- Información, educación y asesoramiento sobre planificación familiar. Solicitar a la gestante que firme el consentimiento informado si se elige un método permanente después del parto. Ministerio de Salud - Administración General de Prevención y Control Normas técnicas para el diagnóstico precoz de cambios en el embarazo
- Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y con alimentación complementaria hasta los dos (2) años.
- Diligenciar y entregar el carné y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico. En el último control se debe dar instrucciones a la

madre para que presente su carné materno en la institución donde se le atenderá el parto.

Control prenatal por enfermera (Consulta de Control o Seguimiento de Programa por Enfermería) Es el conjunto de actividades realizadas por la Enfermera profesional a aquellas gestantes clasificadas por el médico en la primera consulta como de bajo riesgo, para hacer seguimiento al normal desarrollo de la gestación y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento⁴².

Tabla 5. Exámenes de control prenatal

Tiempo	Exámenes solicitados
Primer control	Hemograma (hematocrito y hemoglobina) Orina completa y urocultivo Grupo sanguíneo, Rh y Coombs indirecto Glicemia de ayunas Ultrasonido por indicación VDRL / RPR y VIH Citología cervical Examen de Chagas según norma endémica
10-15 semanas	Ultrasonido 11-14 semanas (evaluación de riesgo de aneuploidías)
20-24 semanas	Ultrasonido de anatomía y marcadores de aneuploidías Doppler de arterias uterinas Evaluación de cérvix según disponibilidad VDRL/RPR
26-28 semanas	Glicemia postprandial (tamizaje de diabetes gestacional) Coombs indirecto en Rh (-) no sensibilizada Administración de inmunoglobulina anti-Rho según disponibilidad
32-34 semanas	VDRL / RPR
32-38 semanas	Ultrasonido Repetir hematocrito y hemoglobina
35-37 semanas	Cultivo perianal de estreptococo grupo B*

Fuente: Resolución 3280 del 2018 1

4.4 MARCO ETICO

⁴² MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3280 de 2018. “por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”

Consideraciones Éticas

Para la presente investigación se revisa la normatividad internacional y nacional siguiendo los principios éticos que allí se establecen. **Código de Núremberg**, 1947: Expone que las pruebas realizadas en seres humanos deben conservar ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales: El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial²⁸.

Resolución 8430 de 1993, dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social “por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”²⁹, en el Título II de la investigación en seres humanos, Capítulo 1 de los aspectos éticos, se tiene en cuenta lo plasmado en el Artículo 5. en donde prevalece el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. Así mismo, dando cumplimiento al **Artículo 8.** de la presente resolución esta investigación mantendrá protegida la privacidad del individuo sujeto de investigación identificándolo solo cuando los resultados lo requieran. En lo que refiere el **Artículo 11.** Esta investigación es clasificada como investigación sin riesgo ya que no se realizan modificaciones intencionadas de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales del individuo sujeto de investigación.

LEY 266 DE 1996³⁰; Reglamenta la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos.

²⁸ MAINETTI, J. Código de Núremberg. Tribunal Internacional de Núremberg, 1947. Ética médica. La Plata, Argentina: Editorial Quirón, 1989

²⁹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 8430 de 1993. “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”.

³⁰ MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. Resolución 266 de 1996. Reglamenta la práctica profesional de enfermería.

Son principios específicos de la práctica de enfermería los siguientes: 1. Integralidad. 2. Individualidad. 3. Dialogicidad. 4. Calidad. 5. Continuidad.

ARTÍCULO 17. LAS COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA. Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas.

ARTÍCULO 20. LOS DEBERES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. 3. Orientar su actuación conforme a lo establecido en la presente Ley y de acuerdo con los principios del Código de Ética de Enfermería que se adopte en Colombia, o en su defecto por los principios del Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermería, CIE.

Ley 911 de 2004, "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones"³¹. **EI ARTÍCULO 6o.** describe que el profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia, o a los grupos.

³¹ MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

4.5 MARCO GEOGRAFICO

ARTICULO 3.- LÍMITES GENERALES DEL TERRITORIO DE RICAURTE

1. Ricaurte - Girardot 6 de noviembre de 1940. “ Partiendo de la desembocadura del río Bogotá en el Magdalena, donde se cruzan los territorios de las ciudades autónomas de Ricaurte y Girardot en Cundinamarca y los territorios de la provincia del Tolima, desde este punto aguas arriba de Bogotá hasta encontrar un puente de hierro y en el mismo río una carretera conecta Girardot con Bogotá, puente conocido como el Salsipuedes y desde allí se colocará un hito a lo largo del río Bogotá, aguas arriba hasta su encuentro con la prolongación, siguiendo una línea recta de la línea divisoria entre las fincas Pubenza propiedad de D. Octavio Perdomo, en Girardot, y La Virginia, propiedad de D. Liborio Cuéllar Durán, en Tocaima, donde confluyen los territorios de las ciudades autónomas de Girardot,

2. RICAURTE – TOCAIMA - NILO Sus límites geodésicos dados por el Instituto Agustín Codazzi, Tocaima y Nilo fueron legalizados por Decreto Departamental 441 de 15 de mayo de 1950, ratificado por Decreto Nacional 1510 de 9 de Julio de 1951.

3. RICAURTE - AGUA DE DIOS Con el municipio de Agua de Dios, los límites generales fueron fijados por ordenanza 78 de 1963, que lo creó y aclarada por la ordenanza número 36 de 1969, segregándole a Ricaurte parte de su territorio.

4. RICAURTE MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA Por el costado Sur y Suroriente, el límite está determinado por la malla hídrica del río Magdalena y Sumapaz, que bordean a los municipios de Melgar, Carmen de Apícala, Suarez y Flandes en el departamento del Tolima.

ARTICULO 4.- LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DE LARGO Y MEDIANO PLAZO PARA LA OCUPACIÓN Y APROVECHAMIENTO TERRITORIO SON:

1. Mejorar los niveles de ingreso con equidad para la población urbana y rural.

2. Generar una cultura de servicios dirigida a fortalecer el municipio como “Polo de Desarrollo Agro Eco - Turístico”.
3. Ampliar la oferta de infraestructura básica en vías, servicios públicos y servicios turísticos del municipio.
4. Ampliar la oferta ambiental en varias direcciones; primero, recuperación de la cuenca de río Magdalena como eje atractivo turístico; segundo, en el terreno regional la recuperación de la cuenca del río Bogotá; tercero realizar un plan para manejar las cuencas de los ríos Paguey y Sumapaz y cuarto, realizar un Plan Parcial de recuperación del Humedal el Yulo el cual es el último en la cuenca baja del río Bogotá. Se busca así adecuar la oferta ambiental hacia la construcción del Polo de Desarrollo Agro Eco - Turístico del Alto Magdalena.
5. Desarrollar un proceso de recuperación y ampliación de la malla ambiental urbana y rural.
6. Identificar y declarar las zonas de protección, reserva ambiental y patrimonio histórico en la parte rural y urbana.
7. Promover los procesos de participación comunitaria, ciudadana como eje central del desarrollo del EOT.
8. Realizar una clasificación del suelo bajo parámetros de racionalidad técnica, social, ambiental, económica y cultural, de tal forma que se permita su mejor uso.
9. Crear unas condiciones tributarias, de infraestructura básica, administrativas, ambientales y reglamentarias claras, que permitan el desarrollo de las áreas de recreación y de segunda vivienda tanto en la zona rural como en la urbana.
10. Utilizar las ventajas comparativas naturales: el clima, el paisaje, el agua y la tranquilidad; impulsando procesos de desarrollo económico y social con base en la dinámica turística local y regional.

11. Impulsar procesos de desarrollo económico local y regional de tipo artesanal utilizando las ventajas comparativas existentes de materia prima y mano de obra local y regional.
12. Promover la creación del distrito turístico del Alto Magdalena.
13. Promover la creación del área metropolitana con los municipios de Girardot y Flandes.
14. Estructurar un sistema de espacio en general para la atención de todo tipo de población, siendo un servicio integral en el orden urbano, rural y disperso.
15. Disminuir el déficit cualitativo y cuantitativo de vivienda de interés social urbana y rural. Dotando de vivienda digna a todas las familias que a la fecha no cuentan con vivienda alguna o las condiciones físicas de la vivienda que habitan sean subnormales, bien sean del sector rural o el urbano.
16. Reubicar en un sitio y una vivienda adecuada la totalidad de las familias que a la fecha se encuentran ubicadas en zonas de riesgo por inundación, deslizamiento, derrumbe u otro, bien sean del sector urbano o el rural.
17. Impulsar, crear y exigir, el uso de tecnologías alternativas, para las diferentes acciones que se desarrollen en la zona rural y urbana, como eje del desarrollo local, de tal manera que se disminuyan impactos ambientales y los costos económicos y sociales.
18. Establecer las demandas de equipamientos rurales y urbanos necesarias para el buen funcionamiento del municipio.
19. Apoyar los procesos de organización social y económica de los trabajadores de las áreas de material de arrastre y de producción de material de recebo⁴³.

⁴³ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DANE [EN LINEA] [Fecha de consulta: 25 de noviembre del 2020] disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/censo2005/perfiles/cundinamarca/ricaurte.pdf>

4.6 MARCO INSTITUCIONAL

E.S.E Centro de Salud Ricaurte-Cundinamarca

MISIÓN

Somos una empresa Social del Estado, que contribuimos al bienestar y la calidad de vida de nuestros clientes, a través de la prestación de servicios de salud de primer Nivel, con sentido humano, enfoque integral, calidad, ética, con personas idóneas y comprometidas haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en pro de la satisfacción de la comunidad mediante la atención humanizada y el mejoramiento continuo.

VISIÓN

Ser la mejor institución prestadora del servicio de salud con calidad, como modelo de gestión y desarrollo administrativo; líder en la promoción de salud y la prevención de la enfermedad al año 2020; a través de innovaciones con alto nivel de excelencia y calidad, en el ámbito Municipal y Regional.

PRINCIPIOS CORPORATIVOS

El desempeño de nuestra empresa se regirá por los siguientes principios corporativos:

LA CALIDAD: Esta se encuentra relacionada con la atención efectiva, oportuna, humanizada y continua, de acuerdo con los patrones aceptados sobre procedimientos Científico – Técnicos y administrativos y mediante la utilización de

tecnologías apropiadas, de acuerdo con las especificaciones de cada servicio y las normas vigentes sobre la materia.

LA EFICIENCIA: definida como la mejor utilización de los recursos humanos, tecnológicos, materiales y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población usuaria.

LA EQUIDAD: La cual se entiende como la atención a los usuarios en la medida que lo determinen sus necesidades particulares de salud, las disposiciones que rigen la seguridad en salud y los recursos institucionales, sin que medien otros criterios que condicionen la atención o discriminen la población.

EL COMPROMISO SOCIAL: Entendido como la firme disposición de una empresa de contribuir al desarrollo integral de la población, poniendo todo lo que este al alcance para responder a las necesidades sociales afines con su razón de ser, (decreto 1876/1994, artículo 3).

OBJETIVOS CORPORATIVOS

-En el marco de la misión institucional de la empresa, nos prometemos como objetivos corporativos:

-Aumentar la cobertura con prestación de servicios de salud a las personas y transitoriamente al ambiente, priorizando nuestra atención en los grupos humanos más necesitados.

-Disminuir la morbilidad y la mortalidad evitable entre los grupos humanos de nuestra área de influencia.

-Modernizar la gestión de nuestra empresa en las áreas administrativa, financiera y tecnológica.

-Propender por el desarrollo continuo y permanente de nuestra empresa, especialmente de nuestro talento humano.

