



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



Universidad Nacional de San Martín

TARAPOTO

FACULTAD DE OBSTETRICIA

**“ Uso de Drogas Durante el Embarazo
Hospital II Integrado IPSS — TARAPOTO — 1992 ”**



PRESENTADO POR:

Bach. : Irma Panduro Torres

Bach. : Rocío del Pilar Villacorta Rodríguez

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRIZ

TARAPOTO — PERU

1,993



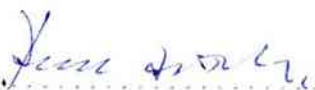
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

USO DE DROGAS DURANTE EL EMBARAZO.
HOSPITAL II INTEGRADO AL IPSS - TARAPOTO, 1992

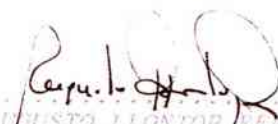
TESISTAS: IRMA PANDURO TORRES
ROCIO DEL PILAR VILLACORTA RODRIGUEZ

JURADO CALIFICADOR:


.....
DR. AUGUSTO LLANTOP CHUMIQUE
PRESIDENTE


.....
DR. NESTOR ESTACIO PINO.
MIEMBRO


.....
ORST/ EVANGELINA AMPUERO F.
MIEMBRO


.....
DR. AUGUSTO LLANTOP RENGUE
ASESOR

DEDICATORIA

A mis queridos padres: DIOGENES y BERTILA, quienes me brindaron todo su cariño y amor incomparable cuyos esfuerzos y sacrificios fueron el estímulo constante para la culminación de mi carrera profesional.

Con amor a mi esposo: CARLOS TOMAS, quien con su valioso esfuerzo y comprensión motivó mi superación en mi formación profesional.

A mi menor hijo: CARLOS FERNANDO, que ha significado para mí la motivación principal de mi esfuerzo para contribuir a su bienestar futuro me llenara de felicidad, con mucho cariño.

IRMA

DEDICATORIA

A mis queridos padres: MANUEL y PAQUITA, por su confianza y apoyo desinteresado para lograr uno de mis más caros anhelos.

A mi adorado esposo: MANABES, quien con su amor incomparable, y lucha constante a mi lado, para vencer obstáculos y continuar adelante en mira a la culminación de mi carrera profesional.

A mis queridos hijos: PAULO SERGIO y KATHERIN MILUSKA, que nacieron para llenar mi vida de felicidad y fortalecer mi espíritu de superación.

ROCIO DEL PILAR

AGRADECIMIENTO

Al Dr. AUGUSTO R. LLONTOP REATEGUI, por el apoyo y el asesoramiento brindado.

A las Obstetricias trabajadoras del Hospital II Integrado IPSS Tarapoto, en el Consultorio Externo de Obstetricia por la colaboración y el apoyo brindado durante la recolección de datos.

A nuestros profesores, cuyas enseñanzas asimiladas pusimos en práctica durante nuestra formación profesional.

A nuestro profesor de Farmacología Dr. ANMAR BEKAUCHE DE MERIDI, por su orientación y sus alcances brindados para la sustentación de nuestra tesis.

LAS AUTORAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

USO DE DROGAS DURANTE EL EMBARAZO
HOSPITAL DE APOYO INTEGRADO TARAPOTO, 1992

TESISTAS: BACH. IRMA PANDURO TORRES

BACH. ROCIO DEL PILAR VILLACORTA RODRIGUEZ

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE OBSTETRIZ

TARAPOTO - PERU

INDICE

26	INTRODUCCION.....	1
27	OBJETIVOS	4
27	METODOLOGIA	5
27	RESULTADO Y DISCUSION.....	7
28	CONCLUSIONES	25
28	RECOMENDACIONES	26
28	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	27
28	ANEXOS	28

I. INTRODUCCION

El avance de la tecnología farmacológica determina que la terapia con drogas se vuelva de creciente importancia en la práctica de la obstetricia.

Los progresos de la rama perinatólogica, la introducción de drogas en uso y el descubrimiento de otras drogas hacen necesario que el profesional en la rama de obstetricia tenga conocimiento sobre su uso y las indicaciones de estas en la gestación y problemas como inducción de aborto, amenaza de aborto, hiperemesis, parto prematuro, infecciones, trastornos hipertensivos entre otros.

Muchos investigadores han encontrado que las mujeres embarazadas toman una cantidad sorprendente de drogas, a pesar de que están enteradas del potencial teratogénico.