ESTRUCTURA ORGANICA

La estructura orgánica básica funcional del Centro de Salud de Ricaurte - Cundinamarca, como Empresa Social del Estado, está constituida por las siguientes tres áreas:

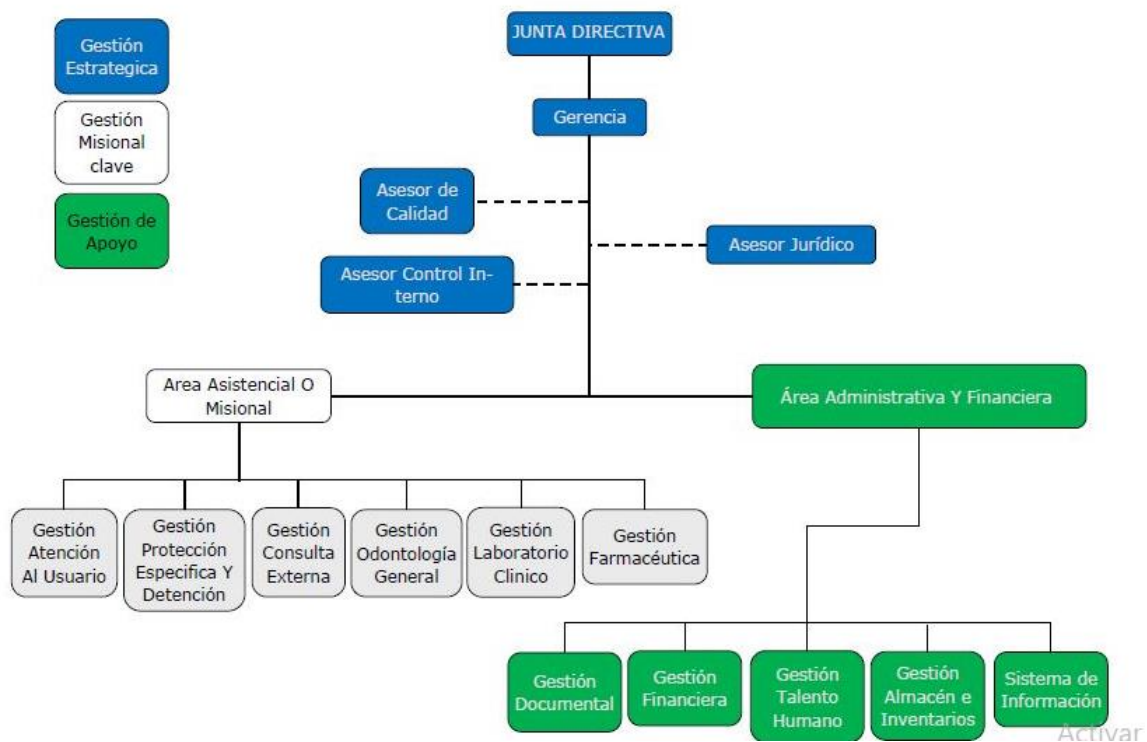
ORGANIZACIÓN DE LA EMPRESA

De Dirección: conformada por la Junta Directiva y el Gerente, con el cargo de mantener la unidad de objetivos de la Organización en torno a la misión y objetivos empresariales, identificar las necesidades y expectativa de los usuarios, determinar a los mercados a atender, definir la estrategia de servicio, asignar recursos, adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad controlando su aplicación en la gestión institucional y las demás funciones de dirección que exija el normal desenvolvimiento de la empresa.

De Atención al Usuario: está conformada por el conjunto de unidades orgánico-funcionales encargada de todo el proceso de producción y prestación del servicio de salud con sus respectivos procedimientos y actividades incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario.

La unidad Administrativa e Información: es la encargada de ejecutar en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación, Adquisición, manejo, utilización, optimización de los recursos humanos, financieros, físicos y de información, necesarios para alcanzar y desarrollar los objetivos de la empresa y realizar el mantenimiento físico y su dotación⁴⁴.

ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL ESE CENTRO SALUD RICAURTE



Fuente: E.S.E Centro de salud Ricaurte-Cundinamarca

⁴⁴ E.S.E. CENTRO DE SALUD DE RICAURTE-CUNDINAMARCA [EN LINEA] [Fecha de consulta: 25 de noviembre del 2020] disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/censo2005/perfiles/cundinamarca/ricaurte.pdf>

5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	VALOR FINAL
PRACTICAS DE AUTOMEDICACION EN GESTANTES	constituye una práctica de acciones de autocuidado aprendidas en el entorno social y familiar. Dicha práctica gira en torno a la más vaga concepción de autocuidado o preservación del bienestar biológico de la persona, de la prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud. Sin embargo, este comportamiento, cada vez más popular, a pesar de llevar consigo las mejores Intenciones por parte de los usuarios, puede ser tan perjudicial como el hecho de no tratar las condiciones que representan una amenaza para la salud	DATOS SOCIODEMOGRAFICOS	EDAD	CUANTITATIVA	ORDINAL	OPCION MULTIPLE OPCION DE MULTIPLE RESPUESTA
			GRADO DE ESCOLARIDAD	CUALITATIVA		
			OCUPACION	CUALITATIVA		
			ESTADO CIVIL	CUALITATIVA		
			LUGAR DE RESIDENCIA	CUALITATIVA		
			INGRESO ECONOMICO MENSUAL FAMILIAR	CUANTITATIVA		
			AFLIACION A SGSSS	CUALITATIVA		
		TIPO DE SGSSS QUE ESTA AFILIADA	CUALITATIVA			
		INFORMACION OBSTETRICA	FECHA DE ULTIMO PARTO	CUANTITATIVA		
			ANTECEDENTES OBSTETRICOS	CUANTITATIVA		
			FECHA PROBABLE DE PARTO	CUALITATIVA		
			FECHA DE PROXIMO CONTROL PRENATAL	CUANTITATIVA		
			TRIMESTRE DE GESTACION ACTUAL	CUALITATIVA		
			SEMANAS DE GESTACION	CUANTITATIVA		
			CONTROLES PRENATALES TOTALES	CUALITATIVA		
			PERSONAL QUE REALIZO CONTROL PRENATAL	CUANTITATIVA		
			PESO DE ULTIMA CONSULTA	CUANTITATIVA		
			TENSION ARTERIAL	CUALITATIVA		
		ALTURA UTERINA	CUALITATIVA			
		FACTORES RELACIONADOS A LA AUTOMEDICACION	LUGAR EN EL QUE ADQUIERE LOS MEDICAMENTOS CUANDO SE AUTOMEDICA	CUALITATIVA		
			NUMERO DE VECES QUE CONSULTO A UN MEDICO FUERA DE LA CONSULTA PRENATAL EN LOS ULTIMOS SEIS MESES	CUANTITATIVA		
			LUGAR AL QUE ACUDE INCALMENTE EN CASO DE UNA ENFERMEDAD	CUALITATIVA		
			COMO SABE PARA QUE SIRVE UN MEDICAMENTO CUANDO SE AUTOMEDICA	CUALITATIVA		
			QUIEN LE RECOMIENDA LAS MEDICINAS CUANDO SE AUTOMEDICA	CUALITATIVA		
			CONOCIMIENTO DE LOS EFECTOS ADVERSOS PARA EL BINOMIO CUANDO SE AUTOMEDICA	CUALITATIVA		
			CONOCIMIENTO SOBRE SI ES RIESGOSO O NO LA AUTOMEDICACION PARA EL BINOMIO	CUALITATIVA		
			CONOCIMIENTO ACERCA DEL TERMINO AUTOMEDICACION	CUALITATIVA		
AUTOMEDICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS	REALIZO CONSUMO DE MEDICAMENTOS SIN RECETA MEDICA EN EL ULTIMO AÑO	CUALITATIVA				
	MOTIVO DE AUTOMEDICACION	CUALITATIVA				
	FRECUENCIA DE AUTOMEDICACION EN LA GESTACION	CUANTITATIVA				
	TIPO DE MOLESTIAS POR LAS QUE TOMA MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCION MEDICA	CUALITATIVA				
	TIPOS DE MEDICAMENTOS QUE UTILIZA SON PRESCRIPCION MEDICA	CUALITATIVA				

6 DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE INVESTIGACION

La investigación planteada se desarrollará a partir de un enfoque cuantitativo descriptivo, de corte transversal, el paradigma utilizado es positivista, que permitirá identificar los factores condicionantes básicos, a partir de datos de caracterización sociodemográfica entre otros, identificará el consumo de medicamentos sin fórmula médica y las causas que generan el consumo de estos medicamentos.

6.2 UNIVERSO: Mujeres en estado de gestación del departamento de Cundinamarca.

6.3 POBLACIÓN: Gestantes que asisten a control prenatal al centro de salud E.S.E Centro de Salud Ricaurte Cundinamarca durante el segundo trimestre del año 2021.

6.4 MUESTRA: La muestra la conformaron 14 Gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión. Por medio de muestreo no probabilístico intencional

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Tomando como base a las gestantes que asisten a control prenatal al centro de salud de Ricaurte durante el segundo trimestre del año 2021, se seleccionará la muestra probabilística teniendo en cuenta las siguientes características:

- Gestantes con capacidad de responder y atender órdenes.
- Gestantes entre los 16 y 39 años de edad.
- Gestantes que asistan al centro de salud E.S.E Centro de salud de Ricaurte

- Gestantes que aprueben su consentimiento y brinden la información solicitada

6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que desistan de participar en el estudio
- Gestantes que no posean la capacidad de responder y atender órdenes
- Tener diagnosticada una enfermedad actual o crónica

6.7 CONTEXTO

La localidad de Ricaurte tiene hoy una población de 9.232 habitantes, ubicados en un área de 13.200 hectáreas, distribuidas en 14 veredas. Según registros suministrados por José Fernely Charry, secretario de Planeación, Proyectos y Urbanística, entre enero de 2008 y marzo de 2017 se entregaron 1.867 licencias de construcción para uso de vivienda urbana y rural. Una expansión en las construcciones que tiene mucho que ver con diferentes cambios en el Esquema de Ordenamiento Territorial (EOT), definido en el año 2000. Desde entonces, el EOT ha tenido modificaciones a través de tres acuerdos expedidos por el Concejo Municipal, en términos generales, para ampliar el uso del suelo de urbano a industrial. Lo demás se mantiene vigente. Del total de la población de Ricaurte, el 51,2% son hombres y el 48,8% son mujeres¹.

¹DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DANE [EN LINEA] [Fecha de consulta: 25 de noviembre del 2020] disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/censo2005/perfiles/cundinamarca/ricaurte.pdf>

METODO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- ❖ **METODO:** Recolección de la información en medio virtual (por llamada telefónica y mediante Google forms) aplicando un cuestionario estructurado.
- ❖ según escala de Likert, el cual cuenta con 34 ítems y abarca 5 dimensiones que son importantes para la salud materno perinatal.
- ❖ **TECNICA:**
 1. Acceso a las bases de datos de la institución para poder establecer el tamaño de la muestra.
 2. Realizar una llamada telefónica y videollamada con las gestantes, explicándoles el propósito y los objetivos del proyecto y saber quiénes desean participar voluntariamente.
 3. Establecer un contacto programado con cada gestante para realizar la aplicación del instrumento y el consentimiento informado el día que cuenten con el tiempo y la información necesaria.
 4. El diligenciamiento del instrumento se realizará en un tiempo estipulado de 20 a 30 minutos.
 5. La información será recolectada en un plazo mínimo de 2 mes para así poder alimentar la base de datos y realizar el análisis correspondiente de los resultados.

INTRODUCCION ANALISIS

Las tablas y graficas que a continuación se presentan, corresponde a los resultados de la investigación donde la muestra fue conformada por 14 gestantes asistentes a control prenatal en el puesto de salud de Ricaurte Cundinamarca y que permite conocer cuáles son los factores condicionantes que favorecen la automedicación, a continuación, se presenta los datos más relevantes.

TABLA DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

RANGO DE EDAD		ESTADO CIVIL		SEGURIDAD SOCIAL		OCUPACIÓN		INGRESO MENSUAL APROXIMADO		LUGAR DE RESIDENCIA	
Menor de 18 años	1	Soltera	1	Nueva Eps	1	Estudiante	1	Menos de un salario mínimo legal vigente	5	Urbano	6
Entre 19 y 30 años	11	Unión Libre	12	SaludCoop	3	Administradora del hogar	11	Entre 1 o 2 salarios mínimo legal vigente	9	Rural	8
Entre 31 y 40	2	Casada	1	Salud Total	3	Empleada	1				
Mayores de 41	0	Viuda	0	Famisanar	1	Independiente	1				
				Ecoopsos	1						
				Medimas	1						
				Convida	2						

RANGO DE EDAD		ESTADO CIVIL		SEGURIDAD SOCIAL		OCUPACIÓN		INGRESO MENSUAL APROXIMADO		LUGAR DE RESIDENCIA	
Menor de 18 años	1	Soltera	1	Nueva Eps	1	Estudiante	1	Menos de un salario mínimo legal vigente	5	Urbano	6

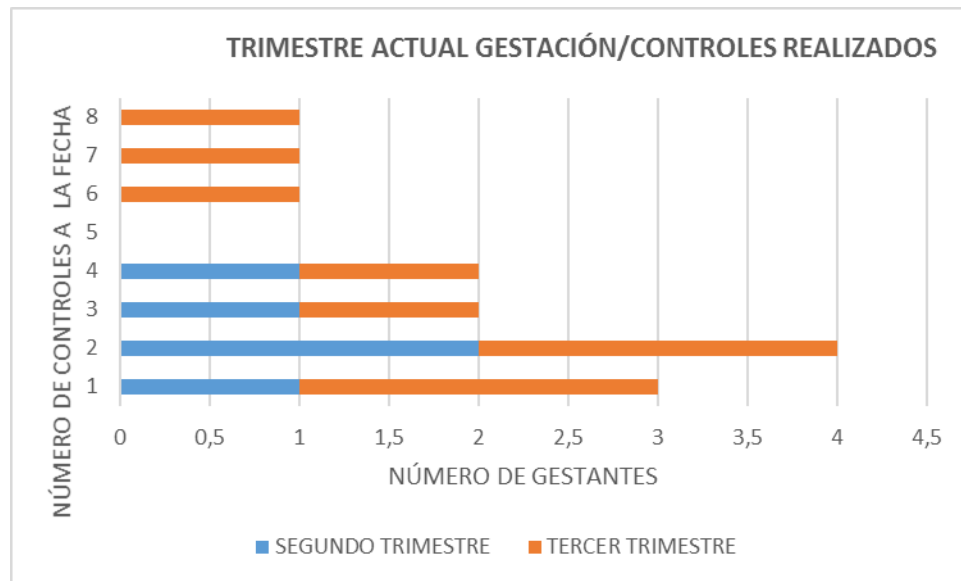
Entre 19 y 30 años	11	Unión Libre	12	SaludCoop	3	Administradora del hogar	11	Entre 1 o 2 salarios mínimo legal vigente	9	Rural	8
Entre 31 y 40	2	Casada	1	Salud Total	3	Empleada	1				
Mayores de 41	0	Viuda	0	Famisanar	1	Independiente	1				
				Ecoopsos	1						
				Medimas	1						
				Convida	2						

En la tabla de caracterización sociodemografica podemos encontrar que un gran numero de gestantes encuestadas estan en el rango entre 19 y 30 años,el 85,7 % de ellas convive en unión libre, el mismo porcentaje cuenta con seguridad social y dos gestantes se encontraban realizando tramite para su afiliación, el nivel de escolaridad de la mayoría de ellas es bachilleator, la mayor parte de estas mujeres tienen como ocupación el hogar, por lo que el ingreso en sus hogares depende de sus parejas o familia y se encuentra entre 1 a 2 salarios minimos legales vigentes.

Es importante resaltar que la mayoría de estas mujeres y sus familias viven en la zona rural por lo cual se les dificulta el acceso a los servicios de salud de manera oportuna. En relación al periodo intergenesico se evicencia que ninguna de estas mujeres tienen riesgo porque este supera los 2 años.

El 79% de las gestantes se auto medica, equivalente a 11 de ellas, Sin embargo, 10 gestantes que corresponde a 72% dice creer que la automedicación es un riesgo para su salud; el 79% de estas mujeres (11 gestantes) se auto medica aun conociendo los riesgos que esta acción pueda llevar para su salud y la de sus hijos, aunque no podemos dejar a un lado el 21% que equivale a 3 gestantes que no conocen los riesgos de la auto medicación; por tanto se puede relacionar que la mayoría de las gestantes no cuenta con controles prenatales acordes a la semana de gestación, lo que genera falta de exposición a la información sobre los cuidados y/o riesgos en su gestación.

GRAFICA N# 1



Se logra evidenciar que todas las gestantes se encontraban en su mayoría en tercer trimestre 64,2% y en segundo trimestre 35,71% de las cuales 10 (71%) se encuentran en riesgo por baja asistencia a sus controles prenatales, son mujeres en las que encontramos acciones de autocuidado deficientes porque no tienen la capacidad de identificar riesgos al tener poca exposición a las fuentes de información por la pobre asistencia a controles para su gestación. Las 5 gestantes que estaban en 2 trimestre de gestación han asistido entre 1 a 4 controles a la fecha y las 9 gestantes que estaban en 3 trimestre de gestación solo tres de ellas han asistido a más de 6 controles prenatales a la fecha; lo que genera un riesgo materno-fetal ya que, basándonos en el modelo de la OMS, se recomienda a las embarazadas tener su primer contacto a las 12 semanas de gestación, y los contactos posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación.

Según la OMS Con el nuevo modelo de atención prenatal, el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo se incrementa de cuatro a ocho. Una atención prenatal con un mínimo de ocho contactos puede reducir las muertes perinatales hasta en 8 por cada 1000 nacimientos, en comparación con un mínimo de cuatro visitas, ya que existen más oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas, según este modelo de las participantes solo una correspondiente al 7,1% cumple lo que resulta alarmante, es muy pobre la adherencia de este grupo de gestantes a su control prenatal.

Además, teniendo en cuenta el tema de investigación, la automedicación implica un riesgo tanto por la ocurrencia de eventos adversos como por la posibilidad de generar toxicidad, aspecto altamente importante en el embarazo porque el riesgo no solo es para la madre, sino también para el feto. No obstante, las mujeres embarazadas también enferman y en un momento dado se les deben administrar

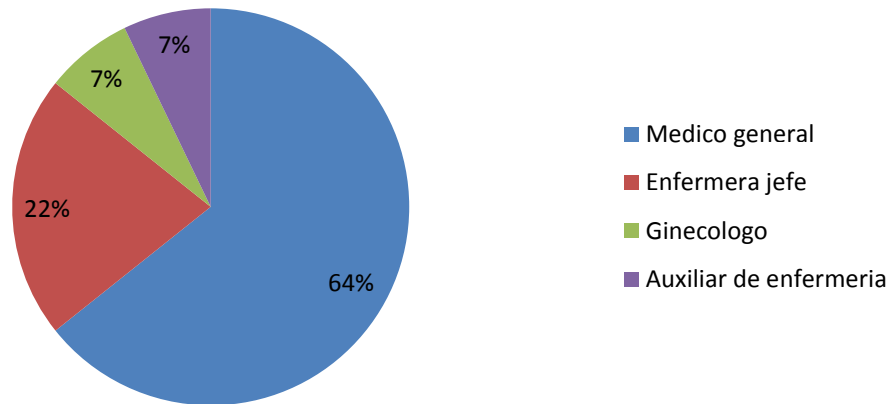
medicamentos, por lo que resulta útil conocer el grado de riesgo que puede representar la administración de un medicamento⁴⁶

Con base en lo anterior, resalta la situación en la presente investigación donde el 31% de las gestantes lleva solo 2 controles prenatales situación que genera preocupación debido a que la mayoría de ellas se encuentra cerca de su fecha de parto, sin cumplir con un debido seguimiento que ayude a garantizar la salud del binomio, además el poco contacto con el servicio, las expone a desinformación de las necesidades, riesgos y signos de alarma en la gestación.

GRAFICA N# 02

⁴⁶ GÓMEZ, Marco Antonio Márquez; DÍAZ, Graciela María Gómez. Vigilancia del uso de medicamentos en el embarazo en el municipio de Los Palmitos, Sucre, Colombia: una contribución para la prevención y reducción de la mortalidad materna y perinatal. *Nova*, 2017, vol. 15, no 28, p. 115-124.

Personal de salud que atiende los controles prenatales.



Se logra evidenciar que el 64% de las gestantes fueron atendidas por el médico general en sus controles prenatales seguido con un 22% por la enfermera, lo que se favorece la calidad de atención porque los médicos y enfermeros, están plenamente reconocidos por el sistema de salud para brindar el control prenatal siguiendo los lineamientos de la ruta de atención materna perinatal con el fin de asegurar un acompañamiento que ayude a un embarazo exitoso en lo posible y a disminuir riesgo materno feta, detectar precozmente alteraciones y derivar a un nivel de complejidad acorde a la necesidad de atención..

Llama la atención que una de las gestantes refirió haber sido atendida por un auxiliar de enfermería, cuando la resolución 3280 del 2018, contempla en el talento humano para la atención prenatal de bajo riesgo deben ser realizadas por profesionales en medicina o enfermería. Quienes deben contar con un equipo interdisciplinario de referencia como profesionales de nutrición, psicología, trabajo social y otros perfiles de acuerdo con el caso específico

GRAFICA N# 03

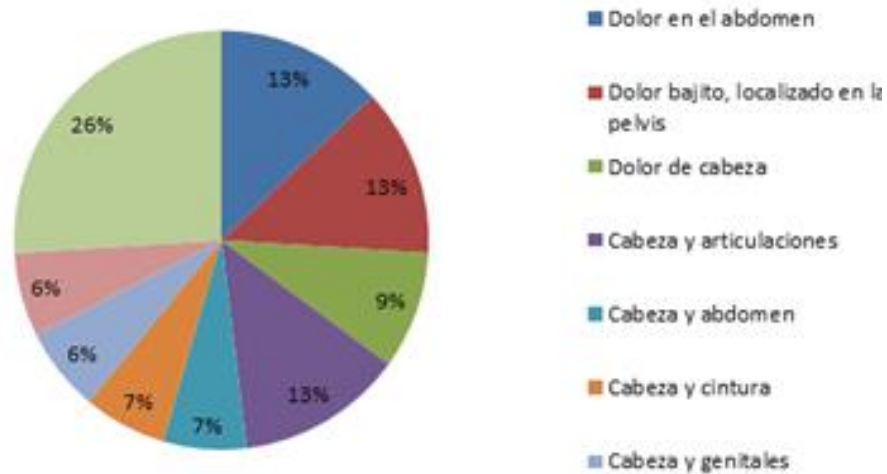


Se evidencia que el 29% de estas gestantes ha cursado por una enfermedad infecciosa en este caso IVU a pesar que es el porcentaje 'menor' se debe tener en cuenta los riesgos que producen estas infecciones durante el embarazo, además del bajo índice de asistencia a los controles prenatales donde se les lleva un control y educación sobre esta situación. En un estudio realizado por la Universidad de Guayaquil – Ecuador en el año 2013, se evidencio la incidencia de las infecciones de vías urinarias en Embarazadas de 18 a 30 años, en donde Según los datos obtenidos el 35% de las embarazadas con infección de vías urinarias se presentó en pacientes de 18 – 20 años; el mismo porcentaje se presentó en pacientes de 26 a 30 años y el 30% se presentó en pacientes de 21 – 25 años.⁴⁷

GRAFICA N# 04

⁴⁷ ZAMBRANO CARRIEL, Cintia Norayne. *Infección de vías urinarias y sus complicaciones en embarazadas en edades de 15-19 años estudio realizado en el Centro de Salud No. 1 diciembre 2014 a diciembre 2015.* 2016. Tesis Doctoral. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina.

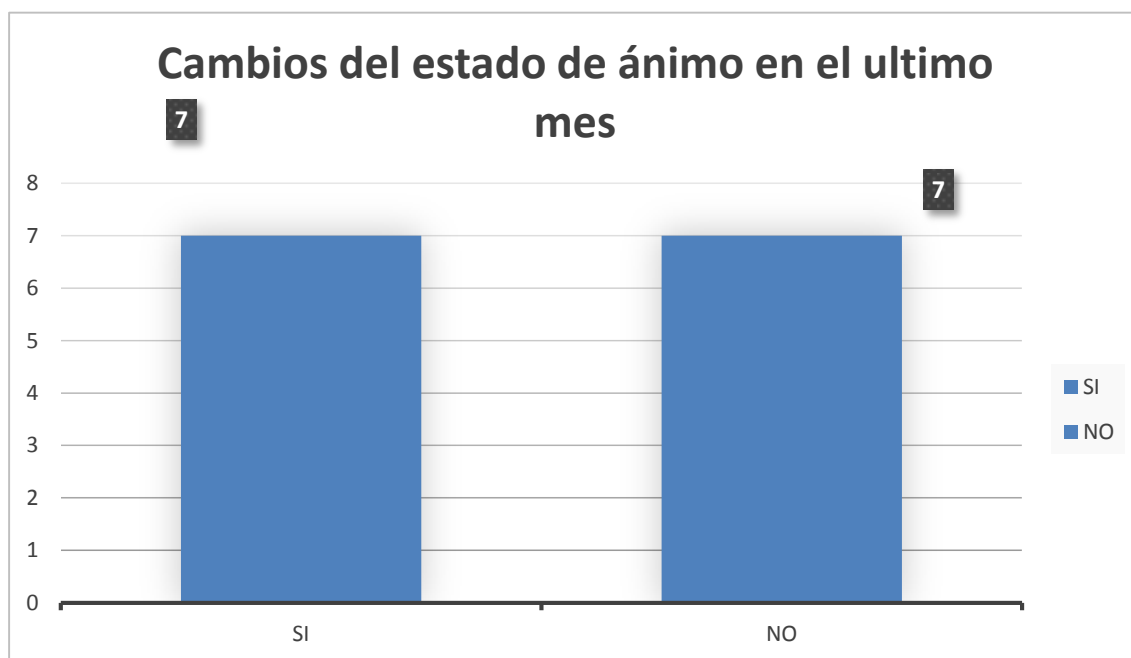
Dónde se localizó el dolor



Se evidencia que del 100% de la población equivalente a 10 gestantes, el 43% equivalente a 6 gestantes, ha manifestado presentar dolor, ellas refieren que el dolor más común es dolor de cabeza en un 26% lo cual genera gran preocupación por que se está minimizando la importancia a un síntoma que puede ser un signo de alarma frente a un trastorno hipertensivo y aún más grave, que ellas están optando por la automedicación generando aun un riesgo más alto para el binomio madre e hijo, porque pueden enmascarar el síntoma mientras avanza la enfermedad en caso de que exista, al no consultar no puede hacerse el diagnóstico oportuno.