Por otro lado los estudios informan que la mayoría de las drogas son tomadas en la última mitad del embarazo y hay relativa limitación en el primer trimestre. Las drogas más frecuentemente usadas son los analgésicos, antidiarreicos, sedantes y drogas para tratar infecciones.

Asimismo, existe una tendencia a creer que la mayoría de las drogas usadas por las mujeres embarazadas son tomadas sin una adecuada prescripción que genera un uso indiscriminado de los medicamentos que en nuestro país aún no es conocido.

Estudios retrospectivos con base hospitalaria que estiman la cantidad de drogas a las cuales las mujeres están expuestas durante el embarazo. Los registros de las farmacias (bastante deficiente en nuestro medio) y los datos de las historias clínicas hospitalarias obligan a desarrollar trabajos prospectivos con la finalidad de determinar la prevalencia del uso de drogas.

Forgan y Nelson hallaron que un 83% de 911 mujeres embarazadas no seleccionadas recibió drogas prescritas y la exposición media a las drogas fue de tres por paciente (2).

Asimismo el Collaborative Perinatal Survey, en los Estados Unidos, recolectó datos sobre 50.282 embarazos y allí la exposición media fue de 3,8 productos farmacéuticos por mujer (4).

Los analgésicos son las drogas de mayor uso durante la gestación; las drogas antieméticas en el primer trimestre varían desde el 1% al 70 por ciento (3); los antibióticos, sedantes y drogas para la vía respiratoria entre son las drogas siguientes más comunes (1).

Por otro lado debemos señalar que existen pocos tratamientos con fármacos específicos para uso en el embarazo; así mismo casi todas las drogas de uso común están en una advertencia en relación a su uso durante el embarazo. En general hay problemas éticos, de organización

condiciones que dificultan la investigación clínica, la cual se hace más difícil en áreas con escasa tecnología por lo que el presente trabajo intenta evaluar las características epidemiológicas del uso de drogas en el terreno.

II. OBJETIVOS

1. Determinar la prevalencia del uso de drogas en el primer y segundo trimestre del embarazo.
2. Establecer pautas de prescripción de drogas durante la gestación de acuerdo a la realidad hospitalaria local.

III. METODOLOGIA

Este ensayo descriptivo longitudinal se realizó mediante un cuestionario tomado a toda la población de pacientes del primer y segundo trimestre de embarazo que ingresaban al consultorio de obstetricia del Hospital de Apoyo de Tarapoto, entre los meses de Agosto, Setiembre, Octubre a Noviembre de 1992.

El total de casos alcanzó la cifra de 601 pacientes de un total de 734 gestantes controladas en el mencionado nosocomio.

A esta población se aplicó un cuestionario, previamente probado a través de una prueba piloto, con las variables de edad, grado de instrucción, tiempo de gestación, número de abortos, tipo, número y marca de droga ingerida, persona que prescribió la droga, motivo de la prescripción y marcando si existía alguna contraindicación a las drogas proporcionadas.

Conforme se realizaba el trabajo, el equipo de investigadores elaboraba el banco de datos de drogas para evaluar su relación con el embarazo. De no existir en la referencia bibliográfica se agotaba la información a través de los laboratorios que patentaban la marca.

Se utilizaron pruebas de tendencia central y de distribución porcentual para el análisis.

Para efectos de establecer los cuadros de equivalencia y uso de medicamentos se determinó dividida según el efecto farmacológico de la droga (vibromatínicos, anestésicos, etc).

IV. RESULTADOS Y DISCUSION

El presente estudio mostro que la distribucion porcentual de la poblacion estuvo orientada principalmente hacia el grupo etario de 20 a 30 años, el cual representa un 80% del total de los casos, mientras que los grupos extremos (4 a 19 y >35 años) representan el 14 y 6 por ciento respectivamente.

En relacion al grado de instruccion, la poblacion de gestantes que acuden al hospital en el 29.5% correspondieron al grupo con instruccion primaria, un 51% de secundaria mientras que el 19.5% pertenecio al nivel superior.

La paridad en un 28.7% estuvo en el grupo de las primigestas, un 63.2% entre 2 y 5 gestaciones y un 7.3% a más de 6 embarazos.

El 15% de los casos pertenecieron a gestantes que acudieron al control pre-natal durante el primer trimestre, mientras que las restantes fueron exclusivamente del segundo trimestre.