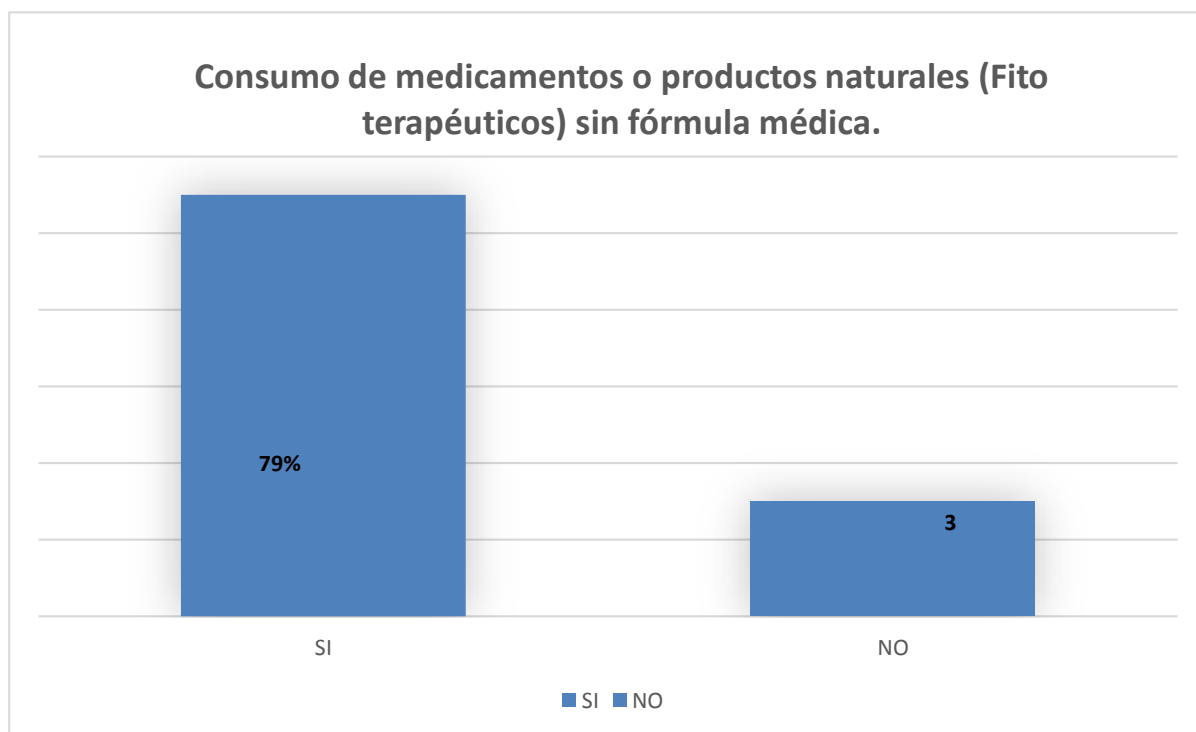
Llama también la atención que el dolor de cabeza en algunas de las gestantes también se acompaña con dolor en la cintura o los genitales, el abdomen, todos reconocidos como síntomas por los cuales una gestante debe consultar para determinar la causa y evitar mayores complicaciones como la amenaza de parto prematuro, por ejemplo.

GRAFICA N# 05



Se evidencia que el 50 % de las gestantes ha tenido cambios en su estado de ánimo el último mes, se sabe que por todo el proceso hormonal por el que se cursa durante la gestación es “normal presentar cambios en el estado de ánimo” pero no debemos dejar a un lado el riesgo que este tiene de llevarlas a una depresión durante el embarazo o post parto, por lo cual es muy importante promover la asistencia de las gestantes a los controles prenatales para poder llevar un control, identificar riesgos emocionales y que puedan ser remitidas para valoración por las especialidades que necesiten (Psicología) se sientan acompañadas en este proceso y sean asesoradas por el profesional que requieran según su situación o condición particular.

GRAFICA N# 06



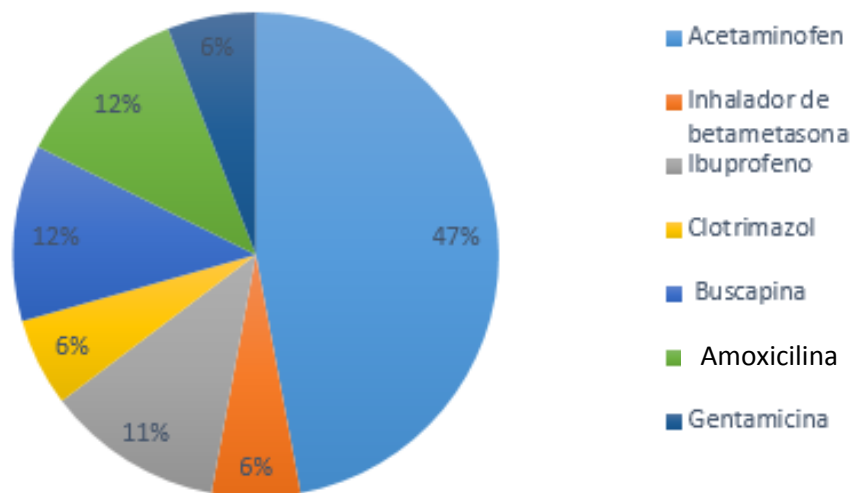
En relación a la práctica de automedicación, se observa que el 79% correspondiente a 11 gestantes lo hace, lo cual genera una gran riesgo, teniendo en cuenta el bajo índice de asistencia a controles prenatales de este grupo de gestantes, adicionalmente 10 de las gestantes que tienen esta práctica, refieren tener claridad sobre el riesgo que conlleva auto medicarse durante la gestación, y no es un problema solo de este grupo de gestantes ya que si lo comparamos con más estudios como el de “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”⁴⁸ se encontró que de 102 gestantes el 60.8% que equivale a 62 mujeres, se auto medican también.

Dentro de la muestra de gestantes 10 de ellas tienen claridad del término automedicación, según lo registrado en las respuestas en el instrumento.

GRAFICA N# 07

⁴⁸ 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. 2018.

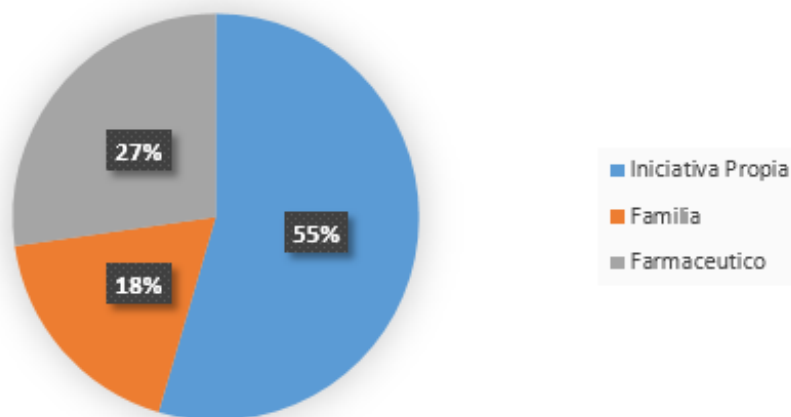
Medicamentos que consumen sin fórmula médica para las molestias durante la gestación



En relación al medicamento que las gestantes participantes en este estudio consumen al momento de presentar alguna molestia, se evidencia un consumo frecuente de acetaminofén con un 41% equivalente a 8 gestantes, este fármaco se clasifica en el grupo de los analgésicos y las participantes lo usan para poder aliviar los dolores que presentan con alguna frecuencia, ya que son de fácil acceso a la hora de la compra en las farmacias y como es un medicamento “comúnmente conocido “ se adquiere sin mayor control. Se encontró también el uso de otros analgésicos como el ibuprofeno y la buscapina en una proporción de 14,2% para cada uno respectivamente, así mismo es alarmante que las gestantes se auto mediquen con antibióticos como la amoxicilina y la gentamicina, por el hecho de ser medicamentos que debe dispensarse bajo fórmula médica para evitar reacciones adversas, alérgicas y adicional generar resistencia bacteriana, tan grave problema para la salud pública y para las gestantes en caso de requerir por un proceso infeccioso la antibioterapia

GRAFICA N# 08

Quién le ha recomendado usar los medicamentos o productos naturales (Fito terapéuticos) que consume actualmente?



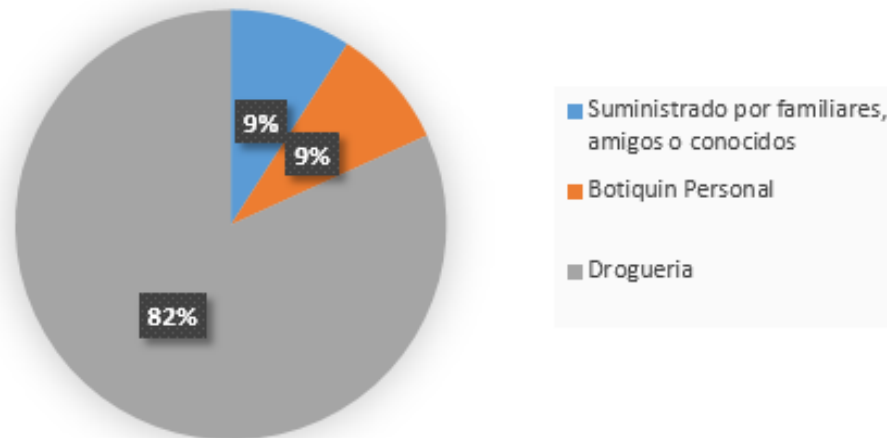
se evidencia que la automedicación en mayor proporción la realizan por iniciativa propia el 55% de las participantes, que equivale a 6 gestantes, si relacionamos las respuestas anteriores donde ellas consumen acetaminofén y otros analgésicos que son medicamentos de fácil acceso de compra y que ellas lo usan para manejar el dolor considerando que no es un síntoma graves como lo refirieron en el instrumento aplicado, podemos constatar que falta mayor conocimiento de los signos de alarma durante la gestación.

Contrastando este resultado con la investigación “FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL II DE ESSALUD - MOQUEGUA, FEBRERO 2021”⁴⁹ se pudo evidenciar que el al contrario de esta investigación quienes recomiendan el uso de estos medicamentos por lo general fue un familiar, donde de las 150 gestantes encuestadas el 56.0% refieren el consumo del medicamento fue referencia de algún familiar.

GRAFICA N# 09

⁴⁹ CALLO ALVARADO, Daysi Giovanna. Factores asociados a la automedicación en gestantes que acuden al Hospital II de Essalud-Moquegua, Febrero 2021. 2021.

¿Dónde ha adquirido los medicamentos o productos naturales (Fito terapéuticos) que consume actualmente?

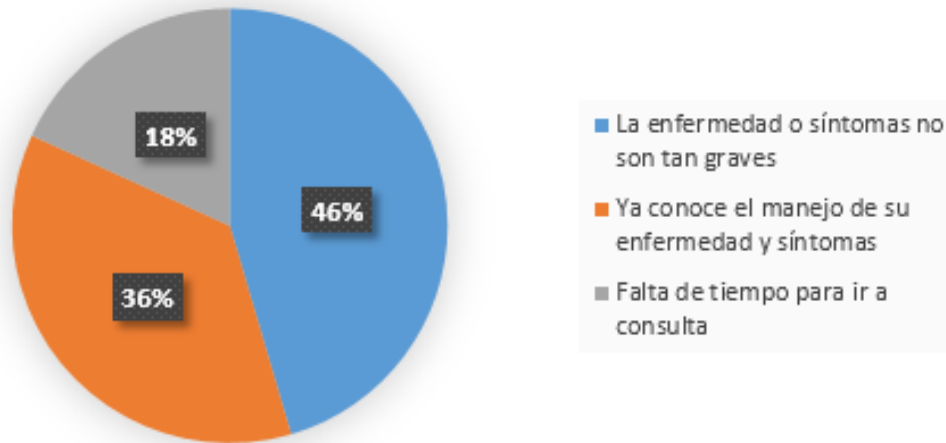


Se evidencia que el lugar donde las gestantes compran con mayor facilidad y recurrencia sus medicamentos sin fórmula médica es en las droguerías con un 82% que equivale a 9 gestantes, a su vez podemos realizar un comparativo con la tesis “FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL II DE ESSALUD - MOQUEGUA, FEBRERO 2021”⁵⁰ donde podemos confirmar que en otros países también se evidencia de esta manera el lugar más recurrente de compra de medicamentos sin fórmula médica, lo que genera una alarma porque la dispensación de medicamentos se hace sin mayor cumplimiento de exigencias como la fórmula del profesional de salud y aún más preocupante que esta práctica se facilite para las gestantes que pueden resultar seriamente afectadas con un efecto adverso, una reacción alérgica, generar resistencia bacteriana, enmascarar síntomas de enfermedades graves, por lo que resulta un aspecto importante a tener en cuenta en la estrategia de promoción de salud a las gestantes y sus familias..

GRAFICA N# 10

⁵⁰ CALLO ALVARADO, Daysi Giovanna. Factores asociados a la automedicación en gestantes que acuden al Hospital II de Essalud-Moquegua, Febrero 2021. 2021.

Razón por la que consume medicamentos o productos naturales (Fito terapéuticos) sin prescripción médica

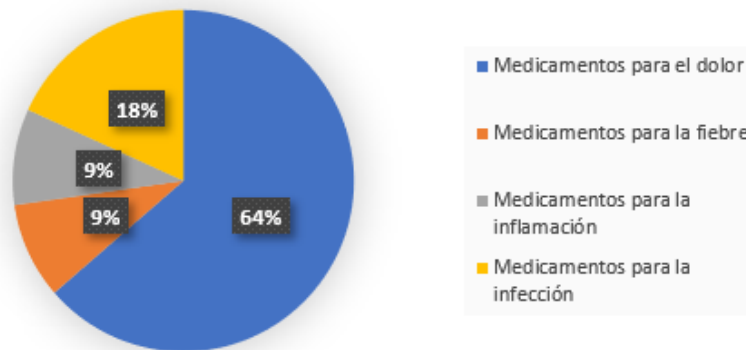


Las razones que motivaron el consumo de medicamentos sin prescripción médica, fueron relacionadas por las participantes de la siguiente manera: el 36% consideró que la enfermedad o síntomas no eran tan graves, seguido de que ya conocían cómo es el manejo de esos síntomas y la falta de tiempo para asistir a consulta; si correlacionamos el bajo porcentaje de asistencia a los controles prenatales y a la generalización de los síntomas y tratamientos, se genera el mal hábito de la automedicación brindada sea por criterio propio o referencia de algún familiar, lo cual es muy común en las gestantes no solo de esta investigación sino también de otras como “FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL II DE ESSALUD - MOQUEGUA, FEBRERO 2021”⁵¹ en la cual el 40.0% refiere “ Pienso que las molestias eran muy leves para ir al médico” y prefieren auto medicarse que ir al médico.

GRAFICA N# 11

⁵¹ CALLO ALVARADO, Daysi Giovanna. Factores asociados a la automedicación en gestantes que acuden al Hospital II de Essalud-Moquegua, Febrero 2021. 2021.

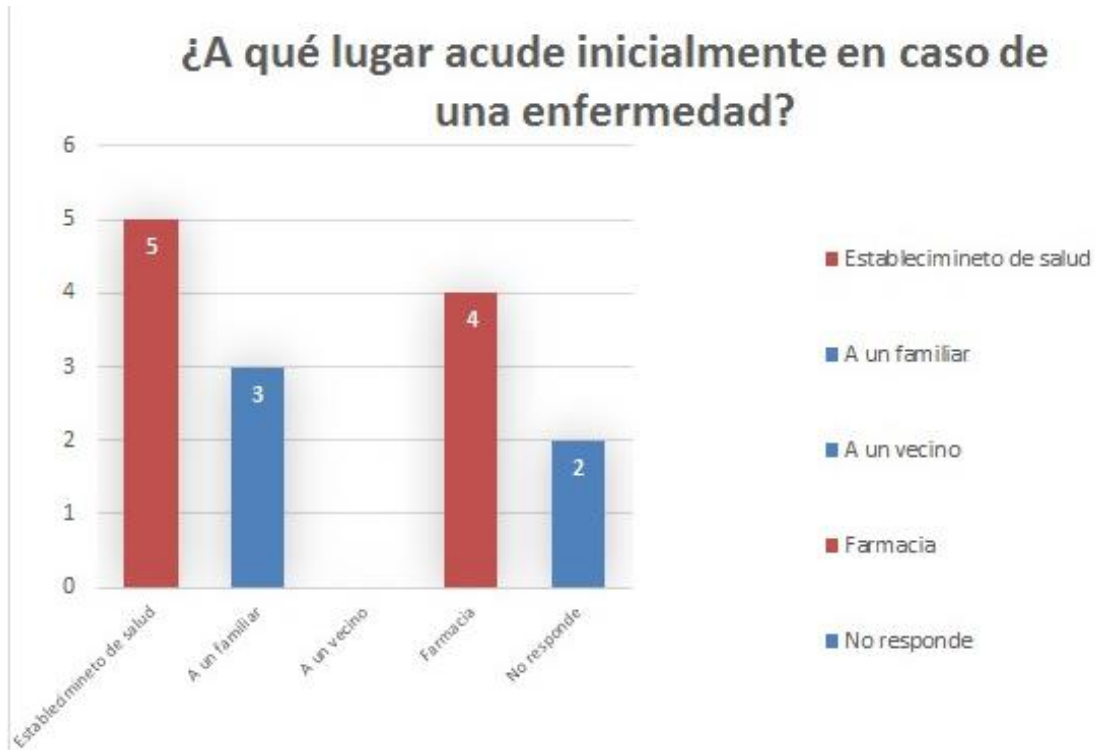
Medicamentos que usan sin receta medica



Se evidencia que el medicamento que utilizan las gestantes sin receta médica, en un 63,6% los medicamentos para el dolor, equivalente a 7 gestantes, seguido de los antibióticos para la infección en un 18,18%, y un 9% utilizaron medicamento para la fiebre o medicamento para la inflamación es decir es decir 1 gestante para cada evento respectivamente, haciendo relación con otros estudios confirman que los medicamentos más común en la automedicación de las gestantes son los analgésicos (acetaminofén) para calmar sus dolores, los cuales consiguen fácilmente en las droguerías o son de uso común en casa, lo cual genera un fácil acceso sin ser conscientes que el uso excesivo de este, puede causar daños "Restricción del ductus arterioso fetal en gestante de tercer trimestre por consumo de paracetamol"⁵²

GRAFICAN # 12

⁵² PÉREZ, Peña Dieste, et al. Restricción del ductus arterioso fetal en gestante del tercer trimestre por consumo de paracetamol. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 2016, vol. 42, no 4, p. 493-501.



Se evidencia el lugar a donde más acuden la gestante en caso de una enfermedad evidenciamos que 35% acude a un establecimiento de salud, pero a su vez el otro 35% que equivale a 5 gestantes acude a la farmacia lo cual es importante tener en cuenta ya que las gestantes están teniendo el pensamiento que es igual ir a una farmacia a que las formulen a ir a con establecimiento de salud para ser valoradas y formuladas de manera adecuada. Se realiza la comparación con otros trabajos y se evidencio que también se refleja que en el estudio “FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL II DE ESSALUD - MOQUEGUA, FEBRERO 2021”⁵³ siendo necesario manejar una mejor información pues los problemas de salud son tratados en los establecimientos de salud, hospitales y clínicas entre otros.

GRAFICA N# 13

⁵³ CALLO ALVARADO, Daysi Giovanna. Factores asociados a la automedicación en gestantes que acuden al Hospital II de Essalud-Moquegua, Febrero 2021. 2021.

¿COMO SABE USTED PARA QUE SIRVE UN MEDICAMENTO CUANDO SE AUTOMEDICA?

- Consulta por internet.
- Consulta con familiar / amigo.
- Conocimientos propios.

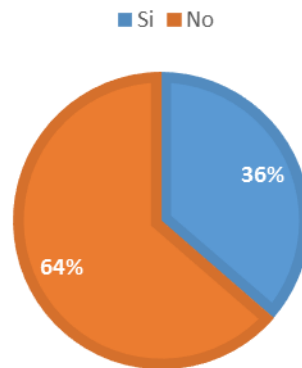


Se evidencia que el 43% de las gestantes que equivale a 6 gestantes refiere que consulta con familiares y amigos cuando necesita saber para qué sirve el medicamento con el cual se va a auto medicar lo cual es una costumbre muy concurrente que se ve muy reflejado en otras investigaciones como “FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL II DE ESSALUD - MOQUEGUA, FEBRERO 2021”⁵⁴ en donde se aplicó la investigación a 150 gestantes de las cuales 56% consulta con un familiar / amigos para qué sirve el medicamento con el cual se va a auto medicar, lo cual es un problema muy grave ya que los (familiares/ amigos) no cuentan con los conocimientos científicos para determinar si un medicamento es apto o no para el consumo de una gestante los riesgos y daños que este puede causar en el binomio madre e hijo.

GRAFICA N# 14

⁵⁴ CALLO ALVARADO, Daysi Giovanna. Factores asociados a la automedicación en gestantes que acuden al Hospital II de Essalud-Moquegua, Febrero 2021. 2021.

¿CONOCE USTED LOS EFECTOS ADVERSOS DEL MEDICAMENTO QUE UTILIZA, CUANDO SE AUTOMEDICA?



Teniendo en cuenta que 7 gestantes que equivale a 50% refiere conocer los efectos adversos de los medicamentos con los cuales se auto médica y aun así lo realiza, nos lleva a analiza la falta de asistencia a los controles prenatales para una adecuada educación sobre los efectos que pueden causar los medicamentos que se consumen sin orden médica y más en estado de gestación. Realizando el comparativo con las tesis “PREVALENCIA DE LA AUTOMEDICACIÓN EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA DE JAUJA”⁵⁵ podemos decir que existe una alta tasa de gestantes que no conoce estos efectos adversos y pone en riesgo el binomio madre /hijo.

8. CONCLUSIONES

⁵⁵ ORELLANA HUACHO, Manuel Enrique; VIDALÓN DURÁN, Gloria. Prevalencia de la Automedicación en Gestantes que acuden al Hospital Domingo Olavegoya de Jauja. 2019.

Realizar el estudio en medio de una crisis sanitaria, implica barreras que limitan la posibilidad de establecer contacto directo con las gestantes, por lo que la estrategia de contacto telefónico y a quienes tuviesen la facilidad de acceso a internet poder enviar el instrumento como encuesta digital en FORMS favoreció acceder a los datos requeridos para este estudio,

Realizar una investigación a distancia implica compromiso y persistencia porque no siempre se consigue la respuesta en la primera llamada, por lo que se requirió hacer varios intentos y estar dispuestos a ajustar los momentos de llamada según la disponibilidad de las gestantes.

De las 14 gestantes participantes en este estudio, se encontró que el rango de edad está entre 16 a 34 años, con nivel de escolaridad bachiller en su mayoría, se encuentran dedicadas al hogar, dependen económicamente de su pareja o familia, los ingresos mensuales están entre 1 y 2 salarios mínimos legales vigentes, en su mayoría viven en el sector rural.

Teniendo en cuenta estos datos sociodemográficos, se evidenció muy poca adherencia al control prenatal en estas gestantes, hallazgo llamativo en los datos suministrados por las gestantes participantes y que sería importante explorar en futuras investigaciones, con usuarias de esta IPS.

En relación a la automedicación, se encontró que de las 14 gestantes participantes 11 de ellas, es decir el 79% revelaron tener esta práctica riesgosa, las molestias que relacionaron como motivo para automedicarse en el 43% (6 gestantes) fue sentir dolor, siendo el más común, el dolor de cabeza en un 42,8% lo que resulta preocupante porque se está evidenciando que estas gestantes estaban minimizando o desconociendo que ese es uno los signo de alarma del embarazo , que puede relacionarse para identificar de manera precoz un trastorno hipertensivo durante la gestación.