Con respecto a antecedentes de abortos
señalan que un 22.5% tuvo un aborto, 7.3% con dos,
3% con tres y ninguno en un 68.9 por ciento.

CUADRO 1
DROGAS Y EMBARAZO: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN
EDAD, EDUCACION, TIEMPO DE GESTACION, PARIDAD Y
ABORTO. HOSPITAL DE TARAPOTO. 1992

	Nº	%
EDAD		
≤ 19 años	84	14.0
20 - 34	481	80.0
≥ 35	36	6.0
GRADO DE INSTRUCCION		
analfabeta	-	-
primaria	178	29.5
secundaria	306	51.0
superior	117	19.5
PARIDAD		
G= 1	173	28.7
G 2 - 5	380	63.2
G= 6	47	7.8
TIEMPO DE GESTACION		
Primer Trimestre	90	15.0
Segundo Trimestre	511	85.0
ANTECEDENTE DE ABORTO		
1	135	22.5
2	44	7.3
3	8	1.3
Ninguno	414	68.9

La terapia con drogas durante el embarazo y el parto se vuelve cada vez más importante conforme la obstetricia va introduciendo nuevos productos al mercado fetal. Los progresos en el campo de la anestesiología, fisiología prenatal y técnicas operatorias han eliminado considerablemente el riesgo materno y perinatal por lo que paulatinamente los avances se están dirigiendo a evaluar el efecto de las drogas en las malformaciones congénitas, retardo del crecimiento intrauterino, prematuridad, hipertensión del embarazo y la lactancia materna; ya que cada vez es más evidente el uso de drogas en forma indiscriminada.

En el presente estudio 1174 drogas fueron utilizadas que hace una tasa promedio de 1.95 drogas por gestante, teniendo rangos entre 1 a 7 medicamentos por paciente; las cuales estuvieron distribuidas en un 40.63% con vitaminas relacionadas con el embarazo, 20.19% con otro tipo de vitaminas, 12.78% con antieméticos, 9.45% con analgésicos, 7.07% con antibióticos y las restantes a una miscelánea de drogas (CUADRO 2).



CUADRO 2
 DROGAS : EMBARAZO: TIPO DE DROGA UTILIZADA Y TASA DE PRESENTACION. HOSPITAL DE APOYO TARAPOTO. 1992

TIPO DE DROGA	N	%
Vitaminas/embarazo	477	40.63
Vitaminas/otras	237	20.19
Antieméticos	150	12.78
Analgésicos	111	9.45
Antibióticos	83	7.07
Anti-inflamtorio	25	2.13
Sedantes	20	1.74
Antiglatulentos	16	1.36
Tocolíticos	12	1.02
Anti-ácidos	11	0.94
Hormonas	10	0.85
Otros: Vegetales, antitú- sígeno, antihipertensivo	22	1.80
TASA DE PRESENTACION		
Total de drogas utilizadas	1174	
Tasa/paciente	7.95/p	
Tasa sin vit/paciente	0.76/p	
Nº DE DROGAS/PACIENTE		
Una droga	casos	%
Una droga	212	18.05
Dos	250	21.29
Tres	93	7.92
Cuatro	35	2.98
Cinco	6	0.50
Seis	1	0.08
Siete	1	0.08

Las cifras del presente estudio difieren significativamente de otras series, por ejemplo Forjar y Wilson hallaron que un 82% de 911 gestantes no seleccionadas recibieron drogas prescriptas y la tasa de exposición fue de 3 drogas por paciente.

Asimismo, el Collaborative Perinatal Survey en Estados Unidos, recolectó datos de 50,282 embarazos, encontrando una tasa de exposición de 3.8 drogas/paciente. A pesar que nuestras cifras no son lo suficientemente elevadas debido al corto tiempo estudiado, podemos manifestar que la tendencia en nuestro medio es bastante menor que en países desarrollados no sin antes señalar que los datos de estudios hospitalarios con frecuencia sobestiman la cantidad de drogas a las cuales las mujeres están expuestas durante el embarazo; de ahí la necesidad de re-estructurar la historia clínica de la paciente para poder evaluar mediante estudios retrospectivos la tendencia del uso de drogas.