El 41% equivalente a 8 gestantes, están consumiendo acetaminofén de manera indiscriminada, se evidencia riesgo del binomio materno fetal, ya que este

medicamento de fácil acceso en farmacias y supermercados, está siendo consumido para tratar molestias tipo dolor en diferentes partes del cuerpo, especialmente la cabeza, el abdomen, las articulaciones; las mujeres están suponiendo que el hecho de ir a una droguería es igual que ir a un centro de salud para la solución de sus síntomas y la formulación, pues saben que es el medicamento que les formulan para dolor, sin embargo, un dolor pélvico y un dolor de cabeza en la gestante requieren estudio para descartar una amenaza de parto pre término, una infección urinaria y el dolor de cabeza debe estudiarse para descartar un trastorno hipertensivo gestacional.

Los factores condicionantes básicos que están favoreciendo la auto medicación en las participantes de este estudio son: residir en el área rural para el 57,14%, experiencias previas de situaciones de salud, porque conocen los usos de algunos medicamentos que luego consideran ante aparición de síntomas volver a consumir sin consultar al médico, otro es el nivel socioeconómico, porque los ingresos en el 64,28% de ellas apenas llegan a los dos salarios mínimos, mientras el 35,7% viven con menos de un salario mínimo legal vigente y ello limita sus recursos para lograr desplazarse cuando necesitan consultar al puesto de salud, otro aspecto es el rol que desempeñan, pues el 78,5% están dedicadas al hogar, en donde el 92,8% de las participantes tiene hijos en primera infancia y edad escolar, que absorben tiempo importante de su jornada cotidiana para el cuidado.

La automedicación es un problema que se identificó en este grupo de gestantes que asistieron a control prenatal en el Puesto de Salud de Ricaurte en el segundo trimestre de 2021 y requiere intervención para garantizar que esa práctica no siga siendo común en este grupo poblacional, por lo que se hace necesario diseñar una estrategia de información y prevención de la automedicación, además, como no fue una constante el seguimiento prenatal mes a mes en este grupo de mujeres, se requiere fortalecer la adherencia a la consulta prenatal, porque esa

falta de asistencia periódica, puede ser una de las causas de la pobre información en torno a signos de alarma y acciones de cuidado seguras en la gestación.

Es necesario promover y controlar la asistencia a los controles prenatales, siendo líder el personal de enfermería en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, brindando educación continua y seguimiento a todas las necesidades de las gestantes, al salir de cada control prenatal, dando a conocer signos de alarma, síntomas normales del embarazo, qué medicamento pueden usar controladamente, solucionar dudas respecto al estado de salud e incentivar la importancia de la asistencia a los controles.

Es importante hacer seguimiento a todas las gestantes que inician control prenatal en el puesto de salud de Ricaurte, así mismo, favorecer el inicio temprano de los controles y la adherencia al Programa para reducir riesgos y favorecer la salud materno fetal de las gestantes Ricaurteñas.

Como la automedicación en las gestantes participantes, fue un comportamiento común, se hace necesario en el Municipio de Ricaurte diseñar campañas informativas sobre los riesgos de esa práctica para la salud, así mismo sería importante que desde el Puesto de salud se articule con la secretaría de salud del Municipio, un seguimiento a la dispensación de medicamentos en las farmacias para controlar la venta libre de medicamentos y reducir los efectos adversos en las gestantes y otros grupos poblacionales.

Como los síntomas que motivaron el consumo de medicamentos sin fórmula médica, fueron el dolor; principalmente el dolor de cabeza, dolor pélvico y el articular, se puede concluir que como resultado de los pobres controles prenatales las gestantes no poseen la información suficiente para identificar signos de alarma y prefieren tomar analgésicos y otros medicamentos, para manejar las molestias, por lo que se hace necesario diseñar una estrategia que promueva la adherencia al control, reconocer los signos de alarma y los riesgos de la automedicación.

9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda para futuros estudios, la búsqueda de distintos escenarios que permitan un mayor acceso a las gestantes una vez se logre controlar la emergencia sanitaria, para aplicar este estudio a otros grupos de gestantes, ampliando el conocimiento de futuras investigaciones relacionadas con automedicación, porque según los resultados de este estudio, esta práctica insegura es frecuente en mujeres en proceso de gestación.
- Se sugiere tomar este estudio como línea de base para futuras investigaciones, evaluar la adherencia al control prenatal, porque es necesario que las gestantes asistan mensualmente y logren cumplir los ocho controles relacionados por la ruta de atención materna, para llevar un seguimiento del proceso, que les permita recibir la información suficiente para actuar de manera segura en torno al cuidado durante la gestación, promoviendo el autocuidado y reduciendo prácticas riesgosas para el binomio..
- Sería interesante una segunda fase del estudio de las acciones de autocuidado en relación a la automedicación, una vez se difunda la información propuesta a las gestantes asistentes a control prenatal en el Puesto de salud de Ricaurte, para lograr evidenciar el impacto que tiene la implementación de la estrategia.
- Se hace necesario en el Municipio de Ricaurte hacer campañas informativas sobre los riesgos de la automedicación para la salud, así mismo sería importante que la secretaría de salud del Municipio haga un seguimiento a la dispensación de medicamentos en las farmacias, para controlar la venta libre de medicamentos y reducir los efectos adversos en las gestantes y otros grupos poblacionales.

- Implementar la propuesta informativa educativa a las gestantes usuarias del Puesto de salud de Ricaurte para reducir la automedicación y fomentar medidas de autocuidado para el bienestar materno perinatal.
- Se propone mantener el convenio docencia servicio entre la universidad de Cundinamarca y la E.S.E centro de salud de Ricaurte ya que permite un acercamiento y atención por parte de los enfermeros en formación a la mujer en estado de gestación, facilitando los procesos investigativos y el aporte para la solución a problemas de salud pública y el autocuidado de los individuos generando impacto positivo a nivel Social

10.PROPUESTA

Objetivo: Implementar el envío de documentos informativos ilustrados vía mail o whats app, a las gestantes usuarias del Centro de Salud de Ricaurte en cada trimestre gestacional, para promover el autocuidado y la salud materno-fetal, brindando información, reduciendo los riesgos que conlleva la automedicación.

Propuesta:

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación, se plantea diseñar material educativo que se pueda compartir vía whats app o mail a las gestantes, este material informativo ilustrado, servirá para reforzar el autocuidado.

El material de apoyo educativo para las gestantes que asisten al Centro de Salud de Ricaurte, incluye las siguientes temáticas: signos de alarma en la gestación, los riesgos, efectos adversos y consecuencias de auto medicarse, cuales son los riesgos de no asistir a los controles prenatales; con el objetivo de disminuir los riesgos materno-fetales y disminuir la práctica de la automedicación.

Esta información a pesar de que los profesionales de salud que realizan el control prenatal la brinden durante los controles prenatales, en ocasiones la gestante no logra captar o retener tan importantes datos por lo que es importante hacer entrega del material digital, este, se puede enviar vía virtual a cada una de las gestantes, además se puede implementar mediante impresos a utilizar en brigadas de salud en los sectores rurales para promover de manera diferente y hacer llegar a todas las gestantes la información de manera correcta.

TEMA 1: Importancia de los controles prenatales

La atención prenatal reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer; también permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo. La atención prenatal implica no sólo el número de visitas sino cuándo fueron realizadas durante el transcurso del embarazo y con qué calidad. El programa de atención prenatal, con inicio desde el

primer mes de embarazo y consultas médicas una vez por mes hasta el parto, permite identificar complicaciones del embarazo como infecciones cervicovaginales, diabetes gestacional, preeclampsia, infecciones sistémicas (VIH y otras), y establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada en el momento oportuno, lo que significa un costo menor en su atención posterior y mejora la calidad de la atención y la calidad de vida de las gestantes y sus hijos.⁵⁶

Tema 2: Signos de alarma en el embarazo

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los signos y síntomas de alarma del embarazo son aquellos que indican que la salud de la gestante y el producto de la concepción están en peligro. Entre los principales signos y síntomas de alarma en las gestantes reconocidos por el Ministerio de Salud (MINSA) tenemos: cefalea intensa, zumbido de oído, visión borrosa, náuseas vomito incoercibles, disminución o ausencia de movimientos fetales, Pérdida de líquido, sangrado entre otros, En la actualidad, la mortalidad materna es considerada un problema de salud pública siendo las complicaciones del embarazo la primera causa de muerte y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva, Complicaciones que pueden prevenir si se tuviera conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma⁵⁷

Teniendo en cuenta que la investigación el dolor que más se evidencia en las gestantes es el dolor de cabeza el cual puede ser unos signos de alarma para trastornos hipertensivos es importante hablar del tema.

Tema 3: Trastornos hipertensivos durante el embarazo.

Los trastornos hipertensivos del embarazo son la segunda causa más frecuente de muerte materna directa en el mundo. La hipertensión es también la complicación médica más común que se encuentra durante el embarazo, y complica 5-10% de los embarazos.

Hipertensivos del embarazo:

1. Pre eclampsia / eclampsia

⁵⁶ SÁNCHEZ-NUNCIO, Héctor Rafael, et al. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, 2005, vol. 43, no 5, p. 377-380.

⁵⁷ SULCA-DIAZ, Rusber O.; PEÑAFIEL-PALOMINO, Rosario P.; JUAN, A. Conocimiento y actitudes de las gestantes sobre los principales signos y síntomas de alarma en el embarazo, hospital regional de Ica, enero 2017. *Revista médica panacea*, 2017, vol. 6, no 1.

- Elevación de la presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mm Hg o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mm Hg materna en dos ocasiones con 6 horas de diferencia.
- Proteinuria ≥ 300 mg en muestra de orina de 24 horas.
- La eclampsia se define como ≥ 1 convulsiones generalizadas en la preeclampsia.

2. Preeclampsia leve

- PAS ≥ 140 mm Hg y PAD ≥ 90 mm Hg
 - Asintomática

3. Preeclampsia grave

- PAS ≥ 160 mm Hg y PAD ≥ 110 mm Hg en 2 ocasiones diferentes con cuando menos 6 horas de diferencia mientras la paciente está en reposo en cama.
- Proteinuria ≥ 5 g en muestra de orina de 24 horas o $\geq 3+$ en 2 muestras aleatorias de orina recolectadas en al menos 4 horas de diferencia
- Oliguria < 5 ml en 24 horas.
 - Alteraciones cerebrales o visuales, edema pulmonar o cianosis.
 - Síndrome de HELLP o Restricción del crecimiento fetal.

4. Hipertensión crónica (preexistente)

- Hipertensión que inicia antes del embarazo o < 20 semanas de gestación.
 - Persistencia de la hipertensión más allá de las 12 semanas del posparto.
 - PAS ≥ 140 mm Hg o PAD ≥ 90 mm Hg

5 Hipertensión gestacional

- Elevación en la PAS ≥ 140 mm Hg o PAD de ≥ 90 mm Hg en dos ocasiones, con seis horas de diferencia, en una mujer previamente normotensa ≥ 20 semanas de gestación.

- Sin evidencia de proteinuria.

6 Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica

Es un aumento agudo no relacionado con el embarazo de la PA conocida como hipertensión emergencia también puede ocurrir en pacientes embarazadas. Esta presentación es peligrosa para la vida y requiere un tratamiento inmediato. Ejemplos de este escenario clínico incluyen encefalopatía hipertensiva, disección aórtica, insuficiencia ventricular izquierda⁵⁸

7 Automedicación en gestantes:

La automedicación constituye una problemática a nivel mundial con una serie de factores de riesgo enmascarando ciertas enfermedades que llevaría hasta la muerte, el consumo de medicamentos sin prescripción es un fenómeno de relevancia creciente, motivado por una compleja red de factores que están asociados a valores predominantes en la sociedad moderna, entre sus factores se destaca el aumento de oferta de medicamentos ,disponibilidad y venta libre y propagandas de productos farmacéuticos en los medios de comunicación, a pesar que existe una serie de normas establecidas vigentes el problema de automedicación es muy evidente. El embarazo no es una enfermedad, pero lo asocian así por los diferentes síntomas que presenta la mujer y todo esto lleva a un problema terapéutico debido a que no pueden administrarse ningún tipo de medicamentos por la madre y el feto, una enfermedad materna puede beneficiarse con un tratamiento farmacológico particular que puede afectar en forma adversas el bienestar fetal. Debemos saber que el embrión constituye uno de los sistemas biológicos más dinámicos, se caracteriza por sufrir cambios celulares constantes, así también para que un fármaco sea totalmente teratogénico , de tal forma que el periodo de mayor susceptibilidad para la aparición de mal formaciones producidas por fármacos se sitúa entre la cuarta y décima semana de gestación y debido a

⁵⁸ VALERIO, Leidy Vásquez. Estados hipertensivos del embarazo. *Revista Médica Sinergia*, 2017, vol. 2, no 3, p. 12-15.

todos los cambios fisiológicos suelen aparecer síntomas muy molestos que influyen en la decisión de auto medicarse para el tratamiento paliativo o curativo de dichas molestias.