Si retiramos las vitaminas podemos observar que los antieméticos, analgésicos, antibióticos, anti-inflamatorios y sedantes son los más frecuentemente utilizados hecho que concuerda con la literatura revisada. Un dato observado en nuestra serie es el uso de vegetales, desconociéndose el tipo y motivo de su uso por lo que un trabajo específico aportaría datos importantes de la medicina folklórica.

El número de drogas contraindicadas alcanzan un porcentaje del 22 por ciento, es decir la quinta parte de las mismas no debieron ser ingeridas por las gestantes (CUADRO 3).

CUADRO 3
 DROGAS Y EMBARAZO: CONTRAINDICACION DE LA DRUGA.
 HOSPITAL DE APOYO TARAPOTO, 1992

CONTRAINDICACION	N	%
si	254	22
no	920	78

La contraindicación de una droga está en relación a los efectos tóxicos potenciales para el feto, existen drogas que han demostrado su efecto teratogénico tales como la talidomida y el dietilstilbestrol que inicialmente fueron aplicados para las náuseas y amenaza de aborto. Cuando un fármaco se administre debe establecerse una comprensión entre la farmacocinética y la farmacodinamia del medicamento, así como, considerar al feto como una parte de una unidad integrada de compartimentos múltiples: madre-placenta-membranas-líquido amniótico y feto.

Cada compartimiento tiene sus propias funciones con características genéticas bien codificadas; el conocimiento de las mismas paulatinamente está siendo conocido por lo que en la actualidad la administración de fármacos a través del líquido amniótico, sangre fetal o directamente al feto está siendo realizado, especialmente, en el grupo de pacientes que requieren transfusiones para inmunización, deficiencias congénitas tal como la aciduria metil-malónica, fetos con retardo del crecimiento intrauterino, hipotiroidismo congénito entre otros.

Sólo un 22 por ciento de los medicamentos están contraindicados por lo que un curso de actualización permanente será de vital importancia en el personal de la gestante.

CUADRO 4
DEJES Y EMBARAZO: MEDICAMENTOS CONTRAINDICADOS
Y APLICADOS DURANTE LA GESTACION
HOSPITAL DE APOYO TARAPOTO, 1992

PERSONA	CONTRA		INDICACION		TOTAL
	SI		NO		
	N	%	N	%	
Analgésico	44		67		111 100
Antiemético	150		-		150 100
Antiférido	1		10		11 100
Diuréticos	1		17		20 100
Vitamina	-		237		237 100
Vitamina/embarazo	-		477		477 100
Antibiótico	20		63		83 100
Antimomas	3		7		10 100
Anti-inflamatorio	16		9		25 100
Antitusígeno	1		12		13 100
Antihipertensivo	1		-		1 100
Relajante Muscular	1		-		1 100

A pesar de estos avances en la actualidad existen un número elevado de fármacos que están contraindicados por el escaso conocimiento que se tiene sobre los mismos debido a la existencia de principios éticos de investigación experimental con seres humanos que están debidamente reglamentados por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (COICM) el cual exige que las investigaciones deben ser presentadas en un protocolo a un comité independiente, que se debe consignar como fue obtenida la población de voluntarios, establecer la legitimidad de los grupos

debería y evaluar con gran detenimiento la admisibilidad del empleo de pacientes de instituciones psiquiátricas, trastornos mentales, niños y personas analfabetas. Este hecho dificulta aun más el trabajo experimental con pacientes.

En el presente estudio las contraindicaciones estuvieron relacionados con los antiagregantes - antiinflamatorios, anti-eméticos, antibióticos, estrógenos e inductores de la ovulación.

Los anti-inflamatorios no esteroideos (aspirina, indometacina, naproxen entre otros) son inhibidores de la síntesis de prostaglandinas.

El tratamiento con dosis elevadas de aspirina durante los últimos 6 meses del embarazo está relacionado con un aumento en el tiempo de gestación, embarazo y trabajo de parto prolongado así como alteraciones hemorrágicas en la madre y el feto; debemos mencionar que la aspirina está siendo probada en dosis bajas para evaluar la seguridad y eficacia en la expansión y regresión de las complicaciones relacionadas con el embarazo, que se consideran como resultado de una alteración del metabolismo de las prostaglandinas. El uso clínico de la aspirina a dosis baja en el embarazo está siendo aplicado en la prevención de la toxemia, prevención del retardo del crecimiento intrauterino, estados hipertensivos relacionados con pérdida fetal (anticuerpos

es cardiovascular y anticoagulante (lupus), estados con riesgo de agregación plaquetaria, tromboembolia arterial y síndrome supratentorial idiopático.