Los profesionales de la salud deberían cumplir un rol primordial en la orientación del uso racional de medicamentos, aunque muchas personas no recurren a la consulta previa optan por auto medicarse de manera inadecuada, a un uso irracional del medicamento. Quizás por la proliferación constante de establecimientos farmacéuticos, muchos de ellos carente de capacidad de resolución a los problemas de salud, adicionados la falta de un profesional de Químico Farmacéutico competente a aportar a dar respuestas efectivas antes esta creciente amenaza

El uso crónico de opioides por la madre a menudo produce adicción en el feto y el recién nacido esta adicción puede producirse después del parto como síndrome de abstinencia neonatal. Estos medicamentos pueden provocar un daño renal importante e irreversible en el feto y, por tanto, están contraindicados en mujeres embarazadas. Los efectos adversos también pueden retrasarse, como el caso de los fetos femeninos expuestos al dietilestilbestrol, que tener un mayor riesgo de adenocarcinoma.

El periodo durante el cual un fármaco entraña mayor riesgo de ocasionar alteraciones congénitas es durante las primeras ocho semanas de gestación, pero la posibilidad de producir efectos adversos persistente a lo largo de toda la gestación. Otras veces, los efectos carcinogénicos de un fármaco sobre el feto pueden no manifestarse hasta varios años después del nacimiento⁵⁹

⁵⁹ PALOMINO PILLACA, Jully; POMA CHÁVEZ, Jorge Alberto. Factores de riesgo y automedicación en gestantes usuarias de la botica Pepfarma, comunidad Jicamarca Huarochirí Lima 2021. 2021.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. -ALONSO, R. M., et al. Posibles efectos teratogénicos de la medicación materna sobre el feto. Rev Cubana Med Gen Integr, 1987, vol. 3, no 3, p. 21-6.
2. Barakat R, ejercicio físico durante el embarazo programas de actividad física en gestantes.Vol.1-17
3. -COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley Estatutaria 1581 de 2012.
4. -CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1098 de 2006. “por el cual se expide el código de infancia y adolescencia en Colombia”
5. -Constitución Política de Colombia 1991. Revisado 12 de marzo de 2021. [Internet].
6. -CUÉLLAR, N. Instituto Nacional de Salud-Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Informe evento VIH/Sida a Periodo epidemiológico XIII-2018 [Internet], 2018.
7. -DAHIR, Candela, et al. La automedicación: un determinante en el uso racional de medicamentos. Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria, 2015, vol. 18, no 2.
8. -Decreto 2174 por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del SGSSS. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo 1994.

9. -DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICAS DANE [EN LINEA] [Fecha de consulta: 25 de noviembre del 2020] disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/censo2005/perfiles/cundinamarca/ricaurte.pdf>
- 10.-ESCOBAR SALINAS, Jorge Sebastián; GONZÁLEZ, Carlos Miguel Ríos. Automedicación en adultos de 11 ciudades de latinoamerica, 2015/2016: estudio multicéntrico. Cimel, 2017, p. 19-23.
- 11.-ESPITIA CRUZ, Luz Carine. Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario la samaritana. Facultad de Enfermería, 2011.
- 12.-FURONES-MOURELLE, Juan Antonio, et al. Reacciones adversas por medicamentos en embarazadas cubanas. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2018, vol. 44, no 3, p. 1-17.
- 13.-GARCÍA ARIAS, Ximena, et al. Causas y consecuencias de la automedicación de antibióticos en una población adulta del consultorio odontológico en poblado campestre corregimiento de Candelaria-Valle en el primer semestre del 2020.
- 14.-GARCÍA ARIAS, Ximena, et al. Causas y consecuencias de la automedicación de antibióticos en una población adulta del consultorio odontológico en poblado campestre corregimiento de Candelaria-Valle en el primer semestre del 2020. 2020.
- 15.-GÓMEZ, Érika Marcela Mora; ACOSTA, Andrés Manuel Pérez. Revisión y análisis biométrico de la investigación sobre automedicación desde el año 2000. Persona: Revista de la Facultad de Psicología, 2018, no 21, p. 31-79.
- 16.-GUZMÁN MARTÍNEZ, Michael Amir, et al. Frecuencia de polifarmacia en el paciente adulto mayor con hipertensión arterial en una unidad de medicina familiar. 2019.

- 17.-HERNÁNDEZ, Ydalsys Naranjo; PACHECO, José Alejandro Concepción; LARREYNAGA, Miriam Rodríguez. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta médica espirituana, 2017, vol. 19, no 3.
18. Instituto Nacional de Perinatología de México, Normas y procedimientos de Obstetricia, InPer 1983.
- 19.-ISLAM, Monir. Director del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo. [en línea]
- 20.-JARAMILLO ECHEVERRI, Luis Guillermo, et al. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). Index de Enfermería, 2004, vol. 13, no 46, p. 29-33.
- 21.-KREGAR, Gabriela; FILINGER, Ester. ¿Qué se entiende por automedicación? Acta Farm. Bonaerense, 2005, vol. 24, no 1, p. 130-3.
- 22.-KUSKO, F. Para 2050 la resistencia a los antibióticos será la principal causa de muerte. Scientific American, 2016.
- 23.-LLANOS ZAVALAGA, Luis Fernando, et al. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. Revista Médica Herediana, 2001, vol. 12, no 4, p. 127-133.
- 24.-LÓPEZ, José J.; DENNIS, Rodolfo; MOSCOSO, Sonia M. Estudio sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. Revista de salud pública, 2009, vol. 11, no 3, p. 432-442.
- 25.-LÓPEZ-CABRA, Claudia Alejandra, et al. Automedicación en estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario en Bogotá DC, Colombia. Revista Colombiana de Ciencias Químico-Farmacéuticas, 2016, vol. 45, no 3, p. 374-384.
- 26.-MAINETTI, J. Código de Núremberg. Tribunal Internacional de Núremberg, 1947. Ética médica. La Plata, Argentina: Editorial Quirón, 1989
- 27.-MALDONADO, Natalia Andrea, et al. Tendencias de la resistencia a antibióticos en Medellín y en los municipios del área metropolitana entre

2007 y 2012: resultados de seis años de vigilancia. *Biomédica*, 2014, vol. 34, no 3, p. 433-446.

- 28.-MÁRQUEZ GÓMEZ, Marco Antonio; GÓMEZ DÍAZ, Graciela María. Vigilancia del uso de medicamentos en el embarazo en el municipio de Los Palmitos, Sucre, Colombia: una contribución para la prevención y reducción de la mortalidad materna y perinatal. *Nova*, 2017, vol. 15, no 28, p. 115-124.
- 29.-MARRERO, Judith Cuba, et al. Teratogenic effects of some drugs that can cause congenital heart disease and other abnormalities. *CorSalud (Revista de Enfermedades Cardiovasculares)*, 2012, vol. 4, no 2, p. 124-128.
- 30.-MIDIALA, Lugo Valdés; MAIRELYS, Martínez Saavedra; DAIRELYS, Alonso Martínez. La Farmacología una herramienta imprescindible en el tratamiento a la gestante. En *I Jornada Científica de Farmacología y Salud. Farmaco Salud Artemisa 2021*. 2021.
- 31.-MINÍ, Elsy, et al. Automedicación en gestantes que acuden al instituto nacional materno perinatal, Perú 2011. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 2012, vol. 29, p. 212-217.
- 32.-MINISTERIO DE EDUCACION NACINAL. Resolución 266 de 1996. Reglamenta la práctica profesional de enfermería
- 33.-MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".
- 34.-MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".
- 35.-MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad

deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”.

- 36.-Ministerio de salud [En línea] [Fecha de consulta: 25 de noviembre 2020]. Disponible en: www.minsalud.gov.co
- 37.-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 3280 de 2018. “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno perinatal y se establecen las directrices para su operación”
- 38.-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3280 de 2018. “por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”
- 39.-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3280 de 2018. “por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”
- 40.-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3280 de 2018. “por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”
- 41.-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 8430 de 1993. “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”.
- 42.-MORALES CURO, Maria Esperanza. Prevalencia de la dispensación de medicamentos antimicrobianos en farmacias y boticas privadas de Sechura, abril-junio, 2018. 2019.

- 43.-NARANJO-HERNÁNDEZ, Ydalsys. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Revista Archivo Médico de Camagüey, 2019, vol. 23, no 6, p. 814-825.
- 44.-Organización Mundial de la Salud. Enfermería. Ginebra. OMS; Revisado el 12 de marzo de 2021. [Internet].
- 45.-PEREIRO GÓMEZ, CésAr. Drogas y teratogenia. Adicciones, 2006, vol. 18, no supl 1, p. 245.
- 46.-PRADO SOLAR, Liana Alicia, et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista médica electrónica, 2014, vol. 36, no 6, p. 835-845.
- 47.-PRIETO SÁNCHEZ, Heidy Viviana; PRIETO TOVAR, Angelica; RODRIGUEZ RAMIREZ, Ruddy Alejandra. Intervenciones de enfermería relacionadas con el autocuidado en la higiene personal aplicando la teoría de dorothea orem en menores de 7 a 10 años de una institución pública del área urbana de la ciudad de girardot durante el año 2018-2019. 2019. Tesis Doctoral.
- 48.-PRIETO SÁNCHEZ, Heidy Viviana; PRIETO TOVAR, Angelica; RODRIGUEZ RAMIREZ, Ruddy Alejandra. Intervenciones de enfermería relacionadas con el autocuidado en la higiene personal aplicando la teoría de dorothea orem en menores de 7 a 10 años de una institución pública del área urbana de la ciudad de girardot durante el año 2018-2019. 2019.
- 49.-RODRÍGUEZ, Marcela; FERNÁNDEZ, Marta Lucia Tamayo; RIVADENEIRA, Fernando. FOLLETO 10.
- 50.ROJAS GALLO, Annia, et al. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. Revista cubana de Enfermería, 2009, vol. 25, no 3-4, p. 0-0.
- 51.-SALAS, Natalia, et al. Prevalencia de microorganismos asociados a infecciones vaginales en 230 mujeres gestantes y no gestantes sintomáticas del Centro de Salud La Milagrosa en el municipio de Armenia

- (Colombia). Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2009, vol. 60, no 2, p. 135-142.
- 52.-SÁNCHEZ ZAMORA, Cristhian Jean. Prevalencia del uso de antiinflamatorios no esteroideos en pacientes atendidos en el centro de salud materno infantil El Milagro, distrito de Huanchaco–Trujillo. Enero–abril 2019. 2019.
- 53.-TABOADA LUGO, Noel, et al. Teratogenicidad embrio-fetal inducida por medicamentos. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2004, vol. 30, no 1, p. 0-0.
- 54.-TAPIA HURTADO, Gabriela Alexandra. Rol de enfermería basado en la teoría del autocuidado de Dorotea Orem, para prevenir y controlar complicaciones relacionadas a la diabetes de los pacientes que son atendidos en el área de Consulta Externa del Hospital Provincial General de Latacunga período marzo-julio del año 2016. 2016. Tesis de Licenciatura. Quito: UCE
- 55.-VALDÉS SILVA, Yaimara; SÁNCHEZ RAMÍREZ, Eliset; FUENTES ARENCIBIA, Santiago. Malformaciones congénitas relacionadas con los agentes teratógenos. Correo Científico Médico, 2018, vol. 22, no 4, p. 652-666
- 56.-VALLANO, Antonio; ARNAU, Josep María. Antimicrobianos y embarazo. Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica, 2009, vol. 27, no 9, p. 536-542.
- VARGAS OLARTE, Lina Katherine, et al. Actualización del Plan Vial Departamental para el sector bajo de la Provincia de Ricaurte. 2018.
- VÁZQUEZ-BENITEZ, Efrain. El uso de algunos fármacos y sus riesgos durante el embarazo. Gac Méd Mex, 1996, vol. 132, no 5, p. 541-3.
- VEGA-ANGARITA, Olga Marina; GONZALEZ-ESCOBAR, Dianne Sofía. Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. Revista Ciencia y cuidado, 2007, vol. 4, no 1, p. 28-35.

-VIROGA, Stephanie. Riesgo del uso de los medicamentos en el embarazo y lactancia: remoción de la clasificación de riesgo de la FDA. Boletín Farmacológico, 2015, vol. 6, nro. 2, 2015.