Con los otros antiinflamatorios, especialmente para suprimir la labor de parto prematura pueden producir problemas en el feto tales como PO₂ baja de la sangre, permeabilidad del conducto arterioso, oligonefrosis por vasoconstricción renal y alteración de las membranas fetales.

Las náuseas y vómitos ocurren hasta en un 80% de los embarazos más comúnmente entre la 8ª y 14ª semanas. Un 20% de las mujeres continúan con el problema hasta el tercer trimestre por lo que un tratamiento con antieméticos con bastante frecuencia tiene que continuarse.

Los estudios retrospectivos sobre la seguridad de una variedad de antieméticos populares en el embarazo revelaron que un número más pequeño de madres de niños nacidos con anomalías mayores consumieron antieméticos (7.4%) durante el primer trimestre, con respecto a las madres de niños normales (13.4%). Estos resultados no sugieren que los antieméticos comúnmente usados, tal como el dimenhidrinato realmente causen anomalías congénitas. La mayoría de los antieméticos dopaminérgicos comúnmente usados parecen así ser seguros en el embarazo. Aunque los datos de los

Estudios de teratogénesis humana son escasos, la tragedia con la talidomida no recomienda valerse de estudios en animales para determinar el grado de daño o benignidad de la droga.

Otra droga antiemética, como el clorhidrato de piridoxina a pesar de los amplios ensayos no muestran evidencia que pueda ocasionar efectos colaterales nocivos sobre el feto. La metoclopramida (PRINPERAN) es generalmente considerada segura para el tratamiento del vómito en especial si está asociado con estasis gástrica y reflujo durante el último tiempo del embarazo y el parto; esta droga atraviesa fácilmente la barrera placentaria así como es excretada en la leche de pecho. Reportes de efectos de la domperidona (NETAF) no están reportados, pero el laboratorio sugiere tomar precauciones durante el primer trimestre.

Finalmente para casos no complicados de náuseas y vómitos, la psicoterapia, pequeñas comidas ricas en carbohidratos y restricción de bebidas de gran volumen pueden resultar suficiente. Es importante señalar que algunos de las pacientes pueden requerir hospitalización para la administración de líquidos endovenosos, reposición de electrolitos y terapia con vitamina B. No hay evidencia que los corticoides produzcan beneficio.

Como podemos observar en el CUADRO 2, los antibióticos ocupan el quinto lugar en importancia en esta serie, observándose que en el 100% de los casos estas drogas que no tuvieron contraindicación alguna tanto para la madre como el feto.

CUADRO 5
DROGAS Y EMBARAZO: TIPO DE ANTIBIOTICOS
UTILIZADOS. HOSPITAL DE TARAPOTO, 1992.

TIPO DE DROGA	N	%
Ampicilina	62	75
Nitrofurantoina	15	18
Cefalexina (keflex)	2	2
Cefradina (valoceff)	1	1
Amoxicilina	1	1
Gentamicina	1	1
Penicilina	1	1
	83	100.0

La mayoría de los antibióticos llevan la advertencia para ser usados con precaución, a causa de estas restricciones y donde los ensayos clínicos en mujeres gestantes éticamente están prohibidos es que el avance en el campo de la obstetricia es lento. No hay evidencia de que ninguna de las drogas antimicrobianas aprobadas para uso general sea teratogénica en el hombre con excepción de las tetraciclinas y la rifampicina. Carter y Wilson () han informado un número de casos con malformaciones y daño fetal consecutivos al tratamiento con tetraciclinas, cuya tasa ascendía a un 46% contra 3% de las madres que no recibieron la mencionada droga.

Algunos compuestos de sulfamidas son teratogénicos en animales y, como resultado de tales estudios la sulfamida de larga acción tiene prohibida su utilización.

El cotrimoxazol ha resultado ser teratogénico en animales de laboratorio a pesar que no se han reportado efectos adversos en mujeres embarazadas, excepto que como antagonista del ácido fólico deben ser evitados mientras sea posible durante el primer trimestre para luego en los siguientes meses utilizar ácido fólico como coadyuvante.

Asimismo, muy altas dosis de metronidazol en ratones tiene un efecto carcinogénico que no ha podido ser demostrado en otros animales de experimentación.