12. ANEXOS

11.1 ANEXO A. Instrumento para la caracterización de los factores condicionantes básicos de las gestantes del programa prenatal de la ese centro de salud de Ricaurte y los medicamentos que consumen sin formula médica, durante el segundo trimestre del año 2021



INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE LOS FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS DE LAS GESTANTES DEL PROGRAMA PRENATAL DE LA ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE Y LOS MEDICAMENTOS QUE CONSUMEN SIN FORMULA MEDICA, DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2021



RECOLECCIÓN (Vista previa) Microsoft Forms.pdf

INSTRUMENTO CREADO POR:

1. MARCO ANTONIO MARQUEZ GOMEZ: Químico Farmacéutico, Docente e Investigador. Grupo de investigación TECNOSALUD Universidad de Cartagena
2. GRACIELA GOMEZ: Regente de farmacia, Docente e Investigador. Grupo de investigación TECNOSALUD Universidad de Cartagena

11.2 ANEXO B. AUTORIZACION AUTORES USO INSTRUMENTO

INSTRUMENTO CREADO POR:

1. MARCO ANTONIO MARQUEZ GOMEZ: Químico Farmacéutico, Docente e Investigador. Grupo de investigación TECNOSALUD Universidad de Cartagena
2. GRACIELA GOMEZ: Regente de farmacia, Docente e Investigador. Grupo de investigación TECNOSALUD Universidad de Cartagena

aval instrumento automedicación 2

Saludos,

El jue., 24 sept. 2020 a las 13:12, MARY LUZ MONROY RUBIANO (<mmonroyrubiano@ucundinamarca.edu.co>) escribió:

Cordial saludo profesor Márquez
he encontrado un trabajo sobre Vigilancia del uso de medicamentos en el embarazo en el municipio de Los Palmitos, Sucre, Colombia realizado por usted y en el que utilizaron un instrumento, al que solicito autorización para acceder a él y revisarlo, pues estoy asesorando una investigación sobre automedicación en gestantes y estamos en búsqueda de instrumentos validados, para poder recolectar información con el visto bueno de los autores, le agradezco la atención

Cordialmente

Mary Luz Monroy R
Docente enfermería
mail: mmonroyrubiano@ucundinamarca.edu.co

De: Marco Antonio Marquez Gomez <marco.marquez@unad.edu.co>
Enviado: martes, 6 de octubre de 2020 17:37
Para: MARY LUZ MONROY RUBIANO <mmonroyrubiano@ucundinamarca.edu.co>
Cc: Graciela Maria Gomez Diaz <gracho2290@hotmail.com>
Asunto: Re: Saludo y solicitud

Cordial saludo profesora

Con gusto le comparto el instrumento utilizado en nuestra investigación, el cual fue diseñado por el suscrito con el apoyo de la regente de farmacia Graciela Gomez quien es coautora de la publicación en la que exponemos los resultados del proyecto.

Autorizamos su uso para los fines mencionados en su comunicación, es decir, para la asesoría y realización de una investigación sobre automedicación en gestantes, obligándose a reconocer nuestra autoría en todos los documentos e informes públicos y privados que se elaboren.

Para los efectos de reconocimiento y citación puede usarse el esquema de citación contenido en la publicación en el portal Scielo, "how to cite":

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1794-24702017000200115&lng=en&nrm=iso&tlng=es

11.3 ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA ENTREVISTA A GESTANTES PERTENECIENTES AL MUNICIPIO DE RICAURTE-CUNDINAMARCA, PARTICIPANTES DEL TRABAJO INVESTIGATIVO DESCRITO A CONTINUACION.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se realizó un consentimiento informado basado en la ley 911 y la ley de tratamiento de datos personales, en donde las gestantes acceden o declinan según su decisión personal, dicho consentimiento se aplicó mediante la plataforma forms, para una mejor maniobrabilidad y accesibilidad; primero se realizó una llanada a cada gestante incluida en la base de datos, mencionando el propósito y los objetivos de dicha actividad y recolección de los datos, posterior a ello se realizó la lectura e interpretación del consentimiento informado, a continuación se detallara dicho consentimiento:

RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE LA PRÁCTICA DE AUTOMEDICACIÓN, CARACTERÍSTICAS Y FACTORES RELACIONADOS

Somos Erick Gómez, Yessenia Cardozo y Lorena Castro alumnos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad De Cundinamarca. Este estudio tiene la finalidad de obtener información sobre “La práctica de Automedicación, características y factores relacionados en población en estado de gestación”, motivo por el cual solicitamos su colaboración respondiendo en forma sincera el siguiente cuestionario. Agrademos su colaboración.

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA PROGRAMA DE ENFERMERÍA

Titulo de la Investigación

Caracterización de las gestantes que consumen medicamentos sin formula medica del centro de salud de Ricaurte en el segundo trimestre del año 2021

Investigador: Estudiantes de enfermería : Mabel Yessenia Cardozo Rodríguez, Angie Lorena Castro Calderón, Erick Yesid Gómez Guasca

Asesor: Docente: Mary Luz Monroy Rubiano

CONSENTIMIENTO INFORMADO / AUTORIZACIÓN MANEJO DE DATOS

Este documento explica en qué consiste este estudio de investigación. Es importante que usted lea cuidadosamente esta información y que luego decida si desea participar o no como voluntario. Este consentimiento virtual va dirigido a las gestantes del centro de salud de Ricaurte, para realizar la recolección de información y **autoriza** el manejo de los datos para el estudio, la información será únicamente utilizada con fines académicos y será protegida por los autores y la líder del semillero, su identidad en ningún momento será revelada.

PROPÓSITO

Determinar la prevalencia de la auto medicación y cuáles son los fármacos de uso durante la gestación de las gestantes del puesto de salud de Ricaurte y evidenciar como estos pueden exponer a las gestantes a llevar su embarazo a un alto riesgo.

DURACIÓN: El tiempo que cada sujeto de estudio otorgará para esta investigación será de 20 – 30 minutos. Los resultados del estudio se reportarán en segundo semestre del año 2021.

PROCEDIMIENTOS: Los procedimientos que le conciernen a usted como sujeto en este estudio incluyen:• Participación activa respondiendo libre y voluntariamente a los instrumentos. • Verificación de los criterios de inclusión.


POSIBLES RIESGOS O INCOMODIDADES: El cuestionario que se le aplicara NO presenta ningún riesgo, este NO implica daño alguno para ellos, debido a que los estudiantes de Enfermería estarán contextualizados previamente del contenido de la escala y se darán instrucciones para su desarrollo mediante herramientas virtuales, también contarán con asesoría virtual por parte de las estudiantes investigadoras, si el encuestando lo llegase a requerir. En ningún momento se presentará señalamientos por las respuestas positivas o negativas sobre el tema, además esta información personal será reserva por parte de los investigadores, el informe de esta se dará a conocer en forma general.



BENEFICIOS: Los beneficios que trae esta investigación, para los participantes se reflejara en los siguientes aspectos:
proponer intervenciones de enfermería y/o estrategias para poder dar a conocer los los riesgos de la auto medicación y el efecto que puede generar en el binomio (Madre - Hijo), Dejando como base a los profesionales o estudiantes una base de datos con la cual se puede seguir trabajando. **CONFIDENCIALIDAD:** Se realizará todo esfuerzo para asegurar que los hallazgos de este estudio sean confidenciales.

Copias de los documentos de este estudio serán conservados en el archivo del investigador y docente asesor por un período mínimo de dos años. Los hallazgos de este estudio podrán ser publicados o presentados en reuniones sin revelar su nombre o identidad. Se protegerán sus derechos y privacidad; no obstante, los investigadores asociados con esta investigación tendrán acceso a los documentos e información relacionados con este estudio.


6.8 11.4. ANEXO D: DOCUMENTO INFORMATIVO ILUSTRATIVO

SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO





- 6  ver luces, destellos o tener visión borrosa
- 7  Sensación de ardor en el estómago
- 8  Disminución de la cantidad de orina que elimina, orina muy concentrada y de olor o color diferente al normal
- 9  dolor o ardor al orinar
- 10  Dolor bajito, dolor pélvico

SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO



El embarazo es un proceso normal que se traduce en una serie de cambios fisiológicos. Sin embargo, puede ir acompañado de algunas complicaciones potencialmente peligrosas para el binomio madre-niño. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los signos y síntomas de alarma del embarazo son aquellos que indican que la salud de la gestante y el producto de la concepción están en peligro

- 1  Inflamación cara, mano y/o pies
- 2  Sangrado vaginal (sin importar que sea poco)
- 3  No percibir o sentir muy pocos movimientos del bebé en su vientre
- 4  Escuchar pitos, silbidos o ruidos en uno o ambos oídos
- 5  Presentar fiebre

REFERENCIA

- SULCA-DIAZ, Rusber O.; PEÑAFEL-PALOMINO, Rosario P.; JUAN, A. Conocimiento y actitudes de las gestantes sobre los principales signos y síntomas de alarma en el embarazo, hospital regional de Ica, enero 2017. Revista médica panacea, 2017, vol. 6, no 1.
- ORTIGOSA CORONA, Eduardo; KARCHMER KRIVITZKY, Samuel. Factores relacionados con el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo. Ginecol. obstet. Méx, 1996, p. 90-5.

La mayoría de estos signos no tienen que indicar necesariamente problemas graves para su salud o la del bebé, pero ante la duda y el riesgo es mejor acudir al CENTRO DE SALUD mas cercano.

ESTUDIANTES : YESSENIA CARDOZO RODRIGUEZ
LORENA CASTRO CALDERON
DOCENTE ASESORA :MARY LUZ MONROY RUBIANO



Auto medicación en gestantes



1

¿Que es la auto medicación?

El consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico



2

¿Que riesgos produce ?

La auto medicación durante el embarazo puede poner en riesgo la vida de la madre y del futuro bebé, ocasionar abortos, muertes maternas o malformaciones congénitas en el pequeño por nacer,



3

¿ A quien debo acudir ?

Si presente algún síntoma acudir al centro de salud / medico de control , para que se le realice un seguimiento y si es necesario se formule .



Recuerda que es muy importante acudir a los controles prenatales



En ellos podrás aclarar dudas, aprender cosas nuevas sobre tu embarazo, llevar un control de como vas en esta nueva etapa, conocer cuales son los SIGNOS DE ALARMA y cuando debes acudir por urgencias . Para poder disfrutar de esta linda etapa.

CITAS

UNA cita, te da el auto medicación en gestantes, que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal, UNIC, para la prestación de medicina especializada y salud pública, 2015-16, 20 p. 23-27

ESTUDIANTE: MABEL YESSICA CARDOSO RODRIGUEZ

ESTUDIANTES:

MABEL YESSICA CARDOSO RODRIGUEZ
ANGIE LORENA CASTRO CALDERON
DOCENTE ASESORA: MARY LUZ MONROY RUBIANO



IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL

El objetivo más importante del control prenatal es prevenir, orientar, disminuir los factores de riesgo, detectar problemas de salud y/o signos de alarma y tratarlos a tiempo,



Los controles deben comenzar tan pronto como el embarazo sea sospechado, idealmente antes de las 10 semanas, especialmente en pacientes con patologías crónicas.

OBJETIVOS DEL CONTROL PRENATAL

- Evaluar el estado de salud de la madre y el feto
- Establecer la Edad Gestacional
- Evaluar posibles riesgos y corregirlos
- Planificar los controles prenatales.



FRECUENCIA RECOMENDADA PARA LOS CONTROLES PRENATALES

- Cada 4 semanas durante las primeras 28 semanas.
- Cada 2-3 semanas entre la semana 28 a la semana 36.
- Semanalmente después de las 36 semanas.

entre más temprano mejor

El cumplimiento de una adecuada atención prenatal es una garantía dentro del Programa Materno Infantil para lograr niños sanos y madres saludables, por lo que debe realizarse con el mayor rigor y cumplimiento establecido. Llevar adelante de manera correcta la metodología establecida de la atención prenatal y cumplirla constituye una prioridad para lograr aún mejores resultados en el binomio materno infantil.

CITAS

<http://www.minsal.cl/web/detalle/tema/116420448PRENATAL2009REV01012.pdf>
Lugones-Rinell, M. (2009). La importancia de la atención prenatal en la prevención y promoción de salud. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 44(1). Recuperado de <http://www.sergioobstetricia33.cu/index.php/ga/article/view/305/23>

ESTUDIANTES
INGE LORENA CASTRO CALDERON
DEL YSSENIA CARDOZO RODRIGUEZ
ASESORA
MARY LUZ MONROY RUBIANO