La seguridad de la gentamicina y kanamicina durante el embarazo no ha sido establecida; ambas cruzan la placenta pero en diferentes concentraciones no conociéndose hasta la fecha el grado de ototoxicidad. No obstante no hay dudas acerca del valor de los aminoglicósidos en combinación con otros antibióticos en el tratamiento de infecciones serias. A pesar que en nuestra serie no encontramos parturientas con estreptomina, la cual es droga de elección en la tuberculosis debemos advertir que el reporte de Snider y Colaboradores reporta que uno de cada seis neonatos tuvieron pruebas de BCG del octavo par ordenado: varió desde pérdidas

reversas de alta frecuencia hasta sordera bilateral intensa por lo que sugieren no utilizar esta droga durante el embarazo.

La terapia con el cloranfenicol puede determinar efectos tóxicos en la madre pero no hay evidencia alguna que en el feto pueda producir daño, casos extremos puede resultar en colapso circulatorio en el recién nacido.

Los antibióticos β -lactámicos penicilina y ampicilina están bien establecidos como de los más seguros en la práctica obstétrica. En forma similar no hay efectos adversos informados consecutivos al tratamiento con cefoxacilina, meticilina o amoxicilina. Asimismo los reportes actuales señalan que las cefalosporinas (cefalotina, cefradina, cefalotidina, cefuroxima, cefazolina) pueden ser prescritas sin problema alguno. Un capítulo aparte es el uso de las eritromicinas donde el estolato de eritromicina no debe ser usado durante el embarazo por su potencial efecto de hepatotoxicidad.

No hay evidencias de que la clindamicina y lincomicina tengan efectos adversos en el embarazo, pero su efecto a nivel digestivo (pseudocolitis membranosa) hace que con frecuencia el obstetra no lo utilice.

La nitrofurantoina no sido usada por más de 25 años para tratar las infecciones urinarias y no se ha reportado efectos adversos.

Es probable que por lo pequeño de nuestra muestra y por estar en zona urbana los casos de pacientes con malaria fueron escasos (2 casos) a quienes el tratamiento con cloroquina sigue siendo la droga de primera elección. Se reporta que los tratamientos de largo plazo producían coriorretinitis neonatal y lesiones oculares en adultos.

Los cambios fisiológicos en la sangre son marcados durante la gestación, la demanda del feto cuya pico máximo se encuentra entre la 32-34 semanas obliga a la madre constantemente a modificar su entorno plasmático que en relación con la hemoglobina, hematocrito y glóbulos rojos tiende a disminuir por el aumento del volumen plasmático. Es por ello que la demanda de hierro está aumentada, el feto obtiene el hierro del suero materno, principalmente a través del transporte activo por la placenta y en mayor escala durante las 4 últimas semanas del embarazo; el requerimiento total de hierro diario es de 4 mg. que al final del embarazo es del orden de 700 a 1400 miligramos.

Otra droga relacionado con la hemoglobina y glóbulos rojos es el ácido fólico que ha asumido un rol central en la nutrición del embarazo. A nivel celular el ácido fólico se reduce a dihidrofólico y

tetrahidrofólico que intervienen básicamente en el crecimiento y división celular por lo que su ingesta debe ser desde el inicio de la gestación. Su deficiencia se traduce en anemia megaloblástica.

CUADRO 6
 DROGAS Y EMBARAZO: DISTRIBUCION PORCENTUAL
 DEL HIERRO Y ACIDO FOLICO.
 HOSPITAL DE APOYO TARAPOTO. 1992

DRUGA		N	%
HIERRO	sí	457	76
	no	144	24
ACIDO FOLICO	sí	124	21
	no	477	79

Resumiendo podemos señalar que nuestras gestantes en el hospital de apoyo Tarapoto, sólo reciben hierro y ácido fólico en el 76 y 21 por ciento respectivamente, cifras que deberían ser mucho mayores dada las características de nuestra población.

Un hecho aparte que debe ser comentado es lo relacionado a las necesidades de minerales durante el embarazo que impacta en la salud materna y el pronóstico perinatal, siendo el calcio, magnesio y zinc los más importantes.

El calcio aparte de su función en el esqueleto está proporcionando resultados alentadores en la prevención de la toxemia.

La acción del magnesio es esencial en el transporte de membrana y aún en la transcripción y traslación genéticas. Su deficiencia experimental muestra alteración mental, irritabilidad y alteración en la función de los músculos. Su aplicabilidad clínica esta relacionada con la presencia de eclampsia.

El zinc es un elemento esencial para la reproducción humana por lo que concentraciones bajas se ha relacionado con RCIU, toxemia y aumento en el riesgo de infección intra-amniótica.

El reflujo gastroesofágico es un síntoma común durante la gestación que es mas evidente a finales del embarazo y durante el parto. Su aplicabilidad de los mismos durante el primer trimestre es cuestionada por algunos trabajos que reportan malformaciones congénitas aún con los anti-ácidos más simples como los que contienen aluminio y magnesio.

CUADRO 7
 DROGAS Y EMBARAZO: NUMERO DE MEDICAMENTOS
 SEGUN LA PERSONA QUE PRESCRIBIO
 HOSPITAL DE APOYO TARAPOTO, 1992

PERSONA	A	B	C	D	E	F	G	casos	%
Analgésico	25	4	24	1	4	5	48	111	100
Antiemético	64	8	68	1	-	3	3	147	100
Antidácido	4	-	5	-	-	-	2	11	100
Sedantes	16	-	2	-	-	-	-	18	100
Vitamina	45	7	163	-	1	3	5	224	100
Vitamina/embarazo	85	6	374	1	1	3	1	471	100
Antibiótico	28	2	43	-	1	1	3	78	100
Hormonas	7	-	-	-	2	-	-	9	100
Anti-inflamatorio	12	1	4	-	1	3	5	26	100
Tocolíticos	11	-	2	-	-	-	-	13	100
Antiglatulento	7	-	4	1	-	-	2	15	100
Antitusígeno	2	-	1	-	-	-	-	3	100
Antihipertensivo	1	-	-	-	-	-	-	1	100
Relajante Muscular	1	-	-	-	-	-	-	1	100
Vegetales	-	-	-	-	-	1	4	5	100
TOTAL	308	28	690	4	10	19	83		

A: Médico

B: Enfermera

C: Obstetriz

D: Curandero

E: Amigo

F: Familiar

G: Automedicado

Podemos observar que en el CUADRO 7, la mayor medicación fue proporcionada por la obstetriz debido a que la mayoría de los pacientes son vistos por primera vez en los consultorios de obstetricia. Por otro lado no existen diferencias entre la prescripción del médico y la Obstetriz en relación a los analgésicos, anti-eméticos y antidácidos.

Las diferencias son evidentes cuando se trata de evaluar la prescripción de sedantes, vitaminas, antibióticos y anti-inflamatorios.

CUADRO 2
 DROGAS Y EMBARAZO: MOTIVO DE LA PRESCRIPCION
 HOSPITAL DE APOYO TARAPOTO. 1992

ITEM	N	%
Debilidad/Fatiga	371	46.8
Nauseas/Vomitos	224	28.2
Infecciones	77	9.7
Dolor/Malestar	70	8.8
Gases/cólicos	33	4.2
Otros	18	2.3

En general la decisión de proporcionar tratamiento a la gestante está en relación al deterioro físico que ocurre probablemente por un efecto hormonal, nutricional o infeccioso. Ello obliga a plantear programas específicos en relación al factor nutricional y conocimientos sobre embarazo en la mujer y familia.

CUADRO 3
 DROGAS Y EMBARAZO: CARACTERISTICA DEL EMBARAZO
 Y CONTRAINDICACION DE LA DRUGA. HOSPITAL DE
 APOYO TARAPOTO. 1992

CARACTERISTICA	N	%
Deseado	371	62
No deseado	230	38

Se puede observar como el 38% de los embarazos son no deseados, por lo que un apoyo psicológico dentro del control pre-natal será importante para afianzar la maternidad y paternidad responsable.

V. CONCLUSIONES

1. La causa más frecuente del uso de drogas estuvo relacionado con las vómitos (60%), anti-eméticos (13%), analgésicos (9%) y antibióticos (7%).
2. La tasa promedio de uso de drogas fue de 2 drogas por paciente.
3. La frecuencia de medicamentos contraindicados en el embarazo fue del 22 por ciento.
4. El antibiótico más utilizado fue la ampicilina y la nitrofurantoina.
5. El uso de hierro y ácido fólico alcanzó el 76 y 21 por ciento respectivamente.
6. La causa más frecuente de indicación estuvo relacionada con la debilidad, náuseas e injerencias.
7. Existe un 38% de gestantes con embarazos no deseados.

VI. RECOMENDACIONES

1. Capacitar constantemente en farmacología obstétrica al profesional de salud.
2. Incentivar propuestas de investigación al profesional hospitalario.
3. Desarrollar propuestas de trabajo en relación a drogas y malformaciones congénitas, como segunda parte de esta investigación.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARIO, L. y MAC ARTHUR. Health risks in pregnancy. *Br. J. Prevent. Soc. Med.* 31:20-8, 1977.
2. FORFAR, J. y NELSON, M. Epidemiology of drugs taken by pregnant women. *Clinical Pharmacology Ther.* 14:1-11, 1973.
3. GOODMAN, A. ET AL. 1988. Las bases farmacológicas de la Terapéutica. Edit. Médica Panamericana. Argentina.
4. GOODMAN, R. y GARLIO, E. 1988. Malformaciones en el lactante y en el niño. Edit. Salvat. Madrid.
5. HILL, R. Drugs ingested by pregnant women. *Clinical Pharmacology Ther.* 14:654-659, 1973.
6. LEWIS, P. 1986. Farmacología Clínica en Obstetricia. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.
7. RAYBURT, A. ET AL. 1988. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas: Controversias en farmacoterapia fetal. Edit. Interamericana. México.

VIII. ANEXOS

MARCA DE DROGAS QUE UTILIZARON LAS GESTANTES EN EL PRESENTE ESTUDIO

DROGAS QUE SE PUEDE MEDICAR CON PRECAUCION

Atropina
Apranax (Naproxeno Sódico)
Codipront (Codeína)
Biogen (Citrato de Clomifeno)
Buscapina
Condrolán
Eritromicina
Eutocol
Feldene (Piroxicam)
Gravidinona (Aproanato de didroxiopro)
Indocid (Indometacina gesterona)
Netaf (Domperidona)
Placidium
Tramal (Dimetil aminometil)
Tagamet (Cimetidina)
Tonopan (Dihidroergotamina)
Wintomilon

DROGAS QUE SE PUEDEN TOMAR

Amoxicilina (Amoxil)
 Asecliptin (Acido acetilsalicílico)
 Aldomet (Metildopa)
 Aspirina (Acido acetilsalicílico)
 Cloroquina
 Fenobarbital
 Gravol (Dimenhidrinato)
 Keflex (Cefalexina)
 Megacilina (Penicilina glemizol)
 Pimpezan (Metoclopramid)
 Velocel (Cefradina)
 Mejonal
 Decadron (Dexametazona)
 Antalgina
 Aero-om (Dimetilpolisiloxano)
 Ampicilina
 Azocetasaabal
 Acido fólico
 B-Brocol (Ampicilina)
 Calcioferol
 Cinadiel (Cinanzina)
 Contrex (Paracetamol)
 Cheracol (AcidoAcetilsalicílico)
 Cloro alergen
 Contac "C" (Paracetamol)
 Citobal (Paracetamol)
 Diazepam
 Dilator
 Dysinone
 Digesyn
 Desenfrol
 Duo-cyt+vít-e
 Fenalgina (Metamizol)
 Gentalin (Gentamicina)
 Gaseovet (Dimetil polisiloxona)
 Hepabionta
 Hemociton
 Hemotrofin
 Iberol
 Luteal
 Mucovít
 Mucosolván (Clorhidrato de ambroxol)
 Magnapén (Ampicilina)
 Multivitaminico
 Norflex (Citrato de orfenadina)
 Nitrogurantoico
 Neurogostato
 Penbutin
 Plidin (Propinoxato)
 Pridoxina
 Protidin

Prednisona
Posipen (Dicloxacilina sódica)
Ponstan
Pancroflax
P.V.M.
Redoxon
Sistalgina
Tabrón
Unicap
Vaximine
Vitabexán
Welton
Mylanta (Metilpolisiloxano act. Na)
Panadol (Acetaminofen)
Dicoloxal (Dicloxacilina)



FE DE ERRATAS

PAGINA 21, LINEA 4

DICE: " ...SU DEFICIENCIA SE TRADUCE EN ANEMIA
MEGALOBLÁSTICA"

DEBE DECIR: " ...SU DEFICIENCIA SE TRADUCE EN ANEMIA
MEGALOBLÁSTICA MICROCÍTICA E HIPOCRÓMICA